

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA

Dipartimento di Psicologia

Dottorato di Ricerca in Psicologia Sociale, Cognitiva e Clinica CICLO XXVI



**MATERNITÀ IN ADOLESCENZA: INTERAZIONI MADRE-  
BAMBINO, FATTORI DI RISCHIO E VALUTAZIONE  
DELL'EFFICACIA DI UN PROGRAMMA DI INTERVENTO**

Tutor: Prof.ssa Cristina Riva Crugnola

Tesi di Dottorato di:

Elena Ierardi

Matricola 065049

Anno Accademico 2013/2014

*"The important thing is to not stop questioning. Curiosity has its own reason for existing" (A. Einstein)*

*"Il progresso della conoscenza avviene perché noi possiamo basarci sul lavoro dei grandi geni che ci hanno preceduto" (M. Hack)*

*"It is not the strongest of the species that survives, nor the most intelligent that survives. It is the one that is the most adaptable to change" (C. Darwin)*

# Indice

<b>Indice</b>	<b>pag. 1</b>
<b>Riassunto</b>	<b>pag. 4</b>
<b>Abstract</b>	<b>pag. 6</b>
<b>Introduzione</b>	<b>pag. 8</b>
<b>CAPITOLO 1. Maternità in adolescenza</b>	
1.1 Gravidanza in età adolescenziale	pag. 10
1.2 Fattori di rischio per le madri adolescenti	pag. 13
1.3 Interazioni madri adolescenti-bambini	pag. 15
1.3.1 Attaccamento e trauma nelle madri adolescenti	pag. 17
1.4 Fattori di rischio per i bambini di madri adolescenti	pag. 20
1.5 Il ruolo del padre	pag. 23
1.6 Il contesto familiare	pag. 25
<b>CAPITOLO 2. Modelli di intervento per la relazione genitore-bambino</b>	
2.1 Interventi di supporto per la relazione madre-bambino	pag. 28
2.2 La tecnica del video-feedback	pag. 30
2.2.1 Video-feedback e psicoterapia	pag. 33
2.3 Strategie di intervento per genitori adolescenti	pag. 36
2.3.1 Interventi basati sulla teoria dell'attaccamento	pag. 37
2.3.2 Interventi di home visiting	pag. 41
2.3.3 Interventi di psicoterapia	pag. 44
2.3.4 Interventi basati sulla funzione riflessiva	pag. 50
2.4 Efficacia dei modelli di intervento	pag. 52

## **CAPITOLO 3. Progetto di ricerca**

3.1 Studio 1. Confronto degli stili interattivi, disponibilità emotiva e regolazione emotiva tra diadi con madri adolescenti e diadi con madri adulte	pag. 55
3.1.1 Obiettivi e ipotesi	pag. 57
3.1.2 Metodo	pag. 58
3.1.2.1 Partecipanti	pag. 58
3.1.2.2 Procedura	pag. 58
3.1.2.3 Strumenti	pag. 59
3.1.3 Analisi dei dati	pag. 68
3.1.4 Risultati	pag. 69
3.1.4.1 Distribuzione dei modelli di attaccamento materno e funzione riflessiva della madre	pag. 69
3.1.4.2 Analisi preliminari	pag. 70
3.1.4.3 Stili di interazione e attaccamento materno nelle diadi con madri adolescenti e diadi con madri adulte	pag. 70
3.1.4.4 Disponibilità emotiva e attaccamento materno nelle diadi con madri adolescenti e diadi con madri adulte	pag. 73
3.1.4.5 Regolazione emotiva e attaccamento materno nelle diadi con madri adolescenti e diadi con madri adulte	pag. 76
3.1.5 Discussione	pag. 81
3.1.6 Limiti e prospettive future	pag. 85
3.2 Studio 2. Valutazione dell'efficacia di un programma di intervento	pag. 87
3.2.1 L'intervento PRERAYMI	pag. 87
3.2.2 Obiettivi e ipotesi	pag. 93
3.2.3 Metodo	pag. 94
3.2.3.1 Partecipanti	pag. 94
3.2.3.2 Procedura	pag. 95
3.2.3.3 Strumenti	pag. 95
3.2.4 Analisi dei dati	pag. 98
3.2.5 Risultati	pag. 99
3.2.5.1 Analisi preliminari	pag. 99

3.2.5.2 Differenza nei modelli di attaccamento materno e nella funzione riflessiva della madre	pag. 99
3.2.5.3 Valutazione dell'efficacia dell'intervento sugli stili di interazione	pag. 100
3.2.5.4 Valutazione dell'efficacia dell'intervento sulla regolazione emotiva individuale e diadica	pag. 104
3.2.5.5 Valutazione dell'efficacia dell'intervento rispetto alla qualità dell'attaccamento materno	pag. 113
3.2.5.6 Valutazione dell'efficacia dell'intervento sull'attaccamento del bambino	pag. 118
3.2.6 Discussione	pag. 118
3.2.7 Limiti e prospettive future	pag. 122
<b>CAPITOLO 4. Il caso di Federica e Sofia</b>	<b>pag. 124</b>
<b>CAPITOLO 5. Conclusioni</b>	<b>pag. 137</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>pag. 141</b>

## Riassunto

La maternità in adolescenza è considerata un fattore di rischio per la qualità della relazione madre-bambino, per lo sviluppo socio-emotivo del bambino e per la salute e le opportunità di vita della madre (Aiello & Lancaster, 2007).

Il primo studio è volto a individuare delle differenze tra 50 diadi madri adolescenti-bambini e 50 diadi madri adulte-bambini negli stili di interazione e di disponibilità emotiva diadica a livello macroanalitico e nella regolazione emotiva a livello microanalitico a 3 mesi di vita del bambino, considerando anche il modello di attaccamento materno e la funzione riflessiva della madre. I risultati indicano che le madri adolescenti rispetto alle madri adulte hanno più modelli di attaccamento insicuro e più bassi punteggi di funzione riflessiva. Inoltre le madri adolescenti rispetto alle madri adulte sono meno sensibili, più intrusive e ostili, strutturano meno l'attività di gioco del bambino ed esprimono più emozioni negative e meno positive verso i figli e i loro bambini sono meno cooperativi e responsivi ed esprimono più affetti negativi e meno positivi rispetto ai bambini di madri adulte. A livello diadico, le diadi con madri adolescenti rispetto alle diadi con madri adulte trascorrono meno tempo in stati di coordinazione affettiva positiva e più tempo in stati di coordinazione affettiva negativa.

Il secondo studio è volto a valutare l'efficacia del programma di intervento PRERAYMI (*Promoting responsiveness, emotion regulation and attachment in young mothers and infants*), caratterizzato dall'uso della tecnica del video-feedback, dalla consultazione psicologica e dal monitoraggio psicomotorio, effettuato a partire dai primi mesi di vita del bambino, nel migliorare gli stili di interazione e di regolazione emotiva sia dopo 3 mesi sia dopo 6 mesi di intervento e nel favorire un legame di attaccamento sicuro del bambino alla madre a 14 mesi. 29 diadi madri adolescenti-bambini che hanno ricevuto l'intervento sono state confrontate con 16 diadi madri adolescenti-bambini del gruppo di controllo. I risultati mostrano che le madri del gruppo di intervento rispetto alle madri del gruppo di controllo aumentano la sensibilità e l'espressione di emozioni positive e diminuiscono i comportamenti controllanti e l'emozionalità negativa e i loro bambini aumentano i comportamenti cooperativi e diminuiscono i comportamenti passivi dopo 3 e 6 mesi di intervento. Le diadi del gruppo con intervento rispetto al gruppo di controllo trascorrono più tempo nella coordinazione affettiva positiva e nella coordinazione affettiva totale, meno tempo in stati di non coordinazione affettiva e

incrementano la capacità di riparazione dell'errore di comunicazione dai 3 ai 9 mesi. Inoltre le diadi con intervento rispetto alle diadi del gruppo di controllo aumentano il coinvolgimento reciproco del gioco con gli oggetti. A 14 mesi, il 66% dei bambini che ha completato l'intervento ha un attaccamento sicuro alla madre, al contrario tutti i bambini del gruppo di controllo hanno un attaccamento insicuro.

Infine è presentato un caso clinico per illustrare le modalità dell'intervento PRERAYMI.

In conclusione, la maternità in adolescenza è una condizione di genitorialità a rischio che implica quindi l'importanza di effettuare interventi precoci per le giovani madri e i loro bambini. Un intervento intensivo come PRERAYMI risulta efficace nel migliorare la qualità degli stili di interazione e di regolazione emotiva sia della madre sia del bambino e nel favorire lo sviluppo di un legame di attaccamento sicuro del bambino alla madre.

**Parole chiave:** maternità in adolescenza, interazioni madre-bambino, regolazione emotiva, attaccamento materno, interventi di video-feedback

# Abstract

Motherhood in adolescence is a risk factor for the quality of the relationship between mother and infant, for a child's social-emotional development, and for maternal mental health and life opportunities (Aiello & Lancaster, 2007).

The aim of the first study was to examine whether styles of interaction and dyadic emotional availability at macroanalytical level and emotion regulation at microanalytical level varied between 50 adolescent mother-infant dyads and 50 adult mother-infant dyads at infant 3 months, considering maternal attachment representations and mother's reflective functioning. The results showed that adolescent mothers had a higher proportion of insecure attachment models and lower scores on reflective functioning scale than adult mothers. Furthermore, adolescent mothers were less sensitive, more intrusive and hostile, were less able to structure the child's orientation to objects, and expressed more negative emotions and less positive emotions towards their children than adult mothers. Infants of adolescent mothers (vs infants of adult mothers) were less cooperative and expressed more negative emotions and less positive emotions. At dyadic level, dyads with adolescent mothers (vs dyads of adult mothers) spent less time in positive affective matches and more time in negative affective mismatches.

The purpose of the second study was to evaluate the effectiveness of the PRERAYMI intervention program (*Promoting responsiveness, emotion regulation and attachment in young mothers and infants*), based on video-feedback technique, psychological support, and developmental guidance, carried out since the first months of infant's life, in improving mother's and infant's style of interaction and emotion regulation after 3 and 6 months of intervention and for the development of a child's secure attachment at 14 months. 29 adolescent mother-infant dyads who received the intervention were compared to 16 adolescent mother-infant dyads of the control group. The results indicated that adolescent mothers who received the intervention improved their sensitivity style and expressed more positive emotions, and decreased controlling style and expressed less negative emotions after 3 and 6 months of treatment, compared to those of the control group. Infants who received the intervention improved cooperative style and decreased passive style from 3 to 9 months, compared to those of the control group. The intervention group dyads (vs control group dyads) spent more time in positive affective matches and total affective matches and less time in total



affective mismatches, and had greater ability to repair error of communication from 3 to 9 months. Furthermore, intervention group dyads (vs control group dyads) spent more time in dyadic involvement in play with objects. At 14 months, 66% of children who completed the intervention program had a secure attachment to their mothers; on the contrary all children of the control group had an insecure attachment.

Finally, a clinical case was illustrated to highlight the PRERAYMI intervention program.

Conclusion, early motherhood is a risk factor for parenting and therefore it involves the importance of early preventive intervention given to young mothers and their infants. The PRERAYMI intervention program is effective on adolescent mother's and infant's style of interactions and emotion regulation and for the development of a child's secure attachment to the mother.

**Key words:** motherhood in adolescence, mother-infant interaction, emotion regulation, maternal attachment, video-feedback intervention

# Introduzione

La tesi di dottorato presenta un lavoro di ricerca sulla maternità in adolescenza effettuato in collaborazione tra il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca e l'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano, con il coordinamento scientifico della Prof.ssa Cristina Riva Crugnola, che ha come obiettivi individuare se la genitorialità in adolescenza è un fattore di rischio per la costruzione di una relazione adeguata tra madre e bambino e verificare se un programma di intervento intensivo definito PRERAYMI (*Promoting responsiveness, emotion regulation and attachment in young mothers and infants*), caratterizzato dall'uso della tecnica del video-feedback, dalla consultazione psicologica e dal monitoraggio psicomotorio, effettuato a partire dai primi mesi di vita del bambino, possa essere efficace per le madri adolescenti tra i 14 e i 21 anni di età nel migliorare le loro competenze genitoriali, in termini di responsività materna, regolazione delle emozioni e capacità di pensare il proprio figlio, e nel favorire uno sviluppo positivo e adeguato del bambino, in particolare nella formazione di un legame di attaccamento sicuro e di buone competenze di regolazione emotiva.

Il focus sulla maternità in adolescenza è dato dal fatto che è una condizione di genitorialità a rischio in cui spesso oltre alla giovane età dei genitori si associano numerosi fattori di rischio e contesti familiari multiproblematici che implicano la necessità di attuare interventi intensivi con una presa in carico globale (Emde, Everhart, & Wise, 2004).

In Italia i bambini nati da ragazze minorenni sono circa lo 0.4% e quelli nati da madri di giovane età (fino ai 21 anni) circa il 3% rispetto alle nascite totali con una prevalenza nelle regioni di Sicilia, Campania, Puglia e Lombardia. Dal 2009 i dati Istat, inoltre, mostrano un preoccupante aumento delle gravidanze sotto i 16 anni. Per quanto riguarda la Lombardia, negli ultimi anni si è verificato un incremento di gravidanze di madri adolescenti e di giovane età con un numero di casi all'anno attorno alle 3000 nascite (Istat, 2014). Negli Stati Uniti, paese industrializzato con la maggior percentuale di gravidanze in adolescenza, negli ultimi anni, grazie ai numerosi programmi di intervento preventivo, il tasso di nascite di bambini da madri teenager tra i 14 e i 19 anni si è abbassato, arrivando al 3-4% rispetto al 10-20% delle decadi precedenti (Ventura & Hamilton, 2011).

Nel primo capitolo è trattato il tema della maternità in età adolescenziale, a partire dal significato della gravidanza e di come viene rappresentata dalle madri e con una descrizione dei

fattori di rischio correlati che rendono più probabile avere un figlio in età precoce. Inoltre sono presentati i fattori di rischio e i fattori di protezione sia per la crescita delle giovani madri sia per lo sviluppo socio-emotivo dei bambini e le caratteristiche della figura del padre e del contesto familiare.

Nel secondo capitolo sono illustrati i modelli di intervento per il supporto alla relazione genitore-bambino con un approfondimento sui programmi che utilizzano la tecnica del video-feedback, che sono basati sulla teoria dell'attaccamento e che sono volti ad aumentare la capacità della madre di "tenere in mente il bambino" (Slade, 2005), attraverso anche la presentazione delle evidenze scientifiche sull'efficacia di tali modelli.

Nel terzo capitolo sono descritti i due studi, il primo sul confronto tra 50 diadi con madri adolescenti e 50 diadi con madri adulte in relazione agli stili di interazione, alla disponibilità emotiva diadica e alle strategie di regolazione emotiva, valutando anche l'effetto del modello di attaccamento materno e la funzione riflessiva della madre. Il secondo studio è invece volto a verificare l'efficacia dell'intervento PRERAYMI basato sul video intervento, sulla consultazione psicologica e sul monitoraggio psicomotorio in un gruppo di 29 diadi con madri adolescenti che ricevono l'intervento confrontate con un gruppo di controllo di 16 diadi madri adolescenti-bambini. Vengono analizzati i cambiamenti dai 3 ai 9 mesi di vita del bambino negli stili di interazione e regolazione emotiva diadica sia dopo 3 mesi di intervento sia dopo 6 mesi di intervento. Inoltre viene valutato in via preliminare se l'intervento è efficace a 14 mesi nel favorire un legame di attaccamento sicuro nei bambini del gruppo che ha ricevuto l'intervento.

Il quarto capitolo presenta la descrizione dell'intervento longitudinale svolto con Federica, una madre adolescente e la sua bambina Sofia dai 2 mesi fino ai 14 mesi di vita per illustrare più dettagliatamente le modalità del programma PRERAYMI nelle diverse fasi e peculiarità.

L'ultimo capitolo è dedicato alle conclusioni rispetto ai risultati presentati e alle ricerche in letteratura con un'attenzione anche ai possibili sviluppi dell'intervento e alle prospettive di ricerca future.

# CAPITOLO 1

## Maternità in adolescenza

*“La famiglia è un collegamento con il nostro passato e un ponte verso il nostro futuro”  
(A. Haley)*

### 1.1 Gravidanza in età adolescenziale

La transizione alla genitorialità è un evento critico per i genitori perché implica numerosi cambiamenti biologici, psicologici e sociali che riguardano l’acquisizione dell’identità, l’accettazione delle responsabilità e la ridefinizione delle relazioni significative con la conseguente redistribuzione dei ruoli con il partner e la famiglia d’origine (Cowan & Cowan, 1992; Scabini & Iafrate, 2003).

Per gli adolescenti che non sono preparati emotivamente, cognitivamente ed economicamente alle responsabilità che accompagnano la genitorialità, diventare genitore precocemente comporta una maggiore varietà di difficoltà evolutive e di adattamento che emergono sia a breve sia a lungo termine (Moore & Brooks-Gunn, 2002).

La gravidanza durante il periodo dell’adolescenza porta, infatti, a un conflitto tra i compiti evolutivi relativi alla costruzione di una propria identità adulta e di un’autonomia dai genitori, alla formazione di nuovi legami affettivi e all’attivazione del sistema esplorativo, tipici dell’adolescenza, e quelli legati alla maternità e al compito di ridefinizione del proprio ruolo di figlia a quello di genitore che comporta il doversi prendere cura di un bambino che ha bisogni e richieste specifiche. Gli intensi bisogni di cure a livello fisico ed emotivo di un bambino appena nato possono essere vissuti dalle adolescenti come in contrasto con i propri (Aiello & Lancaster, 2007; Figueiredo, Bifulco, Pacheco, Costa, & Magarinho, 2006; Osofsky, Eberhart-Wright, Ware, & Hann, 1992), anche perché le madri adolescenti hanno una maggiore difficoltà a integrare il ruolo genitoriale come parte positiva della loro identità individuale e a comprendere gli impegni che la gravidanza comporta (Wahn, Nissen, & Ahlberg, 2005). Inoltre proprio nel momento in cui l’adolescente cerca di diventare più autonoma, rimane spesso ancora più dipendente sia economicamente sia fisicamente dalla propria famiglia di origine, bloccando il processo di separazione/individuazione dai genitori tipico di questa fase e alterando i processi di transizioni

e rinegoziazioni dei ruoli e dei legami affettivi familiari che caratterizzano la transizione alla genitorialità. Il conflitto tra i compiti evolutivi crea una situazione di “genitorialità a rischio”, in cui la funzione genitoriale, nelle due componenti fondamentali di cura e protezione dei figli, è fortemente disturbata e influisce sulla qualità della relazione genitore-bambino; il rischio risiede nel fatto che la qualità di tale relazione ha un’importante influenza sullo sviluppo socio-emotivo del bambino, sulla struttura delle sue difese e sulle rappresentazioni mentali che egli si costruisce riguardo a ciò che è possibile aspettarsi dalle relazioni con gli altri (Candelori & Mancone, 2001).

Spesso le gravidanze delle adolescenti sono agite e non pensate, risultando asintomatiche (prive cioè dei sintomi abituali quali nausea e vomito) perché talmente conflittuali da dover essere completamente ignorate (Marchegiani & Grasso, 2007), anche a causa di una distorsione e di una minore soddisfazione nella propria immagine corporea rispetto alle madri adulte (Figueiredo, Tendais, & Dias, 2014). La conseguenza di questa mancata elaborazione mentale dell’esperienza della gravidanza si manifesta nella compromissione evolutiva sia dell’adolescente sia del rapporto madre-figlio (Osofsky *et al.*, 1992).

La difficoltà nelle adolescenti incinte di integrare la dimensione soggettiva di tipo affettivo/immaginativa con quella più socialmente condivisa di tipo fisico/cognitiva ha l’effetto che queste due componenti operino in maniera dissociata, tenendo separate realtà e fantasia della gravidanza. In questo modo le adolescenti, pur riuscendo a comportarsi in maniera adeguata e razionale, dimostrano una difficoltà a vivere le proprie fantasie sulla gravidanza e la futura maternità, aspetto necessario per potersi poi sintonizzare affettivamente con il proprio bambino. Il quadro rappresentativo delle madri adolescenti relativo a se stesse come madri e al proprio bambino è, infatti, poco ricco e non integrato nel percorso di crescita, in cui la rappresentazione di sé come madre è scarsamente differenziata da quella della propria madre e il bambino è difficilmente riconosciuto come un individuo separato da sé e la sua rappresentazione è povera e con poche fantasie rispetto alla nascita e al futuro. Questa scarsa rappresentativa sembra essere dovuta alla posizione difensiva assunta dalle adolescenti nei confronti della gravidanza e del futuro bambino nel tentativo di circoscrivere l’impatto che questo evento ha sulle loro vite (Ammaniti, Candelori, Pola, & Tambelli, 1995; Ammaniti, Candelori, & Speranza, 1997).

Rispetto alle motivazioni di una gravidanza in età adolescenziale, essa può essere considerata, in alcuni casi, come un tentativo di conquistarsi un’autonomia che appare difficile

raggiungere in altri modi, questo spesso accade quando l'adolescente si confronta con una madre che a sua volta ha partorito in giovane età o con difficoltà e fallimenti nel proprio processo di crescita. In altri casi la gravidanza può essere vissuta come il tentativo di lanciare un segnale di allarme al proprio ambiente familiare o al contesto sociale al fine di sollecitare attenzione e cura perdute o mai vissute o, ancora, di ottenere dal bambino quel riconoscimento e amore non sperimentato con i propri genitori (Waddell, 2009).

Al rifiuto iniziale della gravidanza si può associare o meno la scelta di portarla a termine o di abortire a seconda dei legami sociali della ragazza e della sua attuale condizione di vita, in particolare in base alla possibilità di continuare gli studi e alla mancanza di un lavoro oppure al contrario per il bisogno di colmare l'isolamento affettivo con il bambino in arrivo (Le Van, 1998).

Anche se molti studi hanno mostrato che nella maggior parte dei casi le gravidanze in adolescenza non sono desiderate (Finer & Zolna, 2011), c'è una parte di adolescenti che pianifica la gravidanza, voluta e ricercata da entrambi i partner; questo potrebbe derivare da un bisogno di risolvere i problemi o scappare da una situazione familiare difficile (Smith & Grenyer, 1999).

Hamburg (1986) ha identificato una certa variabilità nello sviluppo delle adolescenti che diventano madri, distinguendo differenti sottogruppi. La prima categoria comprende le ragazze che si caratterizzano per la tendenza a coinvolgersi in un numero elevato di condotte ad alto rischio, tra le quali sessualità promiscua e non protetta, e sono poi quelle più a rischio per problemi mentali, scarse risorse economiche e mancanza di supporto sociale in età adulta (Oxford *et al.*, 2005). La seconda tipologia, invece, individua le adolescenti definite depresse, che usano l'intimità sessuale, la gravidanza e il parenting come meccanismo compensatorio, orientato a incontrare i loro bisogni evolutivi non ascoltati. Queste ragazze sono caratterizzate da una notevole vulnerabilità psicologica e relazionale e, generalmente, hanno una storia infantile di trascuratezza e maltrattamento. La terza tipologia, più rara, include le ragazze la cui gravidanza precoce può essere definita normativa perché rappresenta un'alternativa di vita che non è la conseguenza di problematiche comportamentali o patologiche. Sono giovani donne che dimostrano competenze di coping e bassi livelli di rischio e riescono ad affrontare la situazione nonostante la precoce transizione all'età adulta.

## 1.2 Fattori di rischio per le madri adolescenti

La letteratura recente suggerisce che l'impatto negativo della gravidanza in adolescenza non sia legato solo all'età materna ma anche ai numerosi fattori di rischio sociali, psicologici individuali e relazionali, economici e ambientali spesso associati a essa in maniera interdipendente e che rendono quindi a loro volta più probabile una gravidanza in giovane età (SmithBattle, 2006). Tra i numerosi fattori di rischio, i principali riguardano: lo status socio-economico svantaggiato (Osofsky, Hann, & Peebles, 1993), bassi livelli di istruzione e difficoltà scolastiche (Ruedinger & Cox, 2012), una famiglia d'origine multiproblematica con assenza del padre (Manlove, Ikramullah, Mincieli, Holcombe & Danish, 2009), esperienze infantili avverse con storie di abuso e maltrattamento infantile (Hillis *et al.*, 2004), mancanza di supporto sociale (Manlove *et al.*, 2009) e presenza di storia genitoriale in giovane età (Meade, Kershaw, & Ickovics, 2008).

Sembra inoltre che alcuni fattori di rischio in età scolare potrebbero predire l'aver un bambino in adolescenza (Lehti *et al.*, 2012); in particolare i problemi di condotta (antisocialità e aggressività) e la depressione delle ragazze, in comorbidità con i disturbi esternalizzanti, sembrano predittivi della maternità sotto i 20 anni. Questo potrebbe essere dipeso dal fatto che chi manifesta problemi di condotta è a rischio anche per comportamenti delinquenti, rapporti sessuali precoci, relazioni instabili con il partner e basse condizioni economiche, che sono tutti fattori associati alla maternità in adolescenza (Lehti *et al.*, 2011). Oltre a questo, anche strutture familiari disfunzionali, in cui i ruoli non sono definiti e i confini sono diffusi sembrano essere predittori della maternità in giovane età (Lehti *et al.*, 2012; Woodward, Fergusson, & Horwood, 2001). È presente sia un fattore genetico della trasmissione intergenerazionale legato alla precoce età puberale che si tramanda di madre in figlia e ai tratti temperamentali sia un meccanismo sociale, in quanto le figlie di madri adolescenti acquisiscono valori che possono influenzarle nella maternità precoce e sono meno controllate dalle loro madri che hanno anche minori risorse finanziarie e partner instabili, spingendo le figlie a lasciare precocemente la casa e trovare un compagno (Lehti *et al.*, 2012).

Le madri adolescenti inoltre hanno bassi livelli di autostima (Barnet, Duggan, Devoe, & Burrell, 2002), alti livelli di depressione (Brown, Harris, Woods, Buman, & Cox, 2012), percepiscono più stress genitoriale e distress emotivo (Emery, Paquette, & Bigras, 2008; Milan, Lewis, Ethier, Kershaw, & Ickovics, 2004), vivono in condizione di povertà, hanno relazioni

affettive instabili e un maggiore rischio di diventare un genitore single (Flaherty & Sadler, 2011; Stiles, 2010) e hanno più probabilità di abusare di sostanze (Chapman & Wu, 2013).

Per quanto riguarda la depressione, gli studi più recenti indicano che le madri adolescenti hanno un rischio del 50% in più rispetto alle madri adulte di sviluppare sintomi depressivi nel post-partum (Azar, Paquette, Zoccolillo, Baltzer, & Tremblay, 2007; Birkeland, Thompson, & Phares, 2005; Kleiber & Dimidjian, 2014; Logsdon, Birkimer, Simpson, & Looney, 2005) e un rischio due volte maggiore di depressione grave rispetto alle adolescenti non madri (Mollborn & Morningstar, 2009). Sembra anche che alti livelli di depressione siano già presenti durante la gravidanza e quando questo si verifica, il rischio di stabilità di tali sintomi dopo la gravidanza aumenti (Figueiredo *et al.*, 2006). Inoltre le madri adolescenti depresse hanno un rischio più elevato di avere la depressione anche in età adulta (Horwitz, Bruce, Hoff, Harley, & Jekel, 1996).

La depressione nelle madri adolescenti ha importanti implicazioni non solo per il benessere della ragazza ma anche per lo sviluppo dei bambini nell'infanzia e in età pre-scolare (Lewin *et al.*, 2014; Meadows-Oliver & Sadler, 2010; Reid & Meadows-Oliver, 2007; Secco *et al.*, 2007). Madri adolescenti depresse, infatti, hanno alti livelli di disinvestimento e interagiscono in modo più conflittuale e autoritario con i loro figli (Pelaez, Field, Pickens, & Hart, 2008), i quali presentano durante la crescita ritardi nello sviluppo (Huang, Costeines, Kaufman, & Ayala, 2014) e una maggiore probabilità di un legame di attaccamento disorganizzato alla madre (Long, 2009). Whitson e colleghi (Whitson, Martinez, Ayala, & Kaufman, 2011) hanno inoltre individuato come la depressione durante la gravidanza nelle madri adolescenti è associata ad alti livelli di stress genitoriale e ad alto di rischio di abuso potenziale sul bambino.

I sintomi depressivi possono essere in parte anche determinati da relazioni di coppia disfunzionali, in quanto le giovani madri spesso subiscono violenza dal partner perché hanno meno esperienza nelle relazioni affettive rispetto alle madri adulte e possono accettare le aggressioni fisiche e sessuali come comportamenti normali del partner, non percependoli come sbagliati o distruttivi e quindi non mettono in atto azioni per proteggere se stesse dai compagni violenti (Leaman & Gee, 2008).

È proprio in questo contesto di disagio che si possono riproporre le condizioni che favoriscono il rischio di ripetere gravidanze non pianificate a distanza di poco tempo, infatti, le madri adolescenti hanno il 50% di probabilità in più di avere un altro bambino entro i 24 mesi dal primo parto rispetto alle adolescenti che non sono madri (Barnet, Rapp, DeVoe, & Mullins,



2010; Ventura, Mosher, Curtin, Abma, & Henshaw, 2001). L'aver un secondo bambino a distanza di poco tempo aggrava le problematiche già presenti nel sistema familiare.

La maternità in adolescenza non comporta delle difficoltà soltanto negli anni dell'adolescenza, ma limita anche le opportunità di vita nelle fasi successive. Come adulte, infatti, le madri adolescenti hanno una maggiore probabilità di separarsi dal partner o di avere relazioni a breve termine, di abusare di sostanze, di avere uno stipendio più basso, un minore livello di istruzione e, in generale, di ricevere un sostegno sociale inadeguato che può portare a isolamento sociale (Boden, Fergusson, & Horwood, 2008; Furstenberg, Brooks-Gunn, & Chase-Lansdale, 1989; Jaffee, Caspi, & Moffitt, 2001; Zoccolillo, Meyers, & Assiter, 1997).

### **1.3 Interazioni madri adolescenti-bambini**

La maternità in adolescenza, associata ai numerosi fattori di rischio discussi nel paragrafo precedente, si ripercuote sulla responsabilità delle giovani madri. Numerosi studi hanno mostrato anche che quando i fattori di rischio relativi alle variabili socio-demografiche come stato socio-economico e livello di istruzione sono controllati, l'adolescenza di per sé, costituisce un elevato fattore di rischio per la qualità del parenting materno (Berlin, Brady-Smith, & Brooks-Gunn, 2002; Bornstein, Putnick, Suwalsky, & Gini, 2006; Rafferty, Griffin, & Lodise, 2011).

Bisogna considerare che lo sviluppo cognitivo e neurofisiologico nelle madri adolescenti e giovani adulte è ancora in fase di completamento (Giedd, 2005). La corteccia prefrontale mediale, regione cerebrale associata alla pianificazione del comportamento, è infatti durante l'adolescenza ancora in fase di sviluppo, raggiungendo la piena maturazione all'incirca verso i 25 anni (Toga, Thompson, & Sowell, 2006). Tale immaturità può rappresentare un ostacolo per la giovane mamma rispetto alle scelte relative alle modalità di parenting da adottare nei confronti del proprio bambino. A questo proposito, Giardino (Giardino, Gonzalez, Steiner, & Fleming, 2008) ha evidenziato come le madri adolescenti e adulte hanno pari livelli di responsabilità per quanto riguarda la risposta al pianto infantile in termini di attenzione e comprensione del segnale, ma le madri adolescenti non presentano le risposte neurofisiologiche di allerta, quali la produzione di cortisolo e l'aumento del battito cardiaco in risposta al pianto udito, attivate invece nelle madri adulte.

Le madri sotto i 20 anni appaiono inoltre meno competenti cognitivamente rispetto all'assunzione del proprio ruolo genitoriale (*cognitive readiness to parent*) (Whitman,

Borkowski, Keogh, & Weed, 2001) e alla conoscenza delle tappe di sviluppo dei loro bambini che tendono ad anticipare con una conseguente aspettativa irrealistica nei loro confronti (Ryan-Krause, Meadows-Oliver, Sadler, & Swartz, 2009; Tamis-Lemonda, Shannon, & Spellmann, 2002); appaiono anche più centrate verso i propri bisogni rispetto a quelli del bambino con una tendenza al *role-reversal* (inversione di ruolo) nei confronti di quest'ultimo (Sommer *et al.*, 1993; Whitman *et al.*, 2001).

La condizione di rischio insita nella maternità in età adolescenziale, implicante un'incompleta maturazione sia a livello neurofisiologico sia cognitivo ed emotivo, si ripercuote sugli stili di interazione, sulla responsività e, più ampiamente, sulle modalità di parenting che le giovani madri adottano nei confronti dei loro bambini, le quali risultano meno adeguate rispetto a quelle delle madri adulte (Riva Crugnola, Ierardi, Gazzotti, & Albizzati, 2013b).

Le madri adolescenti, infatti, sono meno responsive (Berlin *et al.*, 2002), meno empatiche (Culp, Culp, Osofsky, & Osofsky, 1991), più distaccate, disinvestite e/o intrusive, ostili, severe fino a giungere in alcuni casi al maltrattamento (Lee & Guterman, 2010) e tendono ad avere risposte meno appropriate ai segnali emotivi e di pianto del bambino (Dukewich, Borkowski, & Whitman, 1996; Giardino *et al.*, 2008). Le interazioni madri adolescenti-bambini sono anche caratterizzate da una maggiore espressione di sentimenti negativi verso il bambino (Osofsky *et al.*, 1992; Pomerleau, Scuccimarri, & Malcuit, 2003; Riva Crugnola, Gazzotti, Ierardi, Moioli, & Albizzati, 2012a), scarsa stimolazione verbale (Burgess, 2005; Lacroix, Pomerleau, & Malcuit, 2002) e poca disponibilità emotiva da parte della madre (Easterbrooks, Chaudhuri, & Gestsdottir, 2005).

Il lavoro di Easterbrooks e colleghi (2005) svolto con le scale della disponibilità emotiva (Emotional Availability Scales, EAS; Biringen, 2008) evidenzia al contempo una minore capacità delle giovani madri di svolgere una funzione di strutturazione nei confronti dell'attività del bambino e una modalità di interazione *peer like* (come pari) nel gioco libero tra madri e bambini. Rispetto alle madri adulte, le adolescenti inoltre stimolano meno i loro bambini nell'attività che essi intraprendono con i giochi (Stevenson Barratt & Roach, 1995) e facilitano meno l'attenzione congiunta con gli oggetti (Garner, Rennie, & Miner, 1996), adottando uno stile fondato sul richiamo d'attenzione e interferente rispetto all'attività intrapresa dal bambino. Una ricerca di Riva Crugnola e colleghi (Riva Crugnola, Ierardi, Gazzotti, & Albizzati 2014a) ha indicato anche che le madri adolescenti trascorrono meno tempo a giocare con i loro

bambini rispetto alle madri adulte, esprimono più emozioni negative e meno positive durante il gioco e fanno più fatica a sintonizzarsi con lo stato affettivo del bambino.

Un altro studio ha confrontato la *mind-mindedness* materna (la capacità del genitore di concepire il figlio come un agente mentale; Meins, 1997) nelle madri adulte e nelle madri adolescenti trovando che, quando interagiscono con i loro bambini, le madri adolescenti usano meno commenti *mind-related*, ossia relativi allo stato mentale del bambino, e questi commenti sembrano essere più negativi e inappropriati di quelli fatti dalle madri adulte (Demers, Bernier, Tarabulsy, & Provost, 2010).

Pochi invece sono gli studi che hanno analizzato, oltre agli stili della madre, anche il contributo del bambino nell'interazione. Tra questi lo studio di Osofsky (Osofsky *et al.*, 1992) ha evidenziato che le madri adolescenti esprimono più emozioni negative nei confronti dei loro bambini che a loro volta mostrano minori capacità di comunicazione affettiva, e lo studio di Stevenson Barratt e Roach (1995) che ha mostrato che i bambini di madri adolescenti, confrontati con i bambini di madri adulte, esibiscono meno sorrisi e vocalizzazioni nelle interazioni diadiche a 4 mesi in corrispondenza delle loro madri che a loro volta vocalizzano e sorridono di meno; diversamente Pomerleau (Pomerleau *et al.*, 2003), analizzando le vocalizzazioni e i contatti di sguardi di madre e bambino nelle interazioni da 1 a 6 mesi, ha trovato differenze solo per il comportamento materno e non per i comportamenti dei bambini di madri adolescenti a rischio rispetto ai bambini delle madri adulte. Più recentemente quello di Riva Crugnola (Riva Crugnola *et al.*, 2014a) ha evidenziato che a livello diadico le interazioni madri adolescenti-bambini sono caratterizzate da più stati di coordinazione affettiva negativa rispetto alle interazioni madri adulte-bambini.

### 1.3.1 Attaccamento e trauma nelle madri adolescenti

In ambito clinico le esperienze traumatiche comprendono maltrattamenti fisici e psicologici, violenze sessuali, abbandono e *neglect* (negligenza grave o trascuratezza emotiva e fisica) (Di Blasio, 2000).

Oltre ad un'esperienza traumatica singola bisogna considerare che spesso le esperienze traumatiche infantili (*Adverse childhood experience*) sono cumulative cioè tendono a ripetersi nel corso dello sviluppo di uno stesso individuo (Lanius, Vermetten, & Pain, 2010). Questa ripetizione è causata da stili di condotta presenti nell'ambiente familiare in cui il bambino

crece che sono responsabili dei traumi direttamente, poiché li infliggono, o indirettamente, poiché non sostengono la funzione fondamentale di proteggere il bambino da violenze inferte in altri contesti (Liotti & Farina, 2012).

Gli studi indicano che le madri adolescenti hanno con maggiore frequenza storie di abuso rispetto alle madri adulte (Boyer & Fine, 1992; Ford, 2010; Madigan, Vaillancourt, & Mckibbon, 2012; Young, Deardorff, Ozer, & Lahiff, 2011) e rispetto alle adolescenti non madri (Boden *et al.*, 2008; Romano, Zoccolillo, & Paquette, 2006). Una meta-analisi recente (Noll, Shenk, & Putnam, 2009) ha indicato, in particolare, che gli abusi sessuali in infanzia pongono le ragazze a un elevato rischio per una gravidanza in adolescenza (Sickel, Dillard, Trickett, Putnam, & Noll, 2014); risultato confermato anche dalla meta-analisi di Madigan (Madigan, Wade, Tarabulsy, Jenkins, & Shouldice, 2014) che, suddividendo i diversi tipi di abuso, ha trovato che l'abuso sessuale e fisico sono quelli con una maggiore associazione con il rischio di gravidanze in adolescenza rispetto all'abuso emotivo e al neglect e che spesso c'è una co-occorrenza tra abuso fisico e sessuale che è collegata a esiti più negativi. Inoltre più è alto il numero di esperienze avverse infantili, più il rischio di una gravidanza precoce aumenta (Hillis *et al.*, 2004).

L'aver subito esperienze di abuso fisico, sessuale e di neglect è delineato da alcuni studi come un fattore di rischio rispetto all'adozione da parte dei genitori di comportamenti inadeguati e abusanti (Crittenden, 2008; Slade, 2007). Infatti ricordi e memorie traumatiche non elaborati possono portare a comportamenti del caregiver di tipo non responsivo, conflittuale, imprevedibile e anomalo per il bambino e al tempo stesso, questi comportamenti discordanti e non responsivi del caregiver causano paura, confusione e disorientamento nel figlio, tutti indicatori caratteristici del legame di attaccamento disorganizzato tra madre e bambino. Come è noto, l'attaccamento disorganizzato è un fattore di rischio molto elevato per conseguenze negative nello sviluppo del bambino come ad esempio problemi emotivo-comportamentali e di tipo psicopatologico (Lyons-Ruth *et al.*, 2013; Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005).

A questo proposito, Driscoll ed Easterbrooks (2007) hanno confermato come una storia di abusi sessuali infantili è un fattore di rischio per le madri adolescenti che adottano più frequentemente di quelle non abusate stili caratterizzati da cambiamenti imprevedibili di disinvestimento e al contempo intrusivi e direttivi. Altri studi (Valentino, Nuttall, Comas, Borkowski, & Akai, 2012; Zuravin & Di Blasio, 1996) hanno posto in luce anche che una storia di abuso o di neglect è un fattore di rischio rispetto alla perpetrato dell'abuso da parte delle madri adolescenti verso i figli (Bartlett & Easterbrooks, 2012; de Paúl & Domenech, 2000;

Stevens-Simon, Nelligan, & Kelly, 2001), determinando un ciclo intergenerazionale del maltrattamento in cui le esperienze di abuso o trascuratezza infantile presenti in una generazione sono ripetute nella successiva (Kaufman & Zigler, 1989).

Bowlby (1980) definisce il trauma come ogni fenomeno che il bambino sperimenta come interruzione dell'attaccamento. Infatti, quando il bambino è esposto a esperienze terrorizzanti, si determina un'organizzazione fallimentare del sistema di attaccamento che in età adulta si esprime con uno stato mentale disorganizzato, in forma di lutto o trauma irrisolto (Lyons-Ruth, Yellin, Melnick, & Atwood, 2003).

La provenienza da contesti familiari multiproblematici e l'elevata presenza di storie di maltrattamenti nelle madri adolescenti facilitano quindi anche un alto rischio di sviluppare modelli di attaccamento insicuro (Madigan, Moran, & Pederson, 2006). Studi recenti indicano, infatti, che le madri adolescenti rispetto a quelle adulte hanno una maggiore percentuale di modelli di attaccamento insicuro (Borkowski *et al.*, 2007; Figueiredo *et al.*, 2006; Madigan *et al.*, 2006; Riva Crugnola *et al.*, 2014a) e in particolare di tipo disorganizzato con presenza di lutti e traumi infantili non risolti e non rielaborati<sup>1</sup> (Madigan *et al.*, 2012). L'insicurezza delle rappresentazioni mentali riguardanti l'attaccamento ai propri genitori è un fattore di rischio per la capacità di prendersi cura del bambino, riconoscere i segnali, sintonizzarsi affettivamente, regolare gli affetti ed essere disponibile emotivamente; mentre la sicurezza è collegata a una buona responsività materna, a un contatto fisico positivo con il bambino e alla capacità di condividere le emozioni (Biringen *et al.*, 2000; DeOliveira, Moran, & Pederson, 2005; Evans & Porter, 2009; Riva Crugnola *et al.*, 2013a; Slade, 2005).

Inoltre l'insicurezza materna può influenzare il tipo di legame di attaccamento del figlio attraverso una trasmissione intergenerazionale in cui le esperienze di attaccamento precoci del genitore al proprio caregiver costituirebbero la base per la costruzione di rappresentazioni in grado di orientare i suoi comportamenti di accudimento nei confronti del bambino, che fungono quindi da fattori di mediazione tra i modelli operativi interni dei genitori e i futuri modelli di attaccamento dei figli (De Wolff & van IJzendoorn, 1997; Ierardi, Riva Crugnola, Gazzotti, Ferro, & Albizzati, 2013; van IJzendoorn, 1995). A questo proposito, il lavoro di

---

<sup>1</sup>Le classificazioni dei modelli mentali dell'attaccamento vengono elaborate attraverso il sistema di codifica dell'*Adult Attachment Interview* (Main, Goldwyn, & Hesse, 2002), un'intervista semistrutturata che comprende varie domande sui ricordi dell'infanzia e il racconto di specifici episodi di esperienze passate con i genitori per valutare come il soggetto li ha rielaborati e riorganizzati. Sulla base del grado di coerenza della descrizione vengono individuati quattro stili di attaccamento per gli adulti: Sicuro/Autonoma, caratterizzato dalla rielaborazione delle esperienze passate sia positive sia negative in modo coerente; Distanziante, con tendenza alla minimizzazione delle precoci interazioni con il caregiver; Preoccupato, mostrano di essere ancora invischiati e coinvolti nelle relazioni con le figure di accudimento; e Non risolto/disorganizzato, sono persone che hanno solitamente vissuto traumi non elaborati o abusi e manifestano disorganizzazione e disorientamento mentale.

Madigan (Madigan *et al.*, 2006) ha evidenziato che le madri adolescenti non risolte rispetto all'attaccamento riguardo a traumi subiti quali abusi fisici, sessuali ed emotivi, mostrano interazioni con i loro figli caratterizzate da errori comunicativi a livello affettivo e comportamenti spaventati/disorientati e intrusivi/negativi che aumentano il rischio per il bambino di sviluppare un legame di attaccamento insicuro disorganizzato.

Nelle giovani madri che hanno vissuto esperienze infantili traumatiche può quindi essere presente un doppio rischio nella relazione con i figli: la trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento insicuro e quella del ciclo del maltrattamento che si influenzano in maniera interdipendente aggiungendosi alla condizione di rischio della maternità in giovane età.

#### **1.4 Fattori di rischio per i bambini di madri adolescenti**

La maternità in adolescenza e la qualità non adeguata del parenting materno nelle interazioni con i figli influiscono negativamente anche sullo sviluppo del bambino.

Dato che le adolescenti tendono a essere più autocentrate, egocentriche, individualiste, indipendenti e meno riflessive perché spesso non hanno ancora una completa consapevolezza cognitiva che si sviluppa pienamente in età adulta (Sadler, Anderson, & Sabatelli, 2001), come madri possono non avere la capacità di adottare comportamenti di parenting adatti a sostenere lo sviluppo della relazione con il bambino (Whitman *et al.*, 2001). Tutte queste caratteristiche, in aggiunta al fatto che loro stesse hanno spesso modelli di attaccamento insicuro alle proprie figure genitoriali, che sono associati a loro volta a insensibilità, non responsività e scarsa capacità riflessiva, predicono legami di attaccamento insicuri del bambino (Atkinson *et al.*, 2005; Beebe *et al.*, 2010; Fonagy & Target, 1997; Sroufe *et al.*, 2005).

La letteratura su questo tema indica, infatti, che i bambini di madri adolescenti hanno una maggiore percentuale di attaccamento insicuro rispetto ai figli di madri adulte (Flaherty & Sadler, 2011; Lounds, Borkowski, Thomas, Maxwell, & Weed, 2005), in particolare sviluppano stili di attaccamento evitante e disorganizzato (Broussard, 1995; van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). Come è noto l'attaccamento sicuro è associato nel bambino a una percezione più positiva di sé, a maggiori competenze sociali, all'abilità di regolare le emozioni e a una maggiore apertura dell'espressione degli affetti e anche alla capacità di formare legami con i pari in età scolare (Sroufe *et al.*, 2005). Al contrario, bambini con attaccamento insicuro hanno spesso un alto rischio di comportamenti antisociali, bassa

autostima, scarsi legami sociali e sintomi depressivi. In particolare, bambini con attaccamento insicuro ambivalente, a causa di esperienze di mancata disponibilità del genitore, aumentano le strategie di interazione dirette al caregiver per catturare la loro attenzione, a fronte di un'inconsistenza del caregiver hanno più paura e disagio, un'escalation di affetti negativi e maggiore reattività che inibisce le strategie di autoregolazione (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Diener, Mangelsdorf, McHale, & Frosch, 2002). I bambini con attaccamento evitante sono respingenti nei confronti del genitore e sviluppano strategie di minimizzazione delle emozioni sia negative sia positive e del caregiver come fonte di supporto in caso di disagio, utilizzando più strategie di autoregolazione, meno quelle dirette al genitore e più modalità di evitamento e ritiro sociale quali autoconsolazione e autodistrazione soprattutto a fronte di separazioni, con lo scopo di prevenire ulteriori rifiuti dalla figura di accudimento percepita come insensibile (Sroufe, 1996). I bambini con attaccamento disorganizzato, caratterizzati da un collasso delle strategie, hanno comportamenti contraddittori, che possono manifestarsi in rapida sequenza, possono essere ritirati oppure vicini a tutti, prepotenti o seduttivi, eccessivamente autonomi o al contrario troppo dipendenti (Main & Hesse, 1992).

Inoltre in una meta-analisi recente (Madigan, Atkinson, Laurin, & Benoit, 2013) è indicato che l'attaccamento insicuro è associato a problemi comportamentali nel corso dello sviluppo e questa associazione è maggiore in campioni ad alto rischio come quelli di bambini nati da madri adolescenti. In particolare sembra che i bambini con un attaccamento insicuro evitante abbiano più problemi di disturbi internalizzanti, caratterizzati da depressione, ansia e somatizzazione; mentre l'attaccamento insicuro ambivalente e quello disorganizzato sembrano essere fattori di rischio per problematiche esternalizzanti, caratterizzate da comportamenti aggressivi, condotte antisociali, difficoltà di pensiero e rabbia (Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Lapsley, & Rosiman, 2010). In più, l'attaccamento disorganizzato sembra essere quello più associato al rischio di sviluppare psicopatologie in età adulta (Attili, 2007).

Le conseguenze negative per i bambini di madri adolescenti riguardano anche lo sviluppo sociale ed emotivo. Infatti essi hanno alti rischi di abuso e trascuratezza rispetto ai bambini nati da madri adulte (Stiles, 2010; Whitman *et al.*, 2001) e ritardi nelle tappe di sviluppo con inferiori abilità linguistiche e cognitive, deficit che persistono e spesso si amplificano attraverso l'infanzia e l'età prescolare (Morinis, Carons, & Quigley, 2013; Rafferty *et al.*, 2011).

Anche per quanto riguarda lo sviluppo psicomotorio, sono stati trovati dati interessanti: a 6 mesi dal parto i bambini di madri adolescenti hanno punteggi più bassi nelle scale Bayley

(Bayley, 2005), che valutano le competenze cognitive, linguistiche e motorie, rispetto a un mese dal parto. Anche se questi punteggi rimangono nel range della normalità sono più bassi di quelli ottenuti dai bambini di madri adulte non a rischio (Pomerleau *et al.*, 2003), suggerendo un possibile indicatore precoce di un'alterazione della traiettoria di sviluppo (Jahromi, Umana-Taylor, Updegraff, & Lara, 2012).

Un filone di studi longitudinali più recente ha cercato di individuare anche quali sono le conseguenze negative per i bambini di giovani madri in adolescenza e in giovane età adulta. La relazione tra la maternità in adolescenza e l'outcome dei figli quando diventano grandi è complessa perché è il risultato della maternità in adolescenza ma anche del contesto familiare in cui il bambino cresce, che è spesso caratterizzato da una maggiore quantità di fattori di rischio rispetto a quello dei genitori adulti (Mollborn & Dennis, 2012). È stato infatti dimostrato che ambienti familiari non intatti, caratterizzati da povertà e conflittualità amplificano l'impatto negativo della maternità in giovane età sulle conseguenze dei figli durante la crescita (Francesconi, 2008).

I bambini di madri adolescenti una volta cresciuti raggiungono bassi livelli di istruzione e di reddito con disoccupazione e sono a più alto rischio per problemi mentali, abuso di sostanze, delinquenza e comportamenti antisociali (Hoffman & Maynard, 2008; Jutte *et al.*, 2010; Lipman, Georgiades, & Boyle, 2011; Rafferty *et al.*, 2011). Inoltre le difficoltà scolastiche nell'area del linguaggio e quella cognitiva continuano a persistere con problemi comportamentali internalizzanti, esternalizzanti e di iperattività/disattenzione (Dahinten, Shapka, & Willms, 2007).

Come adolescenti hanno poi un'attività sessuale più precoce dei loro coetanei, fanno minore uso di metodi contraccettivi e hanno un maggiore rischio di avere una gravidanza nel corso dell'anno successivo al primo rapporto (Barber, Eccles, & Stone, 2001; Campa & Eckenrode, 2006; Jutte *et al.*, 2010; Wildsmith, Manlove, Jekielek, Moore, & Mincieli, 2012). Tutti questi fattori portano a un altissimo rischio per gli adolescenti figli di madri adolescenti di diventare a loro volta genitori in giovane età, dando vita a una trasmissione intergenerazionale della gravidanza in adolescenza (Eshbaugh, 2008; Meade *et al.*, 2008; Pears, Pierce, Kim, Capaldi, & Owen, 2005).

La maternità in adolescenza, caratterizzata quindi da numerosi fattori di rischio, è associata a conseguenze negative sia per la madre sia per il bambino e per lo stabilirsi di una relazione adeguata tra i due partner (Aiello & Lancaster, 2007; Osofsky *et al.*, 1993).



## 1.5 Il ruolo del padre

Per quanto riguarda la figura del giovane adolescente che si confronta con il tema della paternità, il suo ruolo è stato poco indagato dalle ricerche soprattutto perché i padri adolescenti risultano assenti nella maggior parte dei casi o disinvestiti emotivamente nei confronti del figlio e della madre adolescente e spesso i genitori adolescenti continuano a convivere con le famiglie d'origine e difficilmente formano un nuovo nucleo familiare (Savio Beers & Hollo, 2009).

Dagli studi in letteratura, è emerso che di solito il padre del bambino ha qualche anno in più rispetto alla madre adolescente (Futris & Schoppe-Sullivan, 2007) e la sua presenza o assenza ha degli effetti sia nella vita della madre sia nella crescita del bambino (Howard, Lefever, Borkowski, & Whitman, 2006).

Le caratteristiche che connotano i giovani padri sono simili a quelle per le madri adolescenti: la maggioranza proviene da contesti socio-economici svantaggiati, ha rapporti sessuali più precoci ed esperienze infantili negative e spesso ha un basso livello di istruzione e minore possibilità di trovare un'occupazione (Tan & Quinlivan, 2006). Inoltre questi ragazzi hanno la tendenza a sperimentare grandi difficoltà sul piano psicologico, emotivo e sociale: hanno una probabilità doppia di essere disoccupati, di ricevere sussidi di sostegno o l'assegnazione di case popolari e presentano spesso comportamenti delinquenti, soprattutto di tipo aggressivo con abuso di alcol e droghe, che spesso persistono anche dopo la nascita del figlio (Bunting & McAuley, 2004). Questi fattori di rischio da un lato aumentano lo stress del padre derivato dalla nuova condizione di genitore e dall'altro influiscono sullo sviluppo di un legame di attaccamento insicuro con il bambino come conseguenza di una scarsa sensibilità e disinvestimento emotivo (Thompson & Crase, 2004).

Tuttavia la figura del padre è molto importante in quanto la relazione con il compagno può essere una fonte di supporto per la madre adolescente; gli effetti della presenza di un partner accanto alla madre adolescente avvengono in tre aree specifiche: la formazione scolastica, lo stato economico e il benessere psicologico della giovane madre. Sembra che la presenza di un partner sia associata con il non completamento da parte della ragazza dei suoi studi, soprattutto se il partner è il padre biologico. Il matrimonio in sé non si è rivelato fonte di sicurezza economica, in quanto il tasso di divorzio entro il quinto anno tra le coppie adolescenti è molto alto e i matrimoni che mantengono una durata nel tempo spesso si dimostrano problematici e difficili. Per quanto riguarda il benessere psicologico della giovane madre, è

risultato che il supporto da parte del partner è associato positivamente alla riduzione dei livelli di stress e di depressione ed è correlato con un aumento dell'autostima della compagna e con il generale incremento della soddisfazione di vita (Roye & Balk, 1996).

Inoltre le madri adolescenti che riportano un supporto dal partner si sentono più competenti nel ruolo di madre e forniscono un ambiente di cura più adeguato per il bambino (Cervera, 1991; Thompson & Peebles-Wilkins, 1992). L'effetto positivo della figura del padre adolescente si verifica anche per lo sviluppo socio-emotivo dei bambini (Ryan, 2012), i quali in età pre-scolare con padri con buone capacità parentali e che contribuiscono finanziariamente al benessere della famiglia hanno un migliore sviluppo cognitivo e linguistico (Black, Dubowitz, & Starr, 1999) e hanno meno probabilità di venire trascurati (Dubowitz, Black, Kerr, Starr, & Harrington, 2000). La presenza continuativa del padre nell'abitazione della madre durante i primi tre anni di vita del bambino è associata allo sviluppo di legami di attaccamento sicuri dei bambini sia alle madri sia ai padri e a una più bassa probabilità di comportamenti esternalizzanti (Martin, Brazil, & Brooks-Gunn, 2013).

Tuttavia quando nella coppia ci sono difficoltà relazionali, anche le funzioni parentali non si sviluppano adeguatamente e in questo caso le madri tendono a impedire il rapporto del partner con il figlio. Le giovani madri che riportano relazioni negative con i partner mostrano più sintomi depressivi e hanno più probabilità che i bambini sviluppino problemi comportamentali di tipo internalizzante ed esternalizzante (Black *et al.*, 2002). Molti padri poi non solo non favoriscono esiti positivi nei bambini ma possono anche far emergere conseguenze negative secondarie, ad esempio, Jaffee e colleghi (Jaffee, Moffitt, Caspi, & Taylor, 2003) hanno rilevato che i figli di padri che mostrano comportamenti antisociali hanno un maggior rischio di problemi di condotta e il rischio rimane più a lungo, più i loro padri hanno vissuto con loro.

Inoltre le ricerche più recenti si sono focalizzate sul concetto di relazione di *co-parenting* tra genitori adolescenti e come questa influisca sul loro benessere e sullo sviluppo del bambino. Il *co-parenting* è definito come le modalità in cui madre e padre si relazionano tra loro nel loro ruolo genitoriale ed è separato rispetto alla relazione di coppia (Lewin, Mitchell, Beers, Feinberg, & Minkovitz, 2012). Un *co-parenting* positivo è associato a migliori capacità di cura nei confronti del bambino e può essere molto importante per le madri adolescenti e i loro partner, in quanto la maggioranza di loro è spesso non sposata e non vive nella stessa abitazione, fattore che limita l'accesso dei padri alle cure del bambino. Un *co-parenting*

conflittuale è invece associato a maggiori problematiche emotive e comportamentali del bambino (Lewin *et al.*, 2012) e a una modalità di cura ostile di caregiving paterno, poiché la qualità della relazione tra i due partner media il parenting del padre verso il bambino (Florsheim & Smith, 2005). Il co-parenting è anche influenzato dal tipo di attaccamento genitoriale, madri adolescenti con alti livelli di evitamento percepiscono il co-parenting con il padre del bambino più conflittuale (Sheftall, Schoppe-Sullivan, & Futris, 2010), in quanto persone con un attaccamento insicuro hanno meno relazioni familiari adattive e mostrano più difficoltà ad affrontare la transizione alla genitorialità (Mikulincer & Florian, 1999).

## **1.6 Il contesto familiare**

La nascita di un figlio rappresenta sempre una fase di transizione nel ciclo vitale delle famiglie che coinvolge più piani generazionali e che nel caso delle giovani madri si sovrappone a quello dell'adolescenza. Due passaggi fisiologicamente critici che vissuti contemporaneamente rendono più faticoso per tutti i familiari coinvolti la costruzione di nuovi equilibri relazionali e nelle giovani donne la costruzione di un'identità in grado di coniugare quella di figlia adolescente e quella di madre. Infatti una gravidanza adolescenziale intacca tutto il sistema familiare attraverso l'alterazione delle relazioni tra i vari membri (East & Jacobson, 2003).

Nella maggior parte dei casi, le madri adolescenti rimangono a vivere nella famiglia d'origine che risulta anche essere il supporto sociale primario a cui le ragazze fanno riferimento (Sadler & Clemmens, 2004). Inoltre spesso la famiglia d'origine è di tipo monoparentale, con una storia di separazione precoce dei genitori e quindi le adolescenti si ritrovano a vivere da sole con le proprie madri, le quali sono più anziane e hanno più esperienza di genitori. Questa struttura familiare porta a una differenziazione di potere che richiede che le madri adolescenti e le loro madri rinegozino i loro ruoli e spesso quando questa rinegoziazione risulta disfunzionale può creare un clima familiare conflittuale (Buckingham-Howes, Oberlander, Hurley, Fitzmaurice, & Black, 2011; Oberlander, Black, & Starr, 2007; Sadler *et al.*, 2001).

La presenza della nonna è connotata da aspetti di ambivalenza già a partire dalla reazione alla gravidanza, in quanto se da un lato può essere una fonte di supporto dall'altro invece può creare situazioni e relazioni molto conflittuali. Infatti le madri adolescenti e le loro madri possono impegnarsi in un parenting supplementare come caregiver con responsabilità che sono condivise. La responsività e la sicurezza materna sono favorite da una nonna che comunica un

senso di fiducia, autostima, accettazione, autoefficacia e responsabilità alle figlie adolescenti, così loro possono crescere nel ruolo di madri (Sadler *et al.*, 2001). Quando i compiti di caregiving sono condivisi e le nonne sono supportive, le madri adolescenti si sentono competenti nel loro ruolo (Oberlander *et al.*, 2007). Inoltre la presenza della nonna è particolarmente rilevante poiché essa interviene nella relazione madre-bambino e fornisce a quest'ultimo la possibilità di esperienze di attaccamento multiple (Cassidy, 2008; Howes, 1999; Poehlmann & Fiese, 2001). La relazione di attaccamento, infatti, non è limitata solo alle madri ma un bambino può sviluppare un attaccamento positivo con altre figure coerenti, come il padre e spesso, appunto, la nonna materna (Cassidy, 2008).

Tuttavia anche se le nonne possono essere un supporto, spesso possono rivelarsi una fonte di conflitto e di tensioni che influiscono negativamente come fattori di rischio sia sulle madri adolescenti per la depressione post-partum, lo stress e un basso senso di fiducia in se stesse sia sui bambini per problemi comportamentali, in particolare quelli di tipo esternalizzante come rabbia, iperattività e problemi di condotta (Buckingham-Howes *et al.*, 2011). Inoltre in molti casi le giovani nonne sono simultaneamente genitori di bambini piccoli a loro volta; la nascita di un altro figlio nella famiglia può incrementare lo stress e il risentimento.

Apfel e Seitz (1991) hanno formulato un modello con quattro tipologie della relazione di supporto madre adolescente-nonna, tre delle quali includono rischi potenziali per l'educazione scolastica e le competenze parentali delle madri adolescenti. Nel modello del *genitore sostitutivo*, le nonne assumono la responsabilità primaria di cura del bambino permettendo alle figlie di continuare la scuola; in questo caso il rischio è che, senza alcuna responsabilità di cura dei bambini, l'acquisizione delle capacità genitoriali delle madri adolescenti possa essere ostacolata. Nel modello di *integrazione genitoriale*, madri e nonne condividono le responsabilità di accudimento dei bambini; sebbene le madri adolescenti possano avere l'opportunità di acquisire le abilità di parenting, il rischio è che i disaccordi sulle modalità di cura e sulle regole educative dei bambini possano compromettere la qualità della relazione madre-nonna. Nel modello di *genitore primario che viene supportato*, le madri adolescenti si assumono le responsabilità genitoriali con un occasionale supporto da parte delle loro madri. Anche se le giovani madri possono sentirsi competenti nel loro ruolo di genitore, il rischio è che il percorso scolastico venga interrotto. Nel modello di *genitore apprendista*, l'unico senza potenziali rischi, le nonne fungono da mentore per le loro figlie e promuovono la transizione alla genitorialità; ruoli chiari e definiti e l'esperienza di parenting possono aumentare le competenze genitoriali

delle madri adolescenti (Oberlander *et al.* 2007). La giovane madre trae grande vantaggio dalla presenza di una nonna che si pone in modo esplicito, chiaro e come modello per la figlia per l'acquisizione del ruolo di genitore responsabile primario del bambino; questo facilita comportamenti genitoriali più positivi da parte della madre adolescente verso il bambino (Sellers, Black, Boris, Oberlander, & Myers, 2011).

Il ruolo delle nonne incide quindi sulla maturazione delle madri e sul loro benessere emotivo, sullo sviluppo della relazione tra madre adolescente e bambino ma è anche importante come partner nel parenting (Sellers *et al.*, 2011), quando il loro sostegno si mantiene equilibrato, rispettoso e non intrusivo (Caldwell, Antonucci, & Jackson, 1998).

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

Poco invece si conosce sul ruolo del nonno, padre delle madri adolescenti, spesso assente sia fisicamente sia emotivamente poiché in alcuni casi non è mai stato conosciuto, in altri c'è stata una separazione precoce dei genitori. Se il padre è presente, nella maggior parte dei casi risulta essere rigido, severo e aggressivo fisicamente e verbalmente oppure completamente ritirato e distaccato; quando invece la relazione tra la madre adolescente e il proprio padre è caratterizzata da un legame sicuro, flessibile e coerente, il padre risulta essere un'importante fonte di supporto per la figlia in quanto favorisce una maggiore fiducia nel proprio ruolo di genitore (Savio Beers & Hollo, 2009).

Non soltanto i genitori della madre adolescente ma anche i genitori del padre adolescente possono, attraverso un modello di parenting appropriato, assistere i figli nella transizione al ruolo di caregiver (Oberlander *et al.*, 2007).

È importante quindi aiutare le famiglie ad affrontare i cambiamenti e sostenere le giovani madri nell'esplorazione dei propri modelli genitoriali. Un supporto di questo tipo permette di attivare un processo di cambiamento in grado di sostenere la crescita della famiglia nel suo insieme e di rompere catene di trasmissione transgenerazionale di modelli di genitorialità disfunzionali, riducendo così il rischio che le figlie di madri adolescenti tendano a riproporre gli stessi comportamenti e valorizzando le eventuali risorse presenti (Oberlander *et al.*, 2007).

## CAPITOLO 2

### Modelli di intervento per la relazione genitore-bambino

*“È più facile spezzare un atomo che un pregiudizio” (A. Einstein)*

#### 2.1 Interventi di supporto per la relazione madre-bambino

Diventare genitore vuol dire entrare in una nuova fase di una linea evolutiva di trasformazione che si svolge lungo tutto l’arco della vita e che con l’arrivo del figlio si arricchisce di un nuovo e fondamentale soggetto di relazione che a sua volta, per evolversi ha assoluto bisogno del legame con l’altro significativo, cioè del processo genitoriale (Zaccagnini & Zavattini, 2007).

Vari autori hanno proposto un modello multifattoriale della genitorialità vedendola non come una qualità in sé ma all’interno di una causalità circolare, in cui bisogna valutare il peso della storia e delle personali risorse del genitore, il contesto sociale come fonte di stress o di supporto e l’influenza delle particolari caratteristiche del bambino (Belsky, Crnic, & Gable, 1995).

Nella *transition to parenthood* (transizione alla genitorialità) i genitori devono inoltre affrontare dei compiti evolutivi specifici: il prendersi cura del figlio, favorendo un buono sviluppo sociale ed emotivo; costruire una relazione co-parentale, basata sulla condivisione emotiva dell’esperienza relazionale che la cura del figlio comporta; la rinegoziazione degli stili di regolazione e accudimento del bambino che sono influenzati dalle proprie esperienze con i propri genitori; e il definire i ruoli e i confini rispetto alle rispettive famiglie d’origine (Byng-Hall, 1996; McHale & Fivaz-Depeursinge, 1999). Tuttavia non sempre i genitori riescono a svolgere in modo adeguato questi compiti e rispondere alle richieste fisiche ed emotive del bambino, in questi casi si creano delle disfunzionalità nel sistema familiare e delle problematiche nello sviluppo del bambino.

Trattare i problemi relazionali precoci che possono compromettere le dinamiche familiari e influenzare lo sviluppo dei bambini è importante principalmente per due motivi: alleviare lo stato di sofferenza e disagio nel presente e prevenire le conseguenze negative a lungo termine

(Sameroff, 2004; Zeanah, 2012). Per questo, nel corso degli ultimi anni sono stati realizzati numerosi e diversi programmi di intervento che vengono attuati precocemente durante la fase della gravidanza o nei primi mesi di vita del bambino, con l'obiettivo di migliorare le competenze genitoriali, la qualità delle interazioni al fine di renderla più adeguata, aumentare la sensibilità materna e paterna e promuovere un outcome socio-emotivo positivo del bambino (Sameroff, McDonough, & Rosenblum, 2004).

È possibile differenziare tre tipologie di intervento volti al sostegno della relazione e della funzione genitoriale (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2008): una basata sulla teoria dell'attaccamento (Ainsworth *et al.*, 1978; Bowlby, 1969), in cui il focus è costituito dal comportamento del genitore nei riguardi del bambino al fine di potenziare sensibilità e responsabilità genitoriale, promuovendo così la sicurezza dell'attaccamento; la seconda tipologia è centrata sul cambiamento dei modelli rappresentazionali genitoriali al fine di ristrutturare le rappresentazioni mentali dell'attaccamento dei genitori; e la terza tipologia è finalizzata a stimolare la costruzione di un supporto sociale e la creazione di una rete sociale intorno ai genitori (Borcherding, SmithBattle, & Schneider, 2005; Milan *et al.*, 2004).

Nell'ultima tipologia di interventi si situano Sameroff ed Emde (1989), che adottando una prospettiva transazionale, definiscono il vero paziente verso cui è rivolto l'intervento la relazione genitore-bambino nel sistema nel suo insieme (Sameroff *et al.*, 2004), per cui nell'intervento si devono considerare tutti gli ambienti che circondano il bambino e su cui egli agisce e assumere come focus la dimensione relazionale.

Stern (1995) suddivide le diverse tipologie di interventi precoci in base ai fattori più problematici dove incentrare l'intervento, definiti vie d'ingresso. Un intervento basato sul modello psicodinamico utilizza come via d'ingresso le rappresentazioni materne sulle passate esperienze con i propri genitori, su se stessa come genitore e sul bambino che influenzano il modo di comportarsi con il figlio. Un approccio più comportamentista invece si basa sull'interazione madre e bambino come via d'ingresso, in cui è l'interazione stessa a essere la causa dei problemi. Il comportamento del bambino come via d'ingresso è utilizzato dall'approccio pediatrico, volto a mostrare al genitore le precoci competenze del bambino per rispondergli e stimolarlo adeguatamente. Una quarta via d'ingresso è basata sulle rappresentazioni materne nella relazione terapeutica definita "transfert-attaccamento" in cui la neo-mamma ha bisogno di un modello guida a cui ispirarsi e fare riferimento per costruire anche delle rappresentazioni adeguate su di sé come caregiver e sul figlio. Un'ulteriore via di

ingresso è quella dell'interazione all'interno del sistema familiare in cui la figura del padre è fondamentale per lavorare sui pattern interattivi tra i diversi membri della famiglia.

Anche Sameroff (2004) ha ipotizzato tre vie d'ingresso definite le "tre R", quali riparazione, ridefinizione e rieducazione, volte a favorire un miglioramento della qualità della relazione caregiver-figlio e uno sviluppo positivo del bambino. Nello specifico, la riparazione è volta a modificare il modo in cui il bambino si comporta con il genitore, al fine di migliorare la sua capacità di attivare il comportamento di cura dei genitori; viene utilizzata soprattutto per casi di problematiche a livello biologico. La ridefinizione tenta di cambiare il modo in cui il genitore interpreta il comportamento del figlio, al fine che possa avere una rappresentazione più positiva e un miglior coinvolgimento. Infine la rieducazione modifica il modo in cui il caregiver si comporta con il bambino.

Tuttavia le diverse vie d'ingresso potrebbero essere in realtà parte di uno stesso sistema che comprende i genitori, il bambino e le rappresentazioni, connessi in modo interdipendente e l'intervento potrebbe favorire un contesto terapeutico di holding, in cui si crea un campo intersoggettivo di condivisione e comprensione reciproca tra terapeuta e genitori (Stern *et al.*, 1998; Tronick *et al.*, 1998).

## **2.2 La tecnica del video-feedback**

La tecnica del video-feedback, utilizzata come una tra le modalità di intervento precoce, consiste nella videoregistrazione dell'interazione genitore-bambino e nella successiva revisione del filmato con il caregiver con lo scopo di migliorare la comprensione dei segnali del bambino, le modalità di interazione e in generale la sensibilità materna e paterna (Riva Crugnola, Ierardi, Costantino, & Boati, 2012c). La videoregistrazione dell'interazione è uno strumento utile perché permette ai genitori di riguardarsi, avere una certa distanza e anche un momento per riflettere; per esempio, si possono scoprire discrepanze tra l'immagine che si ha di se stessi e dei bambini e l'immagine che si vede nel filmato, ascoltare più attentamente ciò che si dice e il modo in cui si dice e vedere ciò che viene fatto e il modo in cui viene fatto (Sameroff *et al.*, 2004). Si lavora in modo privilegiato sui punti di forza rintracciabili nella relazione genitore-bambino, cercando di potenziarli e consolidarli, segnalando gli elementi di rottura e di adeguatezza in una fase più avanzata dell'intervento, quando si è instaurata una relazione di fiducia tra genitore e terapeuta (Stern, 1995).



Il video-feedback è stato introdotto dalla terapia *Guida all'interazione* (GI; McDonough, 1993), un modello di intervento preventivo basato sull'approccio transazionale. Tale intervento ha come obiettivo quello di aumentare la sensibilità materna e paterna ai segnali e alle manifestazioni del bambino per migliorare la consapevolezza del genitore dei suoi comportamenti interattivi con il figlio in modo che quelli positivi vengano rinforzati e, dove possibile, eliminati gli aspetti negativi (McDonough, 2004). Nel modello GI i terapeuti effettuano una valutazione della famiglia, poi iniziano gli incontri e vengono videoregistrati i momenti diadici di gioco tra genitore e bambino, successivamente rivisti in presenza del clinico. In un primo momento viene lasciato lo spazio ai genitori per fare riflessioni e commenti spontanei, in seguito vengono poste una serie di domande per facilitare la conversazione e far riflettere su ciò che è stato visto. Il terapeuta poi mostra alcuni momenti di interazioni positive di parenting e capacità di valutare i comportamenti e i segnali del bambino al fine di aumentare la sensibilità genitoriale, segnalando in seguito anche gli aspetti problematici. Inoltre l'uso delle videoregistrazioni permette di evidenziare i cambiamenti che avvengono nel corso dell'intervento e fornisce un feedback positivo ai genitori (Riva Crugnola *et al.*, 2012c).

Molti degli interventi con la tecnica di video-feedback sono basati sulla teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969), il cui assunto principale è che la sensibilità materna è direttamente correlata alla formazione di un legame di attaccamento sicuro del bambino (Ainsworth *et al.*, 1978). Un esempio è il programma *Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting* (VIPP; Juffer, Hoksbergen, Riksen-Walraven, & Kohnstamm, 1997) che consiste nella videoregistrazione delle interazioni madre e bambino in contesti familiari delle normali attività quotidiane (ad esempio il momento del gioco o dell'allattamento) e nella successiva revisione del video insieme alla madre. Tale metodo è stato costruito per supportare la responsività materna e il legame di attaccamento madre-bambino in caregiver adottivi, condizione considerata a rischio per una mancata formazione di una relazione diadica adeguata. L'intervento permette alla madre di focalizzarsi sui segnali e sulle espressioni emotive del bambino, migliorando la rappresentazione del comportamento interattivo e stimolando una maggiore riflessività ed empatia nei confronti del figlio. L'intervento prevede quattro sessioni subito dopo la nascita del bambino che si focalizzano su differenti aspetti delle interazioni madre-figlio. All'inizio di ogni seduta viene videoregistrato un episodio di interazione diadica; successivamente il filmato è rivisto con le madri, che sono incoraggiate a individuare i comportamenti sensibili. Nel primo incontro sono sottolineati i temi della ricerca del contatto

del figlio e i comportamenti di esplorazione, inoltre è lasciato alla madre un diario (*baby's diary*) in cui le si chiede di annotare i comportamenti del bambino e le attività genitoriali verso il figlio per tre giorni consecutivamente; il diario è poi usato nella prima sessione di intervento per parlare dei comportamenti di pianto del bambino. Nel secondo incontro viene usata la tecnica *speaking for the baby* (parlare per il bambino; Carter, Osofsky, & Hann, 1991) al fine di portare l'attenzione della madre sui segnali e le espressioni più importanti del figlio. La videoregistrazione effettuata in precedenza viene utilizzata per far riflettere il genitore e identificare i momenti di piacere e di distress del bambino. Al terzo incontro viene posta rilevanza sul pianto e la possibile reazione a questo. L'ultima sessione ha come argomento la comprensione dei sentimenti del bambino e la condivisione delle emozioni, con focus sulle emozioni espresse dal bambino e sulle reazioni materne a queste emozioni. Nella quarta e ultima sessione sono inoltre forniti dei messaggi correttivi sul comportamento materno riferendosi a comportamenti maggiormente sensibili già mostrati dalla stessa madre, così che li possa usare come proprio modello (Juffer *et al.*, 2008).

L'efficacia dell'intervento è dimostrata da un aumento della sensibilità materna e un basso numero di bambini che a 12 mesi risultano classificati con attaccamento disorganizzato (Juffer *et al.*, 1997). Questo protocollo di intervento è stato utilizzato anche con popolazioni non cliniche in madri con bassa sensibilità che grazie all'intervento VIPP hanno migliorato la loro responsività nei confronti del bambino (Kalinauskiene *et al.*, 2009).

Una seconda tipologia di intervento con la tecnica del video-feedback ha un'azione rivolta al cambiamento delle rappresentazioni materne (Bakermans-Kranenburg, Juffer, & van IJzendoorn, 1998; Cramer, 1998; Downing, 2001; Hofacker & Papousek, 1998), in quanto "lo stato della mente" insicuro del genitore rispetto alla rappresentazione del legame di attaccamento ai propri genitori è associato a una minore responsività nei confronti del bambino (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). La discussione sulle relazioni di attaccamento passate e presenti del caregiver può portare il genitore a riconsiderare le proprie esperienze e a riflettere sulla modalità della relazione attuale con il proprio figlio (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975; Schechter *et al.*, 2005).

Tuttavia la maggior parte degli interventi di video-feedback è basata su un'integrazione del modello comportamentale e quello rappresentazionale, come ad esempio il *Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Representations* (VIPP-R; Bakermans-Kranenburg *et al.*, 1998) in cui l'intervento VIPP viene ampliato con discussioni sulle

rappresentazioni materne e con riflessioni del caregiver sulle proprie esperienze infantili grazie all'uso di questionari, materiale proiettivo o semplice discussione su un tema specifico basato sulla teoria dell'attaccamento. In particolare, le discussioni sull'attaccamento riguardano quattro temi: le esperienze di separazione vissute dalla madre da piccola, come si sente quando è separata dal bambino e come pensa che il figlio viva le esperienze di separazione da lei; il comportamento dei propri genitori nella sua infanzia e il proprio comportamento attuale verso il bambino; il processo di distacco della madre dai genitori quando era adolescente, il cambiamento della relazione con i propri genitori nel tempo e i desideri per il futuro del figlio; la connessione tra l'“essere figlia dei propri genitori” e l'“essere il genitore del suo bambino”, soprattutto rispetto alle aspettative che la madre ha sulle esperienze che vorrebbe far vivere al proprio figlio (Cassibba & van IJzendoorn, 2005).

I risultati delle ricerche indicano un aumento della sensibilità materna per le madri che ricevono l'intervento, inoltre è stato trovato che le madri classificate come insicure distanzianti traggono più beneficio dall'intervento VIPP di base, mentre quelle insicure preoccupate dal VIPP-R, quindi anche con discussioni sulle rappresentazioni. Questi dati probabilmente sono dovuti a un'esigenza diversa delle madri insicure, poiché quelle preoccupate essendo ancora invischiate nella relazione con i propri genitori potrebbero aver bisogno di una ristrutturazione delle rappresentazioni sulle proprie esperienze infantili (Bakermans-Kranenburg *et al.*, 1998). L'uso del video-feedback è risultato utile anche per aumentare la capacità di sincronizzazione della diade madre-bambino (Wendland-Carro, Piccinini, & Millar, 1999), per incrementare le abilità sociali e cognitive dei bambini (Landry, Piccinini, & Millar, 2006) e per ridurre i comportamenti iperattivi, aggressivi e oppositivi dei bambini (Van Zeijl, Mesman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Juffer, 2006).

### *2.2.1 Video-feedback e psicoterapia*

La tecnica del video-feedback è spesso usata anche come uno degli strumenti all'interno di interventi di psicoterapia volti al supporto dei genitori. In particolare viene integrato il trattamento psicoterapeutico con l'osservazione microanalitica delle interazioni caregiver-bambino in quanto la registrazione delle interazioni tra genitore e bambino è una ricchissima fonte di elementi per la valutazione e l'intervento (Cramer, 1998) e fornisce ai genitori una doppia prospettiva sul loro funzionamento, ossia l'interazione esperita in tempo reale e quella

successivamente rivissuta a distanza (Bateson, 1979). Infatti l'approccio microanalitico di revisione dei segmenti di video delle interazioni genitore-bambino permette al genitore di descrivere i comportamenti della diade su cui può riflettere, portando a un accesso immediato di stati emozionali presenti, percezioni, fantasie e memorie e a tradurre le emozioni e i comportamenti impliciti in forme narrative esplicite che sono elicitate nel qui e ora dell'interazione con un'intensificazione del processo terapeutico (Beebe, 2003; Downing, 2007; Stern, 1995).

Il gruppo di Losanna (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999) ha costruito un intervento psicoterapeutico sulle relazioni familiari di orientamento sistemico evolutivo, in cui valutazione e osservazione sono parte della terapia. In particolare, tale intervento psicoterapeutico si basa sulla concezione secondo cui nel lavoro con un bambino piccolo e la sua famiglia, la via d'ingresso da utilizzare è l'interazione e la comunicazione corporea tra il bambino e i genitori, poiché i bambini piccoli comunicano attraverso l'interazione e i genitori rispondono allo stesso modo anche se parallelamente parlano tra di loro; pochi minuti di interazione possono fornire più informazioni di quante se ne potrebbero avere con lunghi colloqui. Inoltre l'intervento permette di rafforzare la conoscenza relazionale implicita che i membri della famiglia hanno della loro relazione triadica, in quanto concentrandosi sui comportamenti della famiglia composta da tre persone, ci si occupa anche della loro esperienza intersoggettiva triadica, esplicita e implicita (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, & Keren, 2004). Per questo motivo, all'interno della terapia viene utilizzato il *Lausanne Trilogue Play* (LTP; Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999), un paradigma sperimentale di osservazione e valutazione delle relazioni familiari triadiche tra padre, madre e bambino in interazioni di gioco. LTP è suddiviso in quattro parti: un genitore gioca con il bambino mentre l'altro è semplicemente presente (2+1); i genitori si scambiano di ruoli (2+1); i tre partner giocano insieme (3-insieme); e i genitori interagiscono l'uno con l'altro e il bambino è semplicemente presente (2+1). La valutazione del LTP permette di definire il tipo di alleanza della famiglia. La procedura viene videoregistrata al fine di poter essere utilizzata dal terapeuta nelle sedute, facendo rivedere piccoli pezzi delle interazioni in modo microanalitico per lavorare sugli aspetti problematici emersi e rafforzare l'alleanza della coppia genitoriale.

Beebe (2003) ha utilizzato la tecnica del video-feedback all'interno di un intervento psicoanalitico di breve durata per diadi madri-bambini che presentano una distorsione nella relazione. L'intervento di solito dura dalle due alle quattro sedute per diadi con bambini tra i 5

e i 9 mesi con un follow-up nel secondo anno di vita per valutare il legame di attaccamento del bambino. Tale metodo è basato su videoregistrazioni dell'interazione faccia a faccia tra madre e bambino mediante due telecamere che permettono di inquadrare sia il viso sia il corpo. Il terapeuta dopo aver visionato il filmato lo guarda nell'incontro successivo con il caregiver, analizzando microanaliticamente sia i momenti di interazione positiva sia quelli di rottura. Alla madre viene chiesto cosa ha provato nei vari momenti del video e cosa pensa abbia provato il bambino al fine di aumentare la sua abilità di osservare e verbalizzare i propri comportamenti e quelli del figlio. In particolare, il clinico porta la madre a focalizzarsi sui momenti positivi di interazione per mostrarle il corretto funzionamento diadico. Il metodo delle videoregistrazioni in ambito analitico permette di descrivere i comportamenti della diade su cui il genitore può riflettere, collegandoli anche alle esperienze passate infantili vissute dalla madre.

Un altro interessante approccio è il *Video Intervention Therapy* (VIT) di Downing (Downing, Bürgin, Reck, & Ziegenhain, 2008) che utilizza elementi tratti dalla teoria psicodinamica, cognitivista e dei sistemi per aumentare la sensibilità e le capacità riflessive del genitore. Il focus dell'intervento è sul modo in cui madre e bambino interagiscono insieme, in particolare sull'espressione delle emozioni da parte di genitore e bambino e sulla loro eventuale incoerenza e sulle comunicazioni attraverso il corpo con l'obiettivo di modificare la qualità delle interazioni per arrivare a una riorganizzazione più adeguata con una maggiore piacevolezza e contingenza reciproca. Vengono osservate e analizzate le interazioni madre-bambino ricercando gli stili interattivi ricorrenti e il modo in cui la diade utilizza il proprio corpo nel campo intersoggettivo, influenzandosi l'uno con l'altro sia nel processo di autoregolazione sia in quello di regolazione interattiva. L'analisi dell'interazione, fotogramma per fotogramma, consente di osservare il contributo di entrambi alla relazione. Inoltre questa procedura stimola nel caregiver, che si autosserva con la supervisione del terapeuta, riflessioni profonde su se stesso e sulla sua storia, consente il contatto riflessivo con le proprie emozioni e sentimenti e favorisce lo sviluppo di migliori competenze autoregolatorie e relazionali. L'intervento si basa su incontri settimanali che coinvolgono uno o, nel caso in cui sia presente anche il padre del bambino, entrambi i genitori, assieme ai quali viene analizzata una breve sequenza di uno scambio relazionale videoregistrato precedentemente presso il domicilio familiare. Caratteristica fondamentale del VIT è la capacità di evocare le risorse personali del caregiver, oltre all'efficacia dell'intervento nel produrre, in breve tempo, grandi cambiamenti che tendono a mantenersi stabili. Inoltre l'intervento si è dimostrato particolarmente efficace nel

consolidare la relazione d'attaccamento, nel produrre cambiamenti persistenti nei modelli operativi interni della madre, nell'aumentare il livello di empatia materna e la quantità di interazioni positive col bambino, nel ridurre i comportamenti evitanti o resistenti e nel diminuire le espressioni di rabbia durante le interazioni (Downing, 2005; Downing, Wortmann-Fleischer, von Einsiedel, Jordan, & Reck, 2013).

### **2.3 Strategie di intervento per genitori adolescenti**

Essendo la maternità durante il periodo dell'adolescenza un fattore di rischio che, correlato ad altri indicatori di rischio, può incidere sulla qualità dell'interazione madre-figlio e sullo sviluppo del bambino sul piano sociale, psicologico e comportamentale, un intervento di supporto rivolto alle madri adolescenti risulta essere molto importante per un adeguato esito dello sviluppo di entrambi i componenti della diade e per la loro relazione.

Gli studi mostrano che il supporto sociale può diminuire lo stress parentale e favorire il benessere nella madre adolescente (Logsdon & Koniak-Griffin, 2005) e migliorare la qualità delle interazioni madre-bambino (Clemmens, 2001). In particolare le madri adolescenti che ricevono sostegno dalla propria famiglia o dal partner percepiscono meno stress, hanno meno sintomi depressivi e si sentono più adeguate nelle modalità di parenting e di interazione con il bambino (Edwards *et al.*, 2012; Letourneau, Stewart, & Barnfather, 2004). Anche la teoria sulla resilienza suggerisce che i fattori protettivi come il legame con la scuola e la famiglia e una buona rete di supporto sociale diminuiscano gli esiti negativi per le madri adolescenti (Casserly, Carpenter, & Halcón, 2001).

I programmi per ridurre le conseguenze negative di una gravidanza adolescenziale sono numerosi e con diversi approcci poiché quando si delineano le strategie di intervento con i genitori adolescenti è necessario identificare i differenti livelli di bisogni e adattare l'intervento a seconda delle loro specifiche caratteristiche (Cherniss & Herzog, 1996).

Un'ampia mole di letteratura ha descritto una varietà di modelli attuati sia a partire dalla gravidanza sia nel post-partum che possono essere raggruppati in quattro categorie principali (Ruedinger & Cox, 2012; Savio Beers & Hollo, 2009). Gli *school based programs* sono interventi effettuati principalmente a scuola che sono volti a evitare l'abbandono scolastico e favorire il reinserimento agli studi, si basano spesso su dei curricula focalizzati sull'educazione scolastica, sulle relazioni personali e sugli obiettivi per un lavoro futuro. Infatti un maggior livello di

istruzione delle madri adolescenti al momento della gravidanza e la continuazione degli studi dopo la nascita del bambino favoriscono delle interazioni madre-bambino più adeguate e un ambiente di cura più supportivo (Strunk, 2008). Tuttavia questi programmi non riescono a catturare una significativa porzione di madri adolescenti che abbandonano la scuola prima di rimanere incinte (Sullivan *et al.*, 2011). Gli *home visiting programs* sono interventi che vengono svolti direttamente a casa dei genitori adolescenti con incontri frequenti al fine di creare una relazione tra terapeuta e genitore in un clima familiare; mentre i *community based programs* sono interventi all'interno della comunità che prevedono incontri di gruppo tra genitori adolescenti in modo da poter condividere la propria esperienza con altri adolescenti che vivono la stessa condizione di essere genitori in giovane età. I *clinical based programs* sono interventi che si svolgono nelle strutture ospedaliere e ambulatoriali, basati su un ampio monitoraggio dello sviluppo e della salute del bambino e del benessere dei neogenitori; in ogni visita gli operatori hanno la possibilità di controllare la situazione di tutta la famiglia e forniscono assistenza medica, supporto sociale, servizi per la salute mentale, supporto alla genitorialità e programmi sociali per creare legami tra i partecipanti.

Inoltre nel corso degli ultimi anni i programmi di intervento non sono più caratterizzati dall'impiego di una sola tecnica ma sono interventi integrati comprensivi di più strumenti quali psicoterapia, home visiting e uso della tecnica del video-feedback e con una presa in carico più globale e intensiva sull'intero sistema familiare poiché è stata dimostrata la loro maggiore efficacia rispetto agli approcci basati su una singola strategia (Riva Crugnola *et al.*, 2012c).

Di seguito verranno presentati alcuni modelli di intervento rivolti ai genitori adolescenti e ai loro bambini basati sulla teoria dell'attaccamento, sull'home visiting, sulla psicoterapia e sulla funzione riflessiva, molti dei quali utilizzano la tecnica del video-feedback.

### *2.3.1 Interventi basati sulla teoria dell'attaccamento*

Tutti gli interventi precoci basati sulla teoria dell'attaccamento sono guidati dall'assunto centrale che la qualità della relazione dell'attaccamento è in gran parte determinata dalla responsività e dalla sensibilità della madre nelle interazioni con il proprio bambino (Ainsworth *et al.*, 1978). Inoltre la capacità della madre di interagire efficacemente con il bambino è una funzione delle sue rappresentazioni cognitive riguardanti le relazioni intime e di attaccamento (Main *et al.*, 1985). Ogni tentativo di modificare i comportamenti materni potrebbe essere

limitato dalla natura delle sue rappresentazioni mentali e quindi l'intervento, almeno per molte madri, dovrebbe focalizzarsi sia sul livello cognitivo intrapsichico sia sul livello interattivo-comportamentale (Moran, Pederson, & Krupka, 2005).

Moran e colleghi (2005) hanno costruito un modello di intervento basato sulla teoria dell'attaccamento (*Attachment based intervention*) e specificatamente rivolto alle madri adolescenti. Questo programma si basa sull'assunzione che lo sviluppo di un attaccamento sicuro è il principale compito nella seconda metà del primo anno di vita del bambino e l'obiettivo primario è supportare la sensibilità materna nei confronti del bambino focalizzandosi sui punti di forza già presenti nelle madri adolescenti e sull'incrementare la consapevolezza del genitore di come i propri comportamenti influenzano quelli del figlio. È un intervento di home visiting integrato con il video-feedback, che dura per tutto il primo anno di vita del bambino, dove le madri adolescenti vengono stimolate a parlare di ciò che vedono nelle interazioni con i bambini al fine di fornire esperienze di reciproco beneficio nelle interazioni e supportare il piacere della madre nello stare insieme al figlio. Nelle parti iniziali di ogni incontro, i terapeuti si focalizzano sulla costruzione del rapporto con la madre perché una relazione di fiducia gioca un ruolo importante in ogni sistema di supporto; poi le madri e i bambini vengono osservati e filmati in interazione di gioco libero e il filmato viene fatto rivedere alle madri per osservare e discutere. Durante la revisione del video, il terapeuta commenta i comportamenti materni che il bambino appare apprezzare e chiede alle madri di interpretare i comportamenti del figlio. La discussione si focalizza sull'identificazione degli elementi positivi dell'interazione e sul fornire alla madre l'opportunità di riflettere sugli stati motivazionali del bambino. Ad esempio, se la madre stimola in modo intrusivo il bambino e lui si gira da un'altra parte, il terapeuta potrebbe notare che il bambino sembra guardare altrove e chiedere alla madre di interpretare quello che lui potrebbe aver pensato o aver provato in quel momento. Inoltre viene somministrata l'*Adult Attachment Interview* (George, Kaplan, & Main, 1985) per individuare il modello di attaccamento materno e come questo possa influenzare la responsività e il legame di attaccamento con il bambino. I risultati indicano che un intervento focalizzato sulle interazioni nel primo anno di vita può migliorare la qualità della relazione tra madre adolescente e bambino favorendo un legame di attaccamento sicuro del bambino e che questi miglioramenti si mantengono anche nel secondo anno di vita. Tuttavia, molte delle madri che hanno una storia di trauma associato a uno stato della mente non risolto rispetto all'attaccamento non riescono a beneficiare degli effetti positivi dell'intervento, mostrandosi resistenti e con una



difficoltà a rielaborare le proprie esperienze ed essere responsive nei confronti del bambino (Moran *et al.*, 2005).

Anche l'intervento di Flaherty e Sadler (2011) si focalizza sul fornire una cornice ai comportamenti di attaccamento. I terapeuti intervengono immediatamente dopo la nascita quando la relazione di attaccamento sta iniziando a formarsi. Il primo passo è quello di spiegare in modo semplice il significato della relazione di attaccamento con una riflessione di come madre e bambino si rispondono reciprocamente e dei comportamenti di attaccamento del bambino quali il sorriso, il pianto, la ricerca e la resistenza alla separazione dalla madre. Durante gli incontri, le madri adolescenti vengono incoraggiate ad assumere molti dei comportamenti che favoriscono il legame di attaccamento sicuro e spesso hanno bisogno di essere aiutate a reinterpretare i comportamenti del bambino e collegarli ai suoi stati mentali e ai suoi bisogni. Ad esempio, una giovane madre potrebbe diventare frustrata quando il bambino piange, ignorandolo o prendendolo bruscamente per dargli da mangiare. I terapeuti possono guidare la madre ad apprezzare il fatto che il bambino pianga per esprimere il proprio stato emotivo, chiedendo alla madre come lei si sente quando il figlio piange e come lei pensa che il bambino possa sentirsi. Il riconoscimento degli stati emotivi e fisici della madre e del bambino può favorire una buona relazione diadica di attaccamento. Inoltre dato che la maggior parte delle volte le madri adolescenti hanno aspettative irrealistiche sulle competenze del figlio, in questo modo possono essere aiutate a vedere le differenti abilità dei bambini nelle diverse fasi di sviluppo. I terapeuti nel proseguire l'intervento quando il bambino compie un anno possono valutare l'attaccamento ed effettuare una restituzione. È importante per le madri adolescenti comprendere che il pianto del bambino è un forte indicatore della sicurezza che lui sente nei loro confronti. Infine, il momento in cui il bambino si riunisce con la madre, lui la cerca e vuole essere confortato prima di ritornare a giocare, può essere un potente messaggio per le giovani madri che possono non capire l'importanza del loro ruolo come figura di attaccamento sicura nella vita del figlio. Le madri adolescenti spesso hanno benefici da questi interventi poiché vengono aiutate ad assumere il ruolo materno in modo da facilitare la costruzione di un legame di attaccamento sicuro del bambino.

Anche alcuni interventi brevi intensivi per le madri adolescenti utilizzano come base la teoria dell'attaccamento tra i quali quello di Deutscher e colleghi (2006), definito *PACES-Parenting and Children Experiencing Success*, volto a migliorare le interazioni genitore-bambino con incontri bisettimanali per un periodo di tre mesi. Il programma fornisce alle madri adolescenti

informazioni sullo sviluppo cerebrale del bambino, sull'importanza del legame di attaccamento, sulle modalità efficaci di interazione madre-bambino, su come si leggono i segnali del figlio e su come si risponde adeguatamente, sul gioco e sull'alternanza dei turni, sulle corrette aspettative circa i processi di crescita del bambino, sulla corretta stimolazione verbale del figlio, su come ci si diverte con i libri e le canzoni cantate insieme e sull'uso di strategie disciplinari positive. Inoltre il focus dell'intervento è basato sulla tecnica del video-feedback per illustrare i comportamenti positivi da ripetere e quelli negativi da eliminare. La sessione di video-feedback inizia con una discussione sulle modalità interattive a cui segue un'opportunità per la madre di giocare con il bambino e mettere in pratica ciò su cui si è discusso. Vengono anche usati dei filmati standard per mostrare le corrette modalità di parenting. L'operatore cerca anche di facilitare attività quotidiane adeguate al fine che diventino normali e automatiche. Viene fornito un libricino sulle tappe di sviluppo del bambino per i primi 6 mesi e un quaderno bianco dove le madri possono scrivere quello che vogliono rispetto al loro bambino. In aggiunta, verso la fine dell'intervento, alle madri è data la possibilità di visionare i video creati inizialmente sia in gruppo sia individualmente, l'obiettivo è quello di far riflettere le madri sui cambiamenti nelle loro modalità di interazione e quindi rinforzare gli aspetti positivi attraverso una conversazione focalizzata. La principale assunzione di questo programma è che incrementare solo le conoscenze non è sufficiente per cambiare i comportamenti materni e il punto chiave è quello di relazionarsi con la diade madre-bambino e costruire uno spazio dove la madre possa fare pratica dei comportamenti appropriati con il proprio bambino. Le madri che ricevono l'intervento hanno un aumento della responsività materna, una diminuzione dei comportamenti negativi direttivi e una maggiore capacità di supportare e stimolare lo sviluppo linguistico del bambino; inoltre i bambini hanno più competenze nelle diverse tappe di sviluppo (Deutscher, Fewell, & Gross, 2006).

Anche in Germania è stato attuato un intervento breve lo *Ulm Model* (Ziegenhain, 2007) che integra gli studi empirici sulla psicologia dello sviluppo infantile e sulla teoria dell'attaccamento con il concetto di comportamenti autoregolatori. Gli incontri che avvengono per i primi 3 mesi di vita del bambino possono essere fatti nei servizi sanitari locali oppure con visite domiciliari che servono per catturare le famiglie ad alto rischio. In ogni sessione, il counselor videoregistra le interazioni diadiche in momenti di gioco libero e successivamente seleziona brevi pezzi di interazioni considerate sintonizzate (la madre è sensibile ai segnali del bambino e l'interazione è piacevole) o non sintonizzate (la madre non è responsiva ai segnali del bambino e/o controlla

l'interazione) che vengono usate come feedback per discutere sulle competenze, sui segnali e sui bisogni del bambino così come sui comportamenti materni e di come questi abbiano un'influenza sul bambino. Le madri adolescenti che partecipano all'intervento rispetto al gruppo di controllo mostrano un aumento della sensibilità anche se sembra che l'effetto sia maggiore nel gruppo ad alto rischio rispetto a quello con un rischio moderato (Pillhofer *et al.*, 2014).

Un altro intervento breve di supporto che ha come base la teoria dell'attaccamento è *The AMPLE* (Nicolson, Judd, Thomson-Salo, & Mitchell, 2013) che inizia a partire dalla gravidanza. L'obiettivo principale è di migliorare la qualità delle interazioni delle madri adolescenti nei confronti del bambino, aiutandole a vedere il proprio figlio come una persona con abilità sociali ed esperienze precoci fin dalla nascita. L'intervento viene svolto negli ambulatori all'interno di un normale percorso di assistenza alla maternità, il primo incontro si svolge durante il pre-parto e avviene in un piccolo gruppo, dove si guardano sei brevi filmati e si discute sulle competenze sociali dei neonati, la loro voglia di interagire, l'importanza di confortare il bambino quando piange, i sentimenti negativi che possono sorgere quando il bambino piange e come trattare queste emozioni. Il secondo incontro avviene non più in gruppo ma individualmente e riprende il tema di esplorare la capacità dei bambini appena nati e la loro voglia di interagire attraverso discussioni e testimonianze. Entrambi gli incontri sono interattivi e i partecipanti possono invitare i loro partner o/e persone di supporto, anche se l'intervento si focalizza soprattutto sul legame di attaccamento tra madre e bambino. I risultati dell'intervento, seppur su un campione limitato, indicano che le madri adolescenti diminuiscono i comportamenti intrusivi e ostili nei confronti del bambino e incrementano la propria sensibilità.

Sembra quindi che sia interventi intensivi prolungati sia brevi basati sulla teoria dell'attaccamento possano migliorare la qualità della relazione tra madre adolescente e bambino, aumentando la sensibilità materna e favorendo la transizione alla maternità.

### 2.3.2 *Interventi di home visiting*

Il più conosciuto tra gli interventi di home visiting descritti in letteratura è il *Nurse family Partnership* di Olds e colleghi (Olds *et al.*, 1997, 2003, 2010) che si rivolge a giovani madri di basso livello economico, al primo figlio e alle loro famiglie, a partire dalla gravidanza fino ai due anni di vita dei bambini. Le madri seguite sono soprattutto minorenni, non sposate, con storie

di abuso di sostanze, esperienze di trascuratezza e maltrattamento e problemi psichiatrici e psicologici. L'intervento si basa sulla teoria ecologia di Bronfenbrenner (1979), il cui assunto principale è che la relazione genitore-figlio è capace di favorire lo sviluppo del bambino a seconda della natura delle altre relazioni che i genitori intrattengono. Di conseguenza gli operatori dirigono la loro attenzione sui fattori sociali e materiali che influenzano la capacità della madre e della famiglia di proteggere i suoi membri cercando di promuovere e favorire l'utilizzo, da parte loro, dei servizi della comunità e curando la qualità del sostegno alla madre e al bambino proveniente da parte del partner, della famiglia e degli amici.

Le finalità del programma si articolano in tre punti: favorire esiti positivi della gravidanza, aiutando le adolescenti a modificare alcuni comportamenti legati alla salute; ridurre le complicazioni in gravidanza e le nascite premature e/o sottopeso; favorire lo sviluppo e la salute del bambino riducendo maltrattamenti, abusi e ritardi nello sviluppo, aiutando i genitori a fornire cure più responsabili e competenti ai loro bambini; e favorire l'autosufficienza economica della famiglia aiutando i genitori a sviluppare progetti di vita, a pianificare le future gravidanze, a continuare la loro istruzione e a trovare lavoro. Infermiere esperte compiono frequenti visite domiciliari a cominciare dalla fine del secondo trimestre di gravidanza fino al secondo anno di vita del bambino. Si fa in modo che in casa siano presenti anche il partner per chiarire il suo ruolo genitoriale e coinvolgerlo nella pianificazione del futuro, la nonna materna, figura chiave per le madri adolescenti, e altre persone della famiglia allargata se direttamente coinvolte nella gestione quotidiana del bambino per poter influenzare la sicurezza e le proprietà educative dell'ambiente domestico. Le madri vengono aidate a porsi piccoli obiettivi realistici, che, se raggiunti, rafforzano la loro fiducia nell'affrontare problemi in futuro. Si cerca inoltre di identificare e valorizzare le risorse delle madri, in modo che possano acquisire maggiore fiducia in sé e nel loro nuovo ruolo genitoriale. La teoria dell'attaccamento guida invece il lavoro sulla qualità della relazione fra operatrice domiciliare e la madre. Per evitare che la madre inconsapevolmente riproponga nella relazione con il proprio figlio lo stesso tipo di relazione inadeguata da lei sperimentata nell'infanzia con i genitori, l'operatrice domiciliare discute con lei e gli altri familiari delle loro esperienze infantili di accudimento cercando parallelamente di costruire nuove occasioni di interazione reciprocamente gratificanti per la diade. Lo sviluppo di una relazione terapeutica con la persona che compie le visite a domicilio è una circostanza decisiva perché la madre e il bambino possano raggiungere molte conquiste evolutive. I risultati sull'efficacia dell'intervento indicano che le condizioni di vita delle madri, soprattutto quelle

minorenni, non sposate e in situazione di povertà, migliorano in termini di salute in gravidanza, riduzione del numero di gravidanze ripetute e minore abuso di sostanze e comportamenti devianti. Inoltre i bambini vivono in un ambiente domestico più sicuro con una riduzione di abusi e incidenti infantili (Kitzman *et al.*, 2010; Olds *et al.*, 2010).

Anche nel programma di Barnett e colleghi (2007) gli home visitor vengono selezionati in base alle loro doti empatiche, alla capacità di relazionarsi con gli adolescenti e le loro famiglie, alla capacità di comunicazione e alle conoscenze della comunità. L'intervento prevede delle visite bisettimanali a partire dal terzo trimestre di gravidanza fino al primo anno di vita del bambino e poi mensili nel secondo anno. Il lavoro è basato su due curricula: quello del parenting, volto a migliorare la capacità del genitore di conoscere il bambino, promuovere cure adeguate e una buona responsabilità; e quello dell'adolescenza, volto a prevenire ulteriori gravidanze, migliorare le pratiche sessuali, motivare ad andare a scuola e migliorare le capacità di comunicazione e negoziazione con il partner. In aggiunta, gli home visitor cercano di identificare rischi di depressione, violenza da parte del partner e drop-out della scuola. I risultati indicano che l'intervento di home visiting con operatori paraprofessionali aumenta le competenze delle madri adolescenti e la continuazione del percorso scolastico mentre non sembra essere efficace nel ridurre le gravidanze ripetute o i sintomi di depressione materna.

L'intervento *Pregnant and Parenting Teen Program* di Schaffer e colleghi (2012) è un programma intensivo che inizia a partire dalla gravidanza e si focalizza su tre punti chiave. Il primo riguarda la relazione con gli home visitor che cercano di facilitare l'accesso e i contatti con i servizi sociali, la scuola e le strutture sanitarie. Il secondo obiettivo è quello di supportare le adolescenti incinte nel prepararsi ad avere il bambino e percepirsi nel nuovo ruolo di madre, in particolare attraverso delle specifiche attività vengono trattati i seguenti temi: entrare nella maternità, connessione con il bambino, attaccamento, rilassamento e benessere, onorare la donna che è in me, crearsi dei propri spazi, e supportare lo sviluppo e la mente del mio bambino. Un terzo punto è quello di rispondere ai bisogni materiali delle giovani madri e incrementare la costruzione dei legami familiari con l'obiettivo di renderle autosufficienti. I risultati di tale intervento mostrano un'efficacia nel migliorare le condizioni alla nascita del bambino, ridurre le gravidanze ripetute, costruire e mantenere ambienti familiari sicuri e confortevoli e migliorare la responsabilità genitoriale e lo sviluppo socio-emotivo del bambino.

Stiles (2010) ha utilizzato il *Promoting First Relationships* (PFR) basato su visite domiciliari bisettimanali che includono video-feedback, dispense, role-playing e discussioni per migliorare

la sensibilità materna e la contingenza nelle interazioni. L'intervento inoltre si focalizza sull'importanza di monitorare i sintomi depressivi materni, lo stress genitoriale e il supporto sociale come fattori che incidono sulle caratteristiche materne, quali sensibilità nel rispondere ai segnali e alleviare il distress del bambino e capacità di fornirgli situazioni di gioco stimolanti per la crescita. Queste caratteristiche incidono poi sul bambino e sulla sua capacità di riconoscere i segnali e rispondere in modo responsivo al genitore, che a loro volta influenzano il parenting materno.

Il *Family Spirit Trial* (Mullany *et al.*, 2012) ha un impatto a breve, medio e lungo termine sui comportamenti e sullo sviluppo emotivo della madre e del bambino attraverso un miglioramento delle competenze di parenting e del senso di autoefficacia materno. Si basa sull'ipotesi che riducendo le problematiche emotive e comportamentali durante la prima infanzia si possa facilitare una traiettoria di sviluppo più positiva sia per la madre sia per il bambino in tutto il corso di vita. Per questo motivo, l'intervento con incontri di home visiting dura per i primi 3 anni di vita del bambino per supportare le giovani madri, aiutarle a reinserirsi nel gruppo dei pari e accompagnarle nella transizione all'età adulta, riducendo i possibili rischi negativi.

### 2.3.3 Interventi di psicoterapia

Utilizzare un programma di intervento terapeutico con i genitori adolescenti è particolarmente problematico in quanto spesso è difficile mantenere i contatti e coinvolgerli nell'intervento, inoltre l'adolescenza è un periodo di crescita durante il quale i ragazzi possono non accettare consigli e istruzioni ed essere preoccupati solo rispetto ai propri problemi non riuscendo a rispondere ai bisogni degli altri. Tuttavia un supporto psicologico può essere molto utile se integrato anche con altri strumenti quali il video-feedback e le visite domiciliari.

Il modello *Speaking for the baby* di Carter e colleghi (Carter *et al.*, 1991) è uno tra i primi interventi terapeutici per la relazione madre adolescente-bambino. L'obiettivo principale di questo programma di intervento intensivo è di incrementare nelle madri la capacità di comprendere i bisogni di sviluppo del bambino e trovare modi alternativi di relazionarsi con loro. In particolare, l'intervento si basa sul fornire alle giovani madri le conoscenze fondamentali sulle tappe di crescita del bambino per favorire aspettative realistiche sui comportamenti del figlio e migliorare i pattern interattivi diadici, aiutando le madri a diventare

più sintonizzate a livello verbale e affettivo. Un altro importante focus dell'intervento è quello di aiutare le madri adolescenti a diventare più empatiche con i loro bambini, chiedendo loro di "parlare per il bambino" durante incontri in piccoli gruppi di revisione dei filmati delle interazioni. La tecnica *speaking for the baby* cerca di fare in modo che le madri possano fornire una descrizione emotiva e razionale dei gesti e delle espressioni emotive del bambino; le madri infatti sono incoraggiate a usare la prima persona per riferirsi ai pensieri del bambino (ad esempio "Mamma, ho fame e voglio che tu mi dia da mangiare" invece che "Lui sembra avere fame"). Se la madre fa fatica a parlare per il bambino, un operatore lo fa al suo posto. Questa tecnica sembra avere un certo successo immediato in quanto le madri si divertono a parlare per i loro bambini e quando riescono a esprimere di più i sentimenti del bambino ad altre persone risultano più responsive con i figli. Inoltre incoraggiare le madri a riconoscere e dare un nome alle esperienze emotive del bambino può facilitare il ricordo delle proprie esperienze affettive e promuovere un'identificazione con il figlio. Questo intervento, infatti, porta le giovani madri a riconoscere i propri bisogni e quelli del bambino, a eliminare i fantasmi del passato (Fraiberg *et al.*, 1975), a risolvere i conflitti interni e a usare più efficaci modalità di parenting.

La tecnica *speaking for the baby* è stata usata anche in un intervento definito *Listening with care* (SmithBattle, Lorenzo, & Leander, 2013) che si basa su un approccio narrativo con incontri di home visiting. Nei primi incontri gli operatori cercano di delineare un quadro della situazione familiare, sociale e scolastica per comprendere le problematiche, le priorità, i punti di forza e di debolezza e le contraddizioni e le risorse della situazione in cui si trovano le giovani madri. In seguito viene usata un'intervista clinica per incoraggiare un ascolto empatico e un dialogo con le madri adolescenti in quanto elicitare le esperienze delle adolescenti può promuovere un'identità narrativa, convalidando i loro punti di forza nascosti, le speranze e i piani per il futuro. Nelle sessioni successive viene usata la tecnica *speaking for the baby* che supporta le capacità emergenti del bambino e l'apprendimento in base all'esperienza delle conoscenze della madre sulle competenze del figlio. Oltre a questo viene anche usato il *baby book journal* che è un libro in cui il testo è stato scritto dalla prospettiva del bambino a un livello elementare in cui il bambino parla direttamente alla madre; ad esempio un bambino di un mese di vita dice: "sto imparando così tanto e così questa sei tu! Ho notato che quando tu sei felice e calma il mondo sembra così allegro. Quando tu ti senti giù o sei stressata, il mondo appare un po' meno sicuro. E tu noti che i miei giorni sono simili ai tuoi. Questo è il modo in cui noi impariamo a conoscersi reciprocamente". Inoltre il libro include delle pagine bianche in cui alla madre viene

chiesto di scrivere un diario mensile di quello che impara dal suo bambino e su se stessa. Infine viene usata la scrittura delle lettere terapeutiche (*Therapeutic letter writing*) da parte degli operatori come strumento per costruire un rapporto e per validare le capacità, le priorità e gli obiettivi delle giovani madri e rinforzare i loro progressi. Un ascolto attento di ogni adolescente è considerato indispensabile per lo sviluppo di una relazione responsiva, per fare valutazioni cliniche appropriate e per promuovere i punti di forza e ridurre i possibili rischi nelle giovani madri.

Mayers e Siegler (2004) hanno costruito *The Chance For Children* per rispondere ai bisogni psicologici delle madri adolescenti e dei loro bambini sulla base dei recenti sviluppi dell'infant research e della teoria psicoanalitica; utilizzando un modello tripartito di intervento che lavora con la madre, con il bambino e con gli operatori dell'equipe. Il modello include un trattamento sia per la madre sia per il bambino (terapia individuale e diadica e un gruppo di supporto settimanale per le madri), un programma educativo di parenting e delle conferenze per il personale. Gli obiettivi sono: incrementare la comprensione da parte delle madri sui bisogni dei bambini; incrementare le competenze parentali; rafforzare il legame di attaccamento tra madre e bambino; incrementare gli aspetti positivi delle interazioni e diminuire quelli negativi; diagnosi e precoce trattamento per i disturbi emotivi nella madre (depressione, stress post-traumatico, ansia); e valutare e intervenire sul bambino per i precoci segni di ritardi nello sviluppo.

La psicoterapia madre-bambino è basata sull'integrazione di vari approcci: la terapia di Fraiberg (Fraiberg *et al.*, 1975) e Lieberman (Lieberman & Pawl, 1993), il modello della guida dell'interazione di McDonough (1993), il progetto STEEP (Egeland, & Erickson, 2004) e l'intervento con il video-feedback di Beebe (2003). Si basa sull'ipotesi che fornire una relazione sulle esperienze di accudimento possa risultare efficace nell'influenzare le madri a essere coinvolte con il loro bambino e poi a incorporare e assorbire questa esperienza. In particolare il focus è sull'interiorizzazione di due abilità: l'empatia e il pensiero riflessivo. Vengono utilizzati tre differenti modelli di approcci a seconda delle caratteristiche delle madri adolescenti. Il modello educativo e di sviluppo è per le madri adolescenti che hanno già una buona capacità di parenting. Il modello dell'intervento supportivo è per quelle madri che non sono capaci di fornire un adeguato supporto al bambino, sono ritirate o ipercoinvolte e intrusive, e viene quindi fornito uno spazio di sicurezza dove la madre e il bambino possono conoscersi reciprocamente e costruire un legame di attaccamento positivo. Questo secondo approccio



incoraggia le madri nel loro ruolo genitoriale e le aiuta a relazionarsi in modo autonomo e responsivo nei confronti del bambino. La psicoterapia genitore-bambino è invece per le madri che hanno vissuto esperienze traumatiche (disturbi emotivi, problemi di salute, abusi sessuali e fisici, abbandono). Queste madri partecipano a un intensivo trattamento psodinamico madre-bambino che collega le esperienze passate a quelle presenti ed è volto a esiliare molti dei fantasmi presenti. L'obiettivo è di modificare il comportamento reattivo con il pensiero riflessivo e di discutere con la madre dei suoi sentimenti e delle sue esperienze al fine di considerare il significato delle emozioni, attraverso domande che stimolano la capacità riflessiva si favorisce lo sviluppo e l'espansione dell'empatia.

Inoltre l'intervento utilizza anche il video-feedback, in cui vengono discussi i punti di debolezza e rafforzati i punti di forza con l'obiettivo di stimolare una riflessione sulle proprie reazioni e comportamenti. La tecnica del video-feedback è particolarmente utile nel trattamento con le madri adolescenti perché cattura l'esperienza del qui e dell'ora e perché può stimolare la capacità di riflettere e di osservare nella madre. Le adolescenti e in particolare le madri adolescenti sono molto vulnerabili rispetto alle ferite narcisistiche, in quanto il senso del Sé è ancora in fase di formazione. In aggiunta, loro spesso sono indifese e incerte sulle proprie competenze materne e sono resistenti e ribelli rispetto all'autorità degli adulti. Gli operatori dovrebbero usare un approccio riflessivo e non giudicante al fine di evitare attacchi all'ego delicato delle nuove madri e di eludere ogni lotta di potere su "chi decide cosa" nella relazione con il bambino. Ricercando piccoli momenti di interazioni reciproche positive con il bambino durante il video, il terapeuta sottolinea il suo interesse per i dettagli per la vita del bambino, mostrandosi disponibile a cercare i comportamenti della madre e del bambino piuttosto che a giudicare ed esprime un profondo riguardo sul potere degli scambi tra madre e bambino.

I risultati dell'intervento mostrano che le madri adolescenti sono più responsive e disponibili affettivamente e i loro bambini riescono a rispondere più positivamente al contatto fisico e migliorano il loro tono emotivo a fronte anche della diminuzione della depressione materna (Mayer, Hager-Budny, & Buckner, 2008).

In un altro programma di intervento la psicoterapia interpersonale è stata adattata per le adolescenti incinte (*IPT for pregnant girls, IPT-PA*) (Miller, Gur, Shanok, & Weissman, 2008) al fine di ridurre i sintomi depressivi durante la gravidanza. I terapeuti svolgono incontri di gruppo subito dopo l'orario scolastico per 12 settimane. Gli obiettivi del trattamento sono: fare

chiarezza sul ruolo interpersonale emergente della maternità all'interno del contesto dell'adolescenza e anche della povertà; l'identificazione delle risorse sociali e materiali per il sostegno della sicurezza e della salute durante la gravidanza; il supporto sociale proveniente dalle proprie madri (trovare una guida); e fare pratica nella negoziazione dei conflitti ed evitare i pericoli che possono causare danni alla salute del feto. Dai dati preliminari sembra che tale intervento terapeutico sia efficace nel ridurre i sintomi depressivi e nell'incoraggiare le ragazze a usufruire del supporto sociale.

*The Home-Based Family Therapy* (Cherniss & Herzog, 1996) è invece uno dei pochi interventi di terapia familiare effettuato con le madri adolescenti in cui l'obiettivo è di incrementare la responsabilità e il supporto familiare per le madri adolescenti e i loro bambini attraverso il miglioramento della comunicazione tra i membri della famiglia. I conflitti sono risolti in modo costruttivo e il supporto è sostenuto dal lavoro con i membri della famiglia sui problemi concreti del bambino. Dato che gli adolescenti provenienti da contesti socio-economici svantaggiati sono difficili da convincere a intraprendere una terapia, il modello prevede che l'intervento venga effettuato a casa. I terapeuti familiari cercano di includere tutti i membri della famiglia che sono disposti a incontrarli. Molto spesso questi includono le madri adolescenti e le loro madri, in alcuni casi anche i fratelli e le sorelle delle madri adolescenti e i partner che tuttavia difficilmente accettano di partecipare. Inizialmente la famiglia è un sistema in crisi e i terapeuti cercano di esplorare i problemi nelle relazioni familiari e le dinamiche del sistema familiare e poi si focalizzano su tre processi chiave: la comunicazione, i ruoli e i pattern intergenerazionali familiari. Per quanto riguarda la comunicazione, all'inizio i membri della famiglia urlano e gridano tra di loro oppure evitano il più possibile gli scambi verbali. Il primo obiettivo è quindi di persuaderli a sedersi nella stessa stanza e ad ascoltare e parlare a turni. Una volta che tutti si sono seduti e sono d'accordo sull'ascoltare gli altri, i terapeuti lavorano sull'obiettivo di un ascolto più empatico e della verbalizzazione dei pensieri e dei sentimenti piuttosto che degli agiti e dei comportamenti. Dopo che la comunicazione è stata migliorata, si passa alla conflittualità tra i ruoli delle madri adolescenti e quelli delle loro madri nella cura del bambino. I terapeuti aiutano i membri della famiglia a decidere se la madre adolescente vorrebbe diventare il caregiver primario o riprendere il ruolo di adolescente, cedendo il ruolo di genitore primario alla propria madre o a un altro adulto. L'ultimo focus è quello dei pattern intergenerazionali, i terapeuti incrementano il lavoro con la famiglia sul riconoscimento dei pattern interattivi che ricorrono da una generazione alla successiva. Parte di questo processo

aiuta i membri della famiglia a costruire il genogramma che è uno strumento che spesso offre un supporto per parlare apertamente tra di loro di questi pattern intergenerazionali e condividere le emozioni derivanti da essi. I risultati dell'efficacia dell'intervento mostrano che la terapia familiare migliora la qualità di parenting dei genitori adolescenti che diventano più responsivi e coinvolti emotivamente con i bambini e il clima familiare risulta più sereno e basato sull'accettazione.

Un altro intervento che all'interno di un approccio multidimensionale utilizza la psicoterapia è il *Families and Schools Together (FAST) babies* (McDonald *et al.*, 2009) volto a favorire l'integrazione della madre adolescente nel tessuto sociale, basandosi sul supporto della comunità, sulla famiglia e sui gruppi di lavoro. Il FAST è basato sulle teorie dello stress familiare (Boss, 2002), del sistema familiare (Minuchin & Fishman, 1981) e della teoria ecologica dello sviluppo del bambino (Bronfenbrenner, 1979). Gli obiettivi sono: coinvolgere le mamme adolescenti in un'esperienza sociale di inclusione per attenuare e modificare la disapprovazione sociale che spesso sperimentano; migliorare il legame madre-figlio, aumentando il senso di autoefficacia dell'essere genitore; e ridurre lo stress, l'isolamento sociale e i conflitti intergenerazionali all'interno della famiglia della giovane madre. Sono previsti incontri settimanali di due ore e mezzo ciascuno per otto settimane in cui le adolescenti sono coinvolte in interazioni e scambi in piccoli gruppi con le loro famiglie, con i pari, con altri adulti della comunità di appartenenza e con i professionisti coinvolti. Vengono affrontati i temi della frustrazione e delle capacità di problem solving. Le attività sono strutturate per incrementare i contatti sociali e ridurre l'isolamento e i conflitti tra le tre generazioni, vengono infatti coinvolti il bambino, la madre adolescente, la nonna materna e il padre. Il potere delle nuove connessioni familiari che cambiano verso un incremento di fiducia e reciprocità favorisce una riduzione dello stress e dell'isolamento sociale, aumentando la responsività verso il bambino e il legame affettivo genitore-figlio, e al tempo stesso riduce il rischio per i giovani adolescenti di abusare di alcol, droga, di avere comportamenti violenti e delinquenti, di abbandono scolastico e gravidanze ripetute. Inoltre ridurre lo stress e l'isolamento sociale delle famiglie influisce anche sulla diminuzione dei rischi per il neglect e l'abuso sul bambino (Hillson & Kuiper, 1994). I risultati di questo intervento indicano un'efficacia nel migliorare il supporto sociale e l'empowerment genitoriale, grazie al confronto cross-generazionale e cross-familiare (Fletcher, Fairtlough, & McDonald, 2013).

Un intervento innovativo che si situa all'interno di una prospettiva relazionale che considera fondamentale anche il ruolo svolto dal padre del bambino è *Young Parenthood Program (YPP)* (Florsheim *et al.*, 2012) volto ad aiutare i giovani genitori a mantenere una relazione di co-parenting positiva e supportiva con il partner e sostenendoli a lavorare insieme per creare un ambiente stabile e di cura per il bambino. Tale intervento è organizzato in cinque fasi: la prima fase si focalizza sulla costruzione dell'alleanza terapeutica e sull'educare la coppia di giovani genitori a creare una connessione tra il co-parenting e lo sviluppo del bambino; la seconda fase porta a sviluppare le competenze interpersonali per raggiungere gli obiettivi; la terza fase include specifiche attività per facilitare lo sviluppo della comunicazione nella coppia e le strategie di autoregolazione; la quarta fase si focalizza sulla negoziazione dei cambiamenti di ruoli dovuti alla transizione alla genitorialità, in particolare all'interno del contesto delle famiglie estese; l'ultima fase è focalizzata sui compiti di co-parenting futuri. Il programma YPP sembra efficace nel favorire un legame di coppia più positivo, un co-parenting adeguato e un maggiore investimento della figura paterna sia nella relazione con la madre adolescente sia nella cura del bambino. Un approccio focalizzato sulla coppia sottolinea come l'effetto su un partner può facilitare un cambiamento positivo nell'altro. Inoltre l'intervento sembra più efficace per i padri che per le madri adolescenti forse a causa del fatto che i giovani padri ricevono meno sostegno e vengono meno riconosciuti nel ruolo di genitore rispetto alle compagne (Florsheim *et al.*, 2012).

#### 2.3.4 Interventi basati sulla funzione riflessiva

Nel corso degli ultimi anni gli interventi precoci si sono focalizzati, oltre che sul sostenere le modalità di parenting a livello comportamentale e modificare e ridefinire le rappresentazioni mentali dei genitori, anche sulla funzione riflessiva, che si riferisce alla capacità della madre di "tenere nella mente il bambino" per capire i suoi stati interni, le sue emozioni, i suoi pensieri e le sue intenzioni, come anche le proprie, e rispondervi in modo sensibile e responsivo (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002; Slade, 2005).

Tra i programmi mirati allo sviluppo della funzione riflessiva materna, il *Minding the Baby* (MTB; Slade *et al.*, 2005b), che si ispira all'intervento di home visiting *Nurse family Partnership* (Olds *et al.*, 1997) e alla psicoterapia madre-bambino di Fraiberg (Fraiberg *et al.*, 1975), ha come obiettivo principale quello di aumentare la capacità di mentalizzazione genitoriale

attraverso visite domiciliari frequenti e l'uso della tecnica del video-feedback e inoltre è volto anche a migliorare il legame di attaccamento tra madre e figlio, la salute mentale e fisica della madre e lo sviluppo socio-emotivo del bambino.

Il programma di intervento MTB è specifico per le giovani madri e i loro bambini che vivono in una condizione di alto rischio psicosociale, che hanno avuto poche esperienze di sicurezza e conforto nella relazione con i loro caregiver primari, ma che invece sono state vittime di traumi cronici, perdite e abbandoni. Per molte madri, questi attacchi al sé interferiscono inevitabilmente e profondamente con lo sviluppo delle capacità riflessive e portano a una difficoltà a regolare i loro stessi bisogni così come quelli dei loro bambini e sono spesso oppresse dalle richieste fisiche ed emozionali dell'essere genitori.

Il programma *Minding the Baby* inizia con visite domiciliari dal settimo mese di gravidanza fino al secondo anno di vita e coinvolge anche gli altri membri della famiglia, quali padre e nonni, che spesso diventano partecipanti chiave nel trattamento e risorse fondamentali. Gli operatori, che hanno svolto un training sulla funzione riflessiva, effettuano durante la fase prenatale una valutazione sulla condizione psicosociale della famiglia, sulla salute e sul funzionamento psicologico della madre, focalizzandosi sul passaggio alla genitorialità. Subito dopo la nascita del bambino, i terapeuti forniscono informazioni alla madre sulle pratiche educative e sulle tappe di sviluppo del bambino, portandola a osservare le diverse abilità del figlio nell'area cognitiva, linguistica, motoria e socio-emotiva per aiutarle a mantenere aspettative di sviluppo appropriate per il proprio bambino e incrementare la sua capacità di osservazione.

Una parte importante dell'intervento per i terapeuti è lavorare con la madre al fine di costruire una relazione per fornire supporto, empatia, rassicurazione e sostenere le sue competenze e i suoi punti di forza: nella relazione terapeutica si coltiva anche la mentalizzazione perché le madri fanno esperienza che esse stesse sono significative negli occhi dei terapeuti e l'esperienza di essere tenuta nella mente come una persona intenzionale e coerente che sta cercando di fare del suo meglio permette alle giovani madri di iniziare a percepire se stesse e il bambino nello stesso modo. La madre viene anche aiutata a rielaborare la sua vita emotiva e le sue relazioni familiari e amorose spesso deludenti e traumatiche per portarla a capire come i propri sentimenti e bisogni influiscono sul bambino in un modo continuo e reale.

Attraverso l'uso del video-feedback, i terapeuti lavorano anche per favorire il divertimento e il coinvolgimento positivo tra le madri e i bambini. Alle madri che sono cresciute con storie di deprivazione raramente è stato dato il tempo o lo spazio per giocare ed esplorare e spesso esse non vedono il bisogno dei bambini di gattonare e interagire spontaneamente con il mondo. Inoltre viene fornita l'opportunità alle giovani madri di dare un nome alle proprie emozioni ed esperienze e di sviluppare la propria curiosità sullo sviluppo del mondo interno emotivo del bambino relativo a bisogni, sentimenti e desideri (Sadler *et al.*, 2013). Leggere con successo i segnali del proprio bambino, imparando a identificare i suoi stati di consapevolezza aumenta nella giovane madre il senso di efficacia come nuovo genitore e diminuisce i livelli di stress, permettendo più interazioni positive con il bambino.

I risultati del programma MTB (Sadler *et al.*, 2013; Slade *et al.*, 2005b) mostrano infatti che le madri si relazionano con i loro bambini in modo più contingente e responsivo e meno spaventante e intrusivo, hanno maggiori capacità di funzione riflessiva e di tenere in mente il proprio bambino, più bassi livelli di depressione e di sintomi da stress post-traumatico e più alti livelli di autoefficacia percepita. Inoltre i bambini hanno meno probabilità di sviluppare un attaccamento insicuro di tipo disorganizzato e di avere ritardi nelle tappe di sviluppo.

## **2.4 Efficacia dei modelli di intervento**

Rispetto agli interventi rivolti alla genitorialità a rischio, negli ultimi anni alcuni lavori di meta-analisi hanno cercato di confrontare l'efficacia dei più importanti modelli di intervento per la relazione genitore-bambino. Tuttavia i lavori presentano punti critici perché molti interventi sono tra loro difficilmente comparabili in quanto basati spesso su protocolli non adeguatamente standardizzati (Sweet & Appelbaum, 2004) e inoltre spesso si focalizzano solo sulla relazione madre-bambino e meno su quella padre-bambino, anche se da tali studi si possono evidenziare alcuni elementi utili.

Nella meta-analisi svolta da Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn e Juffer (2008) è stato dimostrato che gli interventi di video-feedback basati sulla teoria dell'attaccamento oltre ad avere successo nell'incrementare la sensibilità materna sono efficaci anche nel portare alla costruzione di un legame di attaccamento sicuro tra madre e bambino. Un'altra revisione meta-analitica (Fukkink, 2008) sugli interventi di video-feedback ha confermato che sia i metodi basati prevalentemente su tecniche comportamentali sia quelli fondati anche sugli aspetti

rappresentazionali sono efficaci nell'aumentare la sensibilità materna, diminuire i comportamenti intrusivi e controllanti nei confronti del bambino e ridurre lo stress genitoriale e nel migliorare la percezione del senso di autoefficacia della madre. In aggiunta gli interventi basati sul video-feedback si sono rivelati utili per prevenire nel bambino il rischio di sviluppare problematiche emotive e comportamentali in età prescolare (Klein Velderman, Bakermans-Kranenburg, Juffer, & van IJzendoorn, 2006).

Il confronto tra i diversi modelli di intervento rivolti ai genitori adolescenti è ancora più complesso per il fatto che gli studi spesso non sono standardizzati, non è presente un gruppo di controllo e i genitori adolescenti sono una popolazione difficile da studiare per i numerosi fattori di rischio ambientali e sociali che li caratterizzano. Molte ricerche usano anche variabili di outcome intermedie per definire il successo dell'intervento e non valutano gli effetti a lungo termine (Ruedinger & Cox, 2012). Ciò nonostante, sono presenti dati rilevanti, ad esempio è stato dimostrato che gli interventi per le madri adolescenti basati sulla teoria dell'attaccamento sono efficaci nell'influenzare la relazione madre-bambino, favorire un legame di attaccamento sicuro e un buono sviluppo di entrambi (Mayers *et al.*, 2008; Moran *et al.*, 2005). Gli interventi di home visiting portano a un miglioramento del comportamento di parenting positivo (Barnet *et al.*, 2007; Riggs, Holmbeck, Paikoff, & Bryant, 2004; Woods *et al.*, 2003), a meno gravidanze ripetute e a un minore rischio di problematiche per il bambino (Koniak-Griffin, Lesser, Uman, & Nyamathi, 2003). In particolare sembra anche che l'efficacia dell'home visiting dipenda dal tipo di obiettivi a cui vanno incontro i programmi (numero di visite, quantità di tempo spesa nelle interazioni madre-bambino) (Gomby, 2007). Un efficace home visitor deve essere in grado di intervenire nella scarsa relazione genitore-bambino, agendo sia come sistema di supporto per la madre adolescente sia come intermediario nella relazione tra genitore e bambino (Sharp, Ispa, Thornburg, & Lane, 2003). Anche gli interventi effettuati a scuola sembrano ridurre le gravidanze ripetute a breve distanza di tempo, aumentare il livello di istruzione e favorire la continuazione del percorso scolastico nelle giovani madri (Strunk, 2008).

Una review di Barlow (Barlow *et al.*, 2011), che ha confrontato vari modelli, ha mostrato che gli interventi, in generale, promuovono un benessere dei genitori adolescenti (incluso la riduzione dei sintomi depressivi, dell'ansia e dello stress e un aumento del senso di efficacia), la loro capacità di regolare le emozioni e lo sviluppo delle competenze di parenting che migliorano la relazione con il bambino e permettono di adottare strategie funzionali a superare gli ostacoli e i comportamenti negativi. Le evidenze scientifiche inoltre suggeriscono che gli interventi sono

efficaci nel migliorare gli esiti dello sviluppo del bambino nei primi tre anni di vita (Barlow, Smailagic, Ferriter, Bennett, & Jones, 2010).

Inoltre il supporto sociale ha un ruolo molto importante come fattore protettivo per le giovani madri, spesso isolate, soprattutto se tale sostegno proviene dai membri della famiglia quali madri, partner e sorelle maggiori oltre che dai propri pari (Bunting & McAuley, 2004). Studi qualitativi indicano che le madri adolescenti stesse desiderano una stretta relazione con i terapeuti e che venga fornita loro assistenza nella cura del bambino e nella gestione delle dinamiche familiari (Cox *et al.*, 2005; Stiles, 2010).

Dalla revisione della letteratura sono emerse anche delle linee guida per i terapeuti quali l'importanza dell'alleanza terapeutica, comprendere i bisogni specifici delle adolescenti, favorire un reinserimento scolastico per contrastare l'isolamento sociale e adottare un approccio multidisciplinare che coinvolga le figure di supporto sociale, come la nonna e il padre del bambino (Savio Beers & Hollo, 2009).

È importante quindi agire precocemente a partire dalla gravidanza o dai primi mesi di vita del bambino per prevenire maggiormente gli esiti negativi sia per i bambini sia per i genitori adolescenti. Sembra anche che le diverse tipologie di programmi di intervento rivolti ai genitori adolescenti siano efficaci sia che tali programmi siano a breve sia a lungo termine. Tuttavia programmi intensivi che utilizzano più tecniche differenti come quella del video-feedback sembrano più specifici nel migliorare la qualità delle interazioni madre adolescente-bambino e nel prevenire conseguenze negative per entrambi. L'uso di più strumenti permette di lavorare su molteplici aspetti a rischio della maternità in adolescenza e una presa in carico globale cerca anche di limitare l'elevato numero di drop-out. La tecnica del video-feedback inoltre risulta particolarmente utile con le madri adolescenti perché ha un forte impatto emotivo e permette loro il monitoraggio del proprio comportamento e di quello del bambino, lavorando su aspetti concretamente osservabili in un'età in cui l'adolescente non ha ancora pienamente sviluppato gli aspetti cognitivi più complessi.

In aggiunta interventi basati sulla teoria dell'attaccamento sembrano efficaci nel favorire un buono sviluppo socio-emotivo e nel promuovere un legame di attaccamento sicuro del bambino che è un fattore di protezione per la crescita nelle fasi successive. Inoltre un ruolo importante è quello del clinico che deve costruire un rapporto di fiducia con la madre adolescente fornendo una guida e proponendo le proprie conoscenze in modo non giudicante, senza minare il ruolo di caregiver primario della madre.



## CAPITOLO 3

### Progetto di ricerca

#### **3.1 Studio 1. Confronto degli stili interattivi, disponibilità emotiva e regolazione emotiva tra diadi con madri adolescenti e diadi con madri adulte**

Le madri adolescenti, in confronto alle madri adulte, tendono a essere meno empatiche e responsive, meno disponibili emotivamente e hanno più difficoltà a rispondere ai segnali e a ridurre il distress del bambino (Berlin *et al.*, 2002; Culp *et al.*, 1991; Easterbrooks *et al.*, 2005). Inoltre le giovani madri esprimono meno emozioni positive, hanno più difficoltà a sintonizzarsi con i movimenti e le emozioni del bambino e tendono anche a essere più direttive, punitive e controllanti o più distaccate emotivamente (Lee & Guterman, 2010; Osofsky *et al.*, 1992; Riva Crugnola *et al.*, 2014a).

Come è noto la qualità della relazione precoce tra madre e bambino influenza lo sviluppo socio-emotivo e la formazione del legame di attaccamento del bambino. Interazioni precoci inadeguate come quelle madri adolescenti-bambini sono un importante fattore di rischio per alterazioni nella traiettoria di sviluppo e l'emergere di problematiche comportamentali ed emotive del bambino (Sroufe *et al.*, 2005). Per esempio, l'intrusività materna e una scarsa sensibilità genitoriale in infanzia predicono problematiche esternalizzanti e internalizzanti nelle fasi successive di sviluppo del bambino (Cumberland-Li, Eisenberg, Champion, Gershoff, & Fabes, 2003; Kok *et al.*, 2013; Mäntymaa, Puura, Luoma, Salmelin, & Tamminen, 2004). Dall'altro lato, la sensibilità materna nel primo anno di vita del figlio predice invece una maggiore resilienza nella capacità del bambino di esprimere le emozioni positive, regolare gli affetti e adattarsi agli eventi stressanti (Conway & McDonough, 2006).

Tronick (Tronick *et al.*, 2005; Tronick & Weinberg, 1997) ha descritto le interazioni caregiver-bambino come un sistema di mutua regolazione che si crea durante il primo anno di vita, caratterizzato da processi regolatori diadici che comprendono l'alternanza tra momenti di coordinazione affettiva (match) e momenti di non coordinazione (mismatch). Durante una normale interazione, la comunicazione madre-bambino appare caratterizzata dal sistema mutuoregolatorio match/mismatch/rottura/riparazione in cui la madre e il bambino dopo aver fallito la coordinazione affettiva, riescono a riparare con successo l'errore di comunicazione e

ritornare in un nuovo stato di coordinazione. La qualità della sintonizzazione tra madre e bambino nelle interazioni precoci predice la qualità del legame di attaccamento del bambino e il suo sviluppo socio-emotivo (Beebe *et al.*, 2010; Braungart-Rieker, Garwood, Powers, & Wang, 2001; Cerezo, Pons-Salvador, & Trenado, 2008; Sroufe *et al.*, 2005).

Molti studi hanno anche considerato l'importanza della sicurezza del modello di attaccamento della madre sull'abilità di comprendere e sintonizzarsi sulle emozioni del figlio, ad esempio DeOliveira (DeOliveira *et al.*, 2005) ha individuato che i modelli operativi interni della madre sembrano essere associati al modo di rispondere agli affetti dei figli a 24 mesi; Riva Crugnola (Riva Crugnola *et al.*, 2013a) ha identificato che le diadi con madri sicure hanno una maggiore durata di tempo trascorso in interazione con più coordinazione affettiva positiva e una maggiore capacità di riparare gli errori di comunicazione rispetto alle diadi con madri insicure che trascorrono più tempo in stati affettivi non coordinati e con espressione di emozioni negative; e Biringen (Biringen *et al.*, 2000) ha mostrato che la sicurezza/insicurezza dell'attaccamento è predittiva della qualità della disponibilità emotiva diadica.

La letteratura indica che le madri adolescenti rispetto alle madri adulte hanno più modelli di attaccamento insicuro (Figueiredo *et al.*, 2006; Madigan *et al.*, 2006; Riva Crugnola *et al.*, 2014a). Tuttavia pochi studi (Riva Crugnola *et al.*, 2014a; Ward & Carlson, 1995) hanno confrontato la qualità della relazione madre adolescente e bambino precocemente a 3 mesi di vita rispetto alle diadi con madri adulte, tenendo conto anche del modello di attaccamento materno. Nessuno studio ha invece analizzato anche il ruolo della funzione riflessiva materna nel confronto tra madri adolescenti e madri adulte.

Scopo di questo primo studio è individuare se la maternità in adolescenza, in confronto alla maternità in età adulta, è un fattore di rischio per la qualità delle interazioni diadiche già a 3 mesi, analizzate sia a livello macroanalitico per valutare la sensibilità e la disponibilità emotiva diadica sia a livello microanalitico per analizzare le strategie di regolazione emotiva e la coordinazione affettiva diadica, tenendo conto anche del modello di attaccamento e della funzione riflessiva materna. La valutazione delle interazioni madre-bambino viene quindi effettuata su due livelli di osservazione che consentono di identificare dimensioni diverse su piani paralleli dell'interazione; il livello macroanalitico ha una natura più qualitativa perché prende in considerazione la globalità dello stile di interazione mentre l'approccio microanalitico è più quantitativo e obiettivo, permettendo di suddividere lo stile interattivo nelle diverse

componenti (sguardo, contatto fisico, emozioni, espressioni facciali, vocalizzazioni, ecc.) (Mesman, 2010).

### **3.1.1 Obiettivi e ipotesi**

L'obiettivo dello studio è individuare se la maternità in adolescenza è un fattore di rischio per la qualità delle interazioni diadiche a 3 mesi, confrontando un gruppo di diadi con madri adolescenti e un gruppo di diadi con madri adulte, rispetto alla sensibilità materna e responsività del bambino misurati con il Care-Index (a livello macroanalitico), alla disponibilità emotiva diadica misurata con le EAS (a livello macroanalitico) e alla regolazione emotiva analizzata con l'ICEP (a livello microanalitico).

Il secondo obiettivo è di esplorare il ruolo del modello di attaccamento materno rispetto alla qualità delle interazioni diadiche sia nel gruppo di diadi con madri adolescenti sia nel gruppo di diadi con madri adulte.

Un ulteriore scopo è di confrontare anche la funzione riflessiva materna nei due gruppi di madri.

Le ipotesi sono: a) le madri adolescenti hanno più modelli di attaccamento insicuro e un minore punteggio di funzione riflessiva rispetto alle madri adulte; b) le madri adolescenti rispetto a quelle adulte hanno più stili di tipo controllanti e meno stili sensibili a 3 mesi e i bambini di madri adolescenti sono meno cooperativi rispetto a quelli di madri adulte; c) le madri adolescenti e i loro bambini hanno punteggi inferiori in tutte le scale della disponibilità emotiva rispetto alle madri adulte e ai loro bambini; d) le diadi con madri adolescenti rispetto alle diadi con madri adulte trascorrono meno tempo nella condivisione del gioco con gli oggetti; e) le diadi con madri adolescenti rispetto alle diadi con madri adulte trascorrono più tempo in stati di coordinazione affettiva negativa e meno tempo in stati di coordinazione affettiva positiva e totale; f) il gruppo con madri insicure ha una minore qualità di stili di interazione, disponibilità emotiva e regolazione emotiva individuale e diadica rispetto al gruppo con madri sicure; e g) il modello di attaccamento insicuro è un fattore di rischio maggiore nelle diadi con madri adolescenti rispetto alle diadi con madri adulte, con un effetto di interazione tra attaccamento ed età materna.

### 3.1.2 Metodo

#### 3.1.2.1 Partecipanti

I partecipanti alla ricerca sono 100 diadi madri-bambini di cui 50 diadi con madri adolescenti con età tra i 15 e i 21 anni ( $F = 33$ ; età media madri = 18.40; d. s. = 1.71) e 50 diadi con madri adulte con età tra i 25 e i 40 anni ( $F = 25$ ; età media madri = 32.98; d. s. = 3.67). Il livello medio di anni di istruzione per le madri adolescenti è di 9.28 con un range tra gli 8 e i 13 anni (41 hanno la licenza media inferiore, 1 elementare e 8 il diploma). 12 mamme sono single, 25 conviventi e 13 sposate. Il livello socio-economico è medio per il 10% dei casi e basso per il rimanente 90%. 17 mamme sono lavoratrici, 6 stavano finendo il liceo o l'istituto professionale e 2 stavano frequentando l'università. Il livello medio di anni di istruzione per le madri adulte è di 14 con un range tra gli 8 e i 18 anni (4 hanno la licenza media inferiore, 29 il diploma e 17 la laurea). 1 mamma è single, 9 conviventi e 40 sposate. Il livello socio-economico è alto per il 21% e medio per il rimanente 79%. Il 90% delle madri sono lavoratrici.

I bambini sono tutti nati a termine, senza patologie organiche e primogeniti nella totalità dei casi. Sia le madri adolescenti sia le madri adulte sono italiane o di origine straniera con conoscenza della lingua italiana e integrate nel contesto culturale italiano.

Il gruppo di diadi con madri adolescenti è stato reclutato presso il "Servizio di Accompagnamento alla crescita per giovani mamme" dell'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano e nell'Asl 2 Savonese all'interno del progetto PRIN (2010-2011) finanziato dal MIUR. Il gruppo di diadi con madri adulte è stato reclutato presso il "Servizio di Accompagnamento alla crescita" dell'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano. La ricerca è stata avviata con il parere favorevole del Comitato Etico e con il consenso informato di tutti i partecipanti.

#### 3.1.2.2 Procedura

A 3 mesi di vita del bambino, l'Adult Attachment Interview (George *et al.*, 1985) è stata somministrata alle madri per valutare il modello di attaccamento materno e la funzione riflessiva (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998) e sono state videoregistrate le interazioni tra madre e figlio. Le videoregistrazioni sono state effettuate in laboratorio, alla madre veniva chiesto di interagire come faceva abitualmente a casa. La durata media delle osservazioni è di 5 minuti ( $M = 5.01$ ; d. s. = .50). Il setting era una stanza in cui erano presenti un materassino, dove madre e bambino potevano sedersi o sdraiarsi, e numerosi oggetti, che potevano essere

utilizzati come giochi per ricreare un clima di familiarità. La videocamera era collocata all'interno della stanza in modo da osservare i comportamenti della madre e del bambino.

In un secondo momento le videoregistrazioni sono state analizzate e codificate dagli osservatori attraverso il Care-Index (Crittenden, 1998) per analizzare gli stili di interazione, le scale EA (Biringen, 2008) per la disponibilità emotiva diadica e una versione modificata dell'Infant and Caregiver Engagement Phases (Riva Crugnola *et al.*, 2013a; Weinberg & Tronick, 1999) per valutare, oltre alle strategie di regolazione emotiva individuale e diadica, il gioco con gli oggetti tra madre e bambino.

### 3.1.2.3 Strumenti

#### *L'Adult Attachment Interview*

L'Adult Attachment Interview (George *et al.*, 1985) è un'intervista semistrutturata che valuta i modelli di attaccamento dell'adulto relativi all'esperienza infantile da loro vissuta con le principali figure di attaccamento attraverso domande sui ricordi dell'infanzia per valutare come il soggetto li ha rielaborati e riorganizzati. La classificazione dell'intervista, registrata e trascritta, avviene attraverso un'analisi contenutistica e conversazionale degli "stati della mente" circa l'attaccamento espressi dagli intervistati a partire da una codifica effettuata tramite delle scale con punteggi da 1 a 9 che valutano, da una parte l'esperienza infantile narrata, dall'altra lo stato attuale della mente relativo alle figure di attaccamento dell'infanzia e, più ampiamente, all'attaccamento (Main, Goldwyn & Hesse, 2002). Sulla base dell'analisi effettuata attraverso le diverse scale, ogni soggetto viene classificato in una delle cinque categorie previste: *Sicuro/Autonoma* (Free: F), *Distanziante* (Dismissing: Ds), *Preoccupato* (Entangled: E), *Non risolto/disorganizzato* (Unresolved: U/d) nei confronti del lutto e/o del trauma, *Non classificabile* (Cannot Classify: CC). Nel caso di assegnazione di un soggetto alla categoria U, si attribuisce anche una seconda categoria (F, Ds, E).

Secondo tale sistema, l'attaccamento *Sicuro/Autonoma* implica una narrazione coerente, obiettiva e ricca di ricordi delle esperienze di attaccamento, siano esse positive o negative, insieme a una loro complessiva valorizzazione. All'attaccamento *Distanziante* corrisponde una narrazione incoerente delle esperienze di attaccamento con la presenza di processi di idealizzazione verso le figure di attaccamento contraddistinta da descrizioni genericamente positive di queste ultime non supportate e/o contraddette da episodi specifici, difficoltà a

ricordare e sottovalutazione di tali esperienze. Il modello di attaccamento *Preoccupato* è contraddistinto da narrazioni incoerenti caratterizzate da vaghezza e prolissità unite alla persistenza di sentimenti di preoccupazione, rabbia o passività verso le figure di attaccamento, valutate in modo oscillatorio come buone e cattive. L'attaccamento *Non risolto/disorganizzato* è caratterizzato dalla mancata elaborazione di episodi traumatici (maltrattamento, abusi, ecc.) o di lutto determinata da errori nel monitoraggio del discorso e del ragionamento e dall'incoerenza della narrazione. L'attaccamento *Non classificabile*, infine, implica l'impossibilità di attribuire una categoria definita (F, E, Ds), per esempio per la compresenza di stati della mente relativi all'attaccamento tra loro in contraddizione.

Le interviste sono state codificate da due giudici in maniera indipendente, la concordanza tra i due codificatori è stata calcolata con il K di Cohen (Cohen, 1960) sul 20% delle interviste ed è risultata  $K = .75$  per la classificazione a 4 vie e  $K = 1.00$  per la classificazione a 2 vie.

#### *La scala della funzione riflessiva*

La scala della funzione riflessiva (*Reflective Functioning, RF*; Fonagy *et al.*, 1998) applicata all'Adult Attachment Interview permette di valutare la mentalizzazione dell'intervistato, intesa come la capacità di dare un significato alle proprie e altrui esperienze in termini di stati mentali ed emozioni. La valutazione della funzione riflessiva avviene attraverso una scala da -1 a 9. La categoria *Negative RF (-1)* comprende due sottotipi: *Rejection of RF*, in cui il soggetto è ostile e rifiuta ogni tentativo da parte dell'intervistatore di iniziare una qualche riflessione; e *Unintegrated, Bizarre or Inappropriate RF*, in cui il soggetto è molto confuso ed è difficile comprendere il significato del trascritto. La categoria *Lacking of RF (1)* comprende i trascritti in cui la funzione riflessiva è totalmente o quasi totalmente assente e gli stati mentali possono essere menzionati occasionalmente rispetto a sé o ad altri, ma questi non danno un'idea dei sentimenti alla base del comportamento del soggetto. Questa categoria è suddivisa in: *Disavowal*, in cui il trascritto è caratterizzato da risposte evasive, spiegazioni comportamentali, sociologiche o materialistiche e stati mentali generalizzati riguardo il comportamento di sé e degli altri; e *Distorted/self-serving*, queste interviste possono contenere delle riflessioni, ma i passaggi riflessivi e le risposte alle domande principali sono egocentriche, esagerate ed eccessivamente favorevoli rispetto all'intervistato. La categoria *Questionable or Low RF (3)* comprende i trascritti contenenti alcune evidenze della consapevolezza degli stati mentali anche se a un livello piuttosto rudimentale ed è suddivisa in: *Naive/simplistic*, in cui la

comprensione degli stati propri e altrui è parziale, molto superficiale, spesso totalmente banale, con un uso smodato di stereotipi riferiti agli stati mentali e con una normalizzazione delle esperienze negative; *Over-analytical/hyperactive*, il trascritto presenta una profondità d'analisi superiore a quella che ci si potrebbe aspettare, tuttavia, l'intervista manca di coesione e gli insight presenti non sono ben integrati tra loro né connessi in modo convincente all'esperienza del soggetto; e *Miscellaneous low RF*, in cui il testo non risulta né particolarmente ingenuo né eccessivamente analitico e sono presenti insieme elementi di funzione riflessiva elevata e molto bassa. La categoria *Ordinary RF (5)* è quella più comune, il soggetto possiede un qualche tipo di modello della mente delle figure di attaccamento e della propria mente che è relativamente coerente anche se semplice, ed è suddivisa in: *Ordinary Understanding*, il soggetto dimostra la capacità di comprendere la propria esperienza in termini di pensieri e sentimenti e possiede un modello coerente anche se il trascritto è limitato e non affronta gli aspetti più complessi delle relazioni interpersonali, come il conflitto o l'ambivalenza; e *Inconsistent Understanding*, il soggetto sembra raggiungere un maggiore grado di comprensione in alcune parti dell'intervista, tuttavia, questo livello di comprensione non può essere mantenuto in relazione ad aree più problematiche, quali ad esempio un rapporto conflittuale con un genitore o dei lutti. La categoria *Marked RF (7)* si riferisce a quei soggetti che mostrano una consapevolezza della natura degli stati mentali per tutta l'intervista e sforzi espliciti di riflettere sugli stati mentali che sottostanno al comportamento; il soggetto, inoltre, è generalmente in grado di mantenere una prospettiva evolutiva (intergenerazionale). La categoria *Exceptional RF (9)* riguarda i trascritti che sono eccezionalmente sofisticati e sorprendenti, piuttosto complessi o elaborati in cui sono presenti ragionamenti di tipo causale dove vengono utilizzati gli stati mentali.

### *Il Care-Index*

Il Child-Adult Relationship Experimental Index (Care-Index; Crittenden, 1998) è uno strumento di codifica per le interazioni caregiver-bambino dagli 0 ai 15 mesi. Il Care-Index è utilizzato per individuare situazioni relazionali a rischio, non adeguate o dannose per lo sviluppo del bambino e misura la sensibilità materna considerandola come una caratteristica specifica della relazione e non come una caratteristica individuale della madre. Le scale che misurano il comportamento dell'adulto sono tre: *Sensibile (S)*, comprende comportamenti responsivi, coinvolgimento positivo e in armonia con le emozioni del bambino e delle attività da lui intraprese, la sensibilità dell'adulto nel gioco è costituita da qualsiasi configurazione di

comportamento che fa piacere al bambino, aumentando il suo benessere e la sua attenzione e riducendo il suo disagio e disimpegno; *Controllante (C)*, comprende comportamenti direttivi caratterizzati da ostilità aperta o implicita (pseudo sensibile) e interferenti con l'attività del bambino, come eccessiva manipolazione del corpo del bambino, tono di voce elevato e iperstimolazione; *Non Responsivo (NR)*, comprende comportamenti marcati di distacco fisico ed emotivo rispetto al bambino, come silenzi, mancanza di proposta di attività di gioco, scarso o nullo coinvolgimento. Il comportamento del bambino viene valutato attraverso quattro scale: *Cooperativo (C)*, comportamenti associati all'espressione di emozioni positive, centrati sull'intraprendere azioni e accettare quelle proposte dal caregiver; *Compiacente-Compulsivo (CC)*, comprende comportamenti cauti e inibiti con un approccio indiretto e compiacente verso la madre (es. coinvolgimento meccanico alle attività da lei proposte senza l'espressione di emozioni); *Difficile (D)*, include comportamenti esplicitamente resistenti alle proposte materne, come evitare il contatto di sguardo, pianto, scagliare gli oggetti e vocalizzazioni negative; e *Passivo (P)*, comprende comportamenti volti a ridurre il contatto fisico ed emozionale con la madre, come mancanza di vocalizzazioni e sguardo verso l'ambiente. Nella codifica si tiene conto di sette aspetti del comportamento dell'adulto e del bambino: espressione facciale, espressione vocale, posizione e contatto del corpo, espressione di affetto, controllo, scelta dell'attività e alternanza dei turni. I punteggi attribuiti alle scale di sensibilità della madre e cooperatività del bambino possono variare da 0 a 14 dove la fascia 0-4 è ad altro rischio e indica una scarsa sensibilità di tipo problematico, 5-6 è la fascia di intervento con una sensibilità solo marginalmente adeguata, 7-10 indica una sensibilità adeguata e 11-14 è la fascia caratterizzata da una sensibilità molto buona.

L'affidabilità fra osservatori è stata calcolata sul 20% delle osservazioni diadiche attraverso il coefficiente di correlazione intraclassa che è risultato ICC = .88 per i comportamenti materni e ICC = .83 per i comportamenti del bambino. I due codificatori erano all'oscuro della classificazione dell'attaccamento materno e dei punteggi di funzione riflessiva.

### *L'Emotional Availability Scales*

Per la valutazione del livello di disponibilità emotiva della coppia madre-bambino è stata usata l'ultima versione delle Emotional Availability Scales (EAS; Biringen, 2008), uno strumento basato sull'analisi delle peculiarità concernenti la disponibilità emotiva, che deriva dall'integrazione delle prospettive della teoria dell'attaccamento e del concetto di disponibilità



emotiva. Le scale EA forniscono un giudizio globale e olistico in quanto l'osservatore utilizza segnali provenienti dal contesto interattivo nel suo complesso per dedurre l'adeguatezza dei comportamenti all'interno della specifica interazione caregiver-bambino.

Le EAS permettono di valutare la disponibilità emotiva diadica in 6 differenti scale di cui 4 dimensioni si riferiscono alla disponibilità emotiva del genitore verso il bambino (*Sensitivity*, *Structuring*, *Nonintrusiveness* e *Nonhostility*) e 2 alla disponibilità emotiva del bambino verso il genitore (*Responsiveness* e *Involvement*).

Tutte le scale misurano il costrutto che rappresentano su una scala ordinale che va da 1 a 7, dove 1 rappresenta il livello basso o assente mentre 7 descrive il livello massimo. In particolare, la scala della *Sensitivity* misura la capacità del caregiver di porsi in sintonia con il bambino e di rispondere ai suoi segnali emotivi con un affetto positivo adeguato. La scala *Structuring* misura la capacità del caregiver di strutturare la relazione in modo comprensibile per il bambino, rendendogli il mondo "fruibile" in modo da favorirne l'esplorazione; la comprensibilità e il timing della strutturazione sono alcuni degli aspetti primari di questa scala. La scala della *Nonintrusiveness* misura la capacità del caregiver di lasciarsi guidare dal bambino senza limitare i suoi tentativi di esplorazione e la sua autonomia; tale scala è formulata in senso negativo per garantire la coerenza dei punteggi rispetto alla valutazione finale della disponibilità emotiva. La scala della *Nonhostility* misura la capacità del caregiver di non esprimere rifiuto, rabbia e ostilità nei confronti del bambino e, in senso più generale, l'affettività negativa; analogamente alla scala precedente è formulata in senso negativo, come non ostilità, per coerenza con il costrutto finale di disponibilità emotiva. Per quanto riguarda le scale del bambino, la *Responsiveness* misura la propensione infantile a rispondere ai comportamenti della madre associata all'espressione di una qualità positiva dell'affetto che accompagna l'interazione e la scala *Involvement* misura l'abilità del bambino di invitare e coinvolgere il genitore nell'attività ludica.

L'affidabilità fra osservatori è stata calcolata sul 20% delle osservazioni delle interazioni madre-bambino attraverso il coefficiente di correlazione intraclassa che è risultato ICC = .87 per i comportamenti materni e ICC = .84 per i comportamenti del bambino. I due codificatori erano all'oscuro della classificazione dell'attaccamento materno e dei punteggi di funzione riflessiva.

#### *L'Infant and Caregiver Engagement Phases*

L'Infant and Caregiver Engagement Phases (ICEP; Weinberg & Tronick, 1999) permette di valutare in modo microanalitico i diversi comportamenti della madre e del bambino, momento

dopo momento, analizzati separatamente e in tempi differenti. Le combinazioni di comportamenti espressi dalla madre e dal bambino vengono definite fasi monadiche (Monadic Phases), che sono segmenti di interazioni che definiscono un'unità comportamentale caratterizzata da espressioni facciali, vocalizzazioni, orientamento della testa e degli occhi, gesti e movimenti del corpo (Tronick, Als, & Brazelton, 1980). Le fasi monadiche, riflettendo il livello di partecipazione interattiva, permettono di cogliere la struttura della comunicazione tra i due partner, valutando il contributo congiunto di entrambi, in particolare nella codifica si pone molta importanza ai comportamenti non verbali. L'ICEP è uno strumento di codifica che analizza secondo per secondo i comportamenti della madre e del bambino separatamente, include categorie che sono esaustive poiché una volta identificato un comportamento è sempre possibile classificarlo e mutualmente escludentesi perché a ogni evento può essere applicato un solo codice. Le sequenze dei comportamenti di ogni soggetto sono rappresentate sotto forma di eventi temporali, due flussi di eventi paralleli, uno per il comportamento del bambino e l'altro per quello della madre, di cui vengono registrate il tempo di inizio e fine (minuti e secondi) di ogni categoria comportamentale (D'Odorico, 1990). Per codificare le diverse fasi delle interazioni si valutano: la direzione dello sguardo, la qualità delle vocalizzazioni, l'espressione facciale e il tono emotivo.

Lo schema di codifica originale di Tronick (Weinberg & Tronick, 1999) è stato ampliato e modificato al fine di introdurre nuove categorie per valutare le modalità di gioco con gli oggetti nelle interazioni tra madre e bambino (Riva Crugnola *et al.*, 2013a): sono quindi risultate 13 categorie per il bambino e 13 categorie per il caregiver (\* indica le categorie aggiunte rispetto allo schema originario).

Le categorie del bambino sono: *Coinvolgimento negativo*, il bambino manifesta un disagio, si agita, esprime sofferenza, ha espressioni facciali negative (rabbia, tristezza, disgusto, pianto) oppure tossisce, starnutisce si lamenta perché è scomodo, questa categoria è codificata quando non è possibile stabilire con precisione quale dei comportamenti negativi (protesta o ritiro) è prevalente; *Coinvolgimento negativo di protesta*, il bambino protesta e manifesta evidenti espressioni di rabbia, smorfie, lamenti e pianto; *Comportamento negativo di ritiro*, il bambino si ritira dall'interazione e dal coinvolgimento con il caregiver, con espressione triste e impassibile; *Coinvolgimento sociale positivo*, il bambino sorride all'adulto e dimostra di essere positivamente coinvolto nell'interazione e di gradirla; *Osserva oggetto proposto dal caregiver\**, il bambino rivolge la sua attenzione verso il gioco proposto dall'adulto; *Osserva oggetto non*

*offerto dal caregiver\**, il bambino rivolge l'attenzione verso un oggetto di sua spontanea iniziativa senza che sia stato il genitore a proporlo; *Osserva ambiente*, il bambino dirige il suo sguardo verso l'ambiente senza focalizzarsi su qualcosa in particolare; *Monitoraggio sociale*, l'attenzione del bambino è diretta verso il caregiver, il bambino guarda il viso del genitore con un'espressione neutra o interessata, ma non annoiata; *Si fa accudire\**, il bambino lascia che il caregiver lo sposti o lo sistemi se è scomodo; *Si fa consolare\**, dopo una manifestazione di disagio o pianto, il bambino lascia che il genitore lo consoli; *Sguardo rivolto all'estraneo*, il bambino guarda verso una persona che non è il caregiver; *Dorme*, il bambino dorme; e *Non codificabile*, il bambino è fuori dalla visuale della telecamera.

Le categorie per il caregiver sono: *Coinvolgimento negativo*, l'adulto assume comportamenti negativi nei confronti del bambino, come espressioni facciali arrabbiate ostili, tristi o inespressive oppure ha un coinvolgimento esageratamente positivo con risate troppo forti, continuate e inadeguate rispetto allo stato emotivo del bambino, questa categoria è codificata quando non è possibile stabilire con precisione quale dei comportamenti negativi (ostilità, intrusività e ritiro) è prevalente; *Coinvolgimento negativo ostile*, il caregiver ha comportamenti ostili, di irritazione e di rabbia nei confronti del bambino, con espressione irritata, tesa e ostile; *Coinvolgimento negativo di ritiro*, l'adulto è minimamente coinvolto nell'interazione e ritirato rispetto al bambino con espressione facciale triste, piatta o inespressiva; *Coinvolgimento negativo intrusivo*, il caregiver assume comportamenti intrusivi nei confronti del bambino come baci troppo intensi e continuati, togliere bruscamente la mano dalla bocca, solletico intenso che non provoca piacere nel bambino, infilare il dito in bocca o nell'occhio del bambino, volto troppo ravvicinato e manipolazione eccessiva sul corpo del bambino; *Coinvolgimento sociale positivo*, il caregiver interagisce attivamente con il bambino senza il gioco con sorrisi, social play e motherese o con un contatto fisico, stimolandolo fisicamente allo scopo di provocargli piacere (solletico, carezze e baci); *Propone gioco\**, il caregiver avvicina un oggetto al bambino e gli propone di giocare; *Partecipa al gioco\**, il caregiver si inserisce nel gioco a cui sta giocando il bambino; *Monitoraggio sociale*, l'adulto rivolge lo sguardo al bambino o all'attività del bambino con espressione neutra; *Caretaking\**, il caregiver sistema il bambino se è scomodo, gli pulisce la bocca o il naso, gli sistema il vestitino o il bavaglino, gli dà delle pacche sulla schiena se tossisce e lo mette seduto o sdraiato; *Consolazione\**: il caregiver consola il bambino quando è in uno stato di disagio, piange o manifesta un'emozionalità negativa; *Non focalizzato*, il caregiver non focalizza la sua attenzione sul bambino, ad esempio parlando allo sperimentatore od

osservando l'ambiente; *Richiamo di attenzione\**, il caregiver richiama l'attenzione del bambino ad esempio chiamandolo, facendo rumore e agitando un oggetto; e *Non codificabile*, il caregiver è fuori dalla visuale della telecamera.

Per l'analisi dei dati, dato che erano presenti delle differenze nella durata delle interazioni delle diadi, per poterle confrontare tra loro è stata calcolata la durata relativa di ogni comportamento osservato di madre e bambino rispetto al tempo totale dell'interazione con la formula: "tempo dello specifico comportamento/durata totale della videoregistrazione".

Inoltre al fine di valutare la coordinazione e la non coordinazione degli stati affettivi di madre e bambino durante l'interazione, i singoli comportamenti dello schema di codifica sono stati anche raggruppati in relazione allo stato affettivo di cui sono rappresentativi all'interno di tre macrocategorie: stati affettivi positivi, stati affettivi neutri e stati affettivi negativi (vedi Tabella 1). Le categorie del bambino Dorme, Osserva estraneo e Non codificabile e la categoria Non codificabile della madre non sono state incluse nelle analisi dei comportamenti e nel raggruppamento degli stati affettivi in quanto di bassa frequenza e non rilevanti per la valutazione della regolazione emotiva individuale e diadica.

**Tabella 1.** Definizione degli stati affettivi: positivi, negativi e neutri.

<i>Stati affettivi</i>	<i>Categorie</i>
Bambino positivo	Coinvolgimento sociale positivo, Osserva oggetto non offerto dal caregiver, Osserva oggetto proposto dal caregiver
Bambino neutro	Monitoraggio sociale, Osserva ambiente, Si fa consolare, Si fa accudire
Bambino negativo	Coinvolgimento negativo, Coinvolgimento negativo di protesta, Coinvolgimento negativo di ritiro
Madre positiva	Coinvolgimento sociale positivo, Propone gioco, Partecipa al gioco
Madre neutra	Monitoraggio sociale, Richiamo di attenzione, Non focalizzato, Caretaking, Consolazione
Madre negativa	Coinvolgimento negativo, Coinvolgimento negativo di ritiro, Coinvolgimento negativo ostile, Coinvolgimento negativo intrusivo

Successivamente per indagare la capacità di coordinazione degli stati affettivi a livello diadico tra madre e bambino è stato utilizzato il concetto di match e mismatch utilizzato da Tronick (Tronick *et al.*, 2005). Gli stati affettivi coordinati vengono definiti "match" e corrispondono ai momenti in cui madre e bambino contemporaneamente condividono ed esprimono gli stessi stati affettivi, siano essi positivi, negativi o neutri. Gli stati affettivi non coordinati vengono

definiti “mismatch” e corrispondono ai momenti in cui madre e bambino presentano contemporaneamente uno stato affettivo differente.

È quindi stata calcolata la durata relativa dei differenti stati affettivi coordinati (match) (Match positivi: Bambino positivo/Madre positiva, Match negativi: Bambino negativo/Madre negativa, Match neutri: Bambino neutro/Madre neutra) e di quelli non coordinati (mismatch) (Bambino positivo/Madre negativa, Bambino positivo/Madre neutra, Bambino negativo/Madre positiva, Bambino negativo/Madre neutra, Bambino neutro/Madre positiva, Bambino neutro/Madre negativa). Nel calcolo dei match totali è stata considerata la somma della durata solo dei match Bambino positivo/Madre positiva e Bambino neutro/Madre neutra e non è stato incluso il match Bambino negativo/Madre negativa perché non considerato opportuno per stati di coordinazione affettiva adeguati (Reck *et al.*, 2011). I mismatch totali corrispondono alla somma di tutti i sei differenti stati di mismatch (vedi Tabella 2).

Inoltre è stato calcolato anche il repair (Tronick *et al.*, 2005), ossia la capacità di riparazione dell’errore di comunicazione in base alla frequenza al minuto di passaggio da stati di non coordinazione affettiva a stati di coordinazione affettiva (vedi Tabella 2).

**Tabella 2.** Definizione dei match, mismatch e repair.

<i>Stati affettivi diadici</i>	<i>Combinazioni</i>
Match	Bambino positivo/ Madre positiva Bambino neutro/ Madre neutra
Match negativo	Bambino negativo/ Madre negativa
Mismatch	Bambino positivo/ Madre negativa Bambino positivo/ Madre neutra Bambino negativo/ Madre positiva Bambino negativo/ Madre neutra Bambino neutro/ Madre positiva Bambino neutro/ Madre negativa
Repair	Passaggio da mismatch a match

L’accordo tra due osservatori nella codifica secondo dopo secondo è stato calcolato sul 20% delle osservazioni diadiche attraverso il Kappa di Cohen (Cohen, 1960) che è risultato  $K = .89$  per i comportamenti materni e  $K = .86$  per i comportamenti del bambino. La percentuale di accordo per l’occorrenza di ogni comportamento è di  $K = .90$  per i comportamenti materni e  $K =$

.91 per i comportamenti del bambino. I due codificatori erano all'oscuro della classificazione dell'attaccamento materno e dei punteggi sulla scala della funzione riflessiva.

L'analisi delle codifiche riguardanti lo schema ICEP è stata effettuata con il programma GSEQ (Bakeman & Quera, 1995), un software specifico per l'analisi delle sequenze che permette di calcolare la durata del comportamento individuale di ogni partner e della loro reciproca interazione e la durata degli stati di coordinazione e di non coordinazione.

### **3.1.3 Analisi dei dati**

Per l'analisi dei dati sono stati utilizzati dei test inferenziali mediante il pacchetto di analisi statistica SPSS versione 21. Per prima cosa sono state analizzate con il test del Chi-quadro le differenze nella distribuzione dell'attaccamento materno tra le madri adolescenti e le madri adulte. Attraverso il t-test per campioni indipendenti a due vie sono state valutate le differenze nei punteggi della scala della funzione riflessiva tra i due gruppi di madri adolescenti e madri adulte. La correlazione rho di Spearman è stata usata per individuare la relazione tra qualità dell'attaccamento e funzione riflessiva materna.

Sono stati esaminati Asimmetria e Curtosi di tutte le variabili e il test di Shapiro-Wilk che hanno indicato che tutte le variabili si distribuiscono normalmente.

La correlazione r di Pearson è stata utilizzata per valutare le associazioni tra le categorie della madre e del bambino del Care-Index, delle scale EA materne e infantili e delle macrocategorie relative agli stati affettivi individuali di madre e bambino dell'ICEP.

Successivamente sono state usate una serie di analisi multivariate della covarianza a due vie (MANCOVA) per valutare se la qualità degli stili di interazione, la regolazione emotiva e la disponibilità emotiva diadica differiscono tra le diadi con madri adulte e le diadi con madri adolescenti, tenendo conto anche del modello di attaccamento materno. I due fattori tra soggetti erano (1) madri adulte/madri adolescenti e (2) sicurezza/insicurezza nell'attaccamento materno e le due covariate erano il SES e lo stato civile. Dato che era presente una relazione con alta multicollinearità tra attaccamento materno e funzione riflessiva, è stato deciso di utilizzare nelle MANCOVA solo l'attaccamento materno come fattore per valutare gli effetti principali e di interazione con l'età materna. Il SES è stato calcolato con una versione italiana modificata dell'*Index of Social Position* (Hollingshead, 1975; Rossi, 1994) che considera il livello di istruzione e il livello di occupazione. Inoltre, in analisi post-hoc, è stato calcolato

separatamente il t-test per campioni indipendenti a due vie per il gruppo di diadi con madri adolescenti e per il gruppo di diadi con madri adulte per analizzare le differenze rispetto alla sicurezza/insicurezza materna in entrambi i gruppi.

### 3.1.4 Risultati

#### 3.1.4.1 Distribuzione dei modelli di attaccamento materno e funzione riflessiva della madre

Per quanto riguarda la distribuzione dei modelli di attaccamento, 18 madri adolescenti hanno un modello di attaccamento sicuro e 32 insicuro di cui 13 Distanzianti, 8 Preoccupate, 9 Non Risolte/Disorganizzate e 2 Non Classificabili; le madri adulte sono 33 sicure e 17 insicure di cui 6 Distanzianti, 6 Preoccupate e 5 Non risolte/Disorganizzate.

Attraverso il Chi quadro è stata trovata una differenza significativa tra madri adolescenti e adulte nella distribuzione dell'attaccamento materno dicotomizzato in sicure/insicure ( $\chi^2(1, N=100) = 9.00, p = .003$ ). Le madri adolescenti hanno una maggiore percentuale di attaccamento insicuro (64%) rispetto alle madri adulte (34%), che invece hanno una prevalenza di attaccamento sicuro.

Anche nel confronto a 4 vie è emersa una differenza significativa ( $\chi^2(3, N=98) = 8.38, p = .039$ ), che conferma che le madri adolescenti hanno una minore prevalenza di stili di attaccamento sicuri rispetto alle madri adulte ( $r_{sa} = -2.8$ ).

Attraverso il t-test per campioni indipendenti è stato inoltre trovato che le madri adolescenti hanno punteggi più bassi di funzione riflessiva rispetto alle madri adulte ( $t(98) = 4.35, p = .000$ ) e con la correlazione di Spearman che la funzione riflessiva è correlata positivamente in modo significativo al tipo di attaccamento ( $r = .80, p = .000$ ), in quanto le madri insicure hanno punteggi più bassi di RF rispetto alle madri sicure (vedi Tabella 3).

**Tabella 3.** Medie dei punteggi di funzione riflessiva di madri adolescenti e madri adulte.

	Adolescenti (N=50)				Adulte (N=50)			
	Sicure (N=18)		Insicure (N=32)		Sicure (N=33)		Insicure (N=17)	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
RF Funzione riflessiva	4.50	1.08	1.76	1.07	5.18	1.14	2.41	1.01

Nota. Media (M), deviazione standard (DS) e numero dei soggetti (N).

#### *3.1.4.2 Analisi preliminari*

Le analisi con il t-test indicano che non sono presenti differenze significative rispetto al genere per quanto riguarda le scale del Care-Index, dell'EA e le categorie dell'ICEP ( $p > .05$ ). Il test del Chi-quadro non mostra differenze significative tra le diadi con madri sicure e le diadi con madri insicure e tra le diadi con madri adolescenti e le diadi con madri adulte rispetto al genere del bambino ( $p > .05$ ) e il t-test non indica differenze di genere rispetto ai punteggi di funzione riflessiva materna ( $p > .05$ ). Pertanto la variabile genere non è stata presa in considerazione nelle analisi seguenti. Il t-test indica anche che non c'è una differenza significativa tra il gruppo di diadi con madri sicure e il gruppo di diadi con madri insicure rispetto al SES ( $p > .05$ ), mentre è presente una differenza significativa per quanto riguarda il gruppo di diadi con madri adolescenti e il gruppo di diadi con madri adulte ( $t(98) = 9.21, p = .000$ ). Il SES è anche correlato positivamente in modo significativo ai punteggi della funzione riflessiva materna ( $r = .22, p = .022$ ). Inoltre il test esatto di Fisher mostra una differenza significativa tra il gruppo di diadi con madri adulte e il gruppo di diadi con madri adolescenti per quanto riguarda lo stato civile, ( $F(1, N=100) = 24.72, p = .003$ ), e nessuna differenza tra il gruppo con diadi con madri insicure e quello con madri sicure e per i punteggi della funzione riflessiva ( $p > .05$ ). Pertanto per isolare l'effetto dell'età materna e della sicurezza/insicurezza dell'attaccamento, le variabili SES e stato civile sono state incluse nelle analisi come covariate.

#### *3.1.4.3 Stili di interazione e attaccamento materno nelle diadi con madri adolescenti e diadi con madri adulte*

Per valutare le associazioni tra i punteggi degli stili della madre e gli stili del bambino è stata utilizzata la correlazione  $r$  di Pearson (vedi Tabella 4). I risultati indicano che lo stile Sensibile della madre è correlato positivamente in modo significativo allo stile Cooperativo del bambino ( $r = .85, p = .000$ ) e negativamente agli stili Compiacente-Compulsivo ( $r = -.21, p = .030$ ), Difficile ( $r = -.41, p = .000$ ) e Passivo ( $r = -.41; p = .000$ ). Lo stile Controllante della madre è correlato positivamente in modo significativo allo stile Difficile ( $r = .31, p = .001$ ) e Passivo ( $r = .28, p = .005$ ) del bambino e negativamente allo stile Cooperativo ( $r = -.59, p = .000$ ); lo stile Non Responsivo della madre è correlato negativamente allo stile Cooperativo del bambino ( $r = -.34, p = .000$ ).



**Tabella 4.** Correlazioni tra gli stili della madre e del bambino del Care-Index.

	<i>M Sensibile</i>	<i>M Controllante</i>	<i>M Non Responsivo</i>
<i>B Cooperativo</i>	.85***	-.59***	-.34***
<i>B Compiacente-Compulsivo</i>	-.21*	.13	.11
<i>B Difficile</i>	-.41***	.31***	.12
<i>B Passivo</i>	-.41***	.28**	.18

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

Essendo le scale del bambino e della madre correlate tra loro, è stata utilizzata un'unica MANCOVA per analizzare gli effetti principali e di interazione dell'età materna (adolescenti/adulte) e dell'attaccamento materno (sicuro/insicuro) sugli stili di interazione della madre e del bambino valutati con il Care-Index (vedi Tabella 5). Il test multivariato indica che è presente un effetto significativo generale dell'età materna sugli stili di interazione (Lambda di Wilks  $F(7, 96) = 3.34, p = .003, \eta^2 = .21$ ). I test univariati indicano che le madri adolescenti rispetto alle madri adulte hanno punteggi inferiori nello stile Sensibile,  $F(1, 96) = 12.87, p = .001, \eta^2 = .12$ , e maggiori nello stile Controllante,  $F(1, 96) = 6.66, p = .011, \eta^2 = .06$ . I bambini di madri adolescenti rispetto ai bambini di madri adulte hanno più bassi punteggi nello stile Cooperativo,  $F(1, 96) = 11.44, p = .001, \eta^2 = .10$ , e più alti punteggi nello stile Passivo,  $F(1, 96) = 7.40, p = .008, \eta^2 = .07$ . Non emergono invece differenze significative per gli altri stili della madre e del bambino.

Il test multivariato indica che non è presente un effetto significativo generale dell'attaccamento materno (Lambda di Wilks  $F(7, 96) = 1.51, ns$ ). Tuttavia il test univariato mostra che le madri sicure hanno punteggi maggiori nello stile Sensibile rispetto alle madri insicure,  $F(1, 96) = 4.62, p = .034, \eta^2 = .04$ .

Il test multivariato indica anche che non è presente un effetto di interazione tra sicurezza/insicurezza materna ed età materna adolescente/adulta sul tipo di stili interattivi della madre e del bambino (Lambda di Wilks  $F(7, 96) = 1.67, ns$ ).

Anche attraverso una MANCOVA con fattori età materna (adolescenti/adulte) e attaccamento materno a 4 vie (sicuro/distanziante/preoccupato/non risolto) per individuare differenze legate ai diversi pattern di attaccamento insicuro non emerge né un effetto principale dell'attaccamento materno (Lambda di Wilks  $F(21, 92) = 1.23, ns$ ) né un effetto di interazione tra attaccamento a 4 vie ed età materna sul tipo di stili interattivi della madre e del bambino (Lambda di Wilks  $F(21, 92) = 1.13, ns$ ).

**Tabella 5.** Effetti principali e di interazione sugli stili della madre e del bambino misurati con il Care-Index.

	Adolescenti (N=50)				Adulte (N=50)				Adolescenti vs Adulte			Sicure vs Insicure			Età materna X attaccamento materno		
	Sicure (N=18)		Insicure (N=32)		Sicure (N=33)		Insicure (N=17)		F	p	$\eta^2$	F	p	$\eta^2$	F	p	$\eta^2$
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS									
<i>Madre</i>																	
<i>Sensibile</i>	5.22	2.39	4.87	3.02	9.60	3.63	7.05	3.28	12.87	.001**	.12	4.62	.034*	.04	2.79	.09	.02
<i>Controllante</i>	7.05	3.28	7.05	3.25	3.45	3.79	4.58	3.50	6.66	.011*	.06	.41	.52	.00	.56	.45	.00
<i>Non Responsivo</i>	1.72	3.06	2.21	2.70	.93	1.49	2.35	3.23	1.23	.27	.01	3.29	.07	.03	1.09	.29	.01
<i>Cooperativo</i>	4.05	3.50	3.98	3.35	7.84	4.40	6.11	3.93	11.44	.001**	.10	1.28	.26	.01	1.08	.30	.01
<i>Bambino</i>																	
<i>Compiacente-Compulsivo</i>	.05	.23	1.75	3.90	1.24	2.22	1.59	1.24	.05	.42	.00	2.92	.09	.03	.85	.35	.00
<i>Difficile</i>	1.89	3.34	2.93	3.04	1.48	3.17	1.70	2.66	1.72	.19	.01	.91	.34	.01	.50	.48	.00
<i>Passivo</i>	5.31	3.78	8.00	4.15	3.33	3.72	4.70	3.90	7.40	.008**	.07	.68	.41	.00	2.90	.10	.05

Nota. Risultati della Mancova. Numero di soggetti (N), media (M), deviazione standard (DS), età parziale al quadrato ( $\eta^2$ ) e livello di significatività (p).

\* $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Inoltre, per esplorare ulteriormente l'effetto dell'attaccamento materno, è stato calcolato separatamente il t-test per il gruppo di diadi con madri adolescenti e il gruppo di diadi con madri adulte per analizzare le differenze rispetto alla sicurezza/insicurezza materna in entrambi i gruppi. Per il gruppo di madri adolescenti, non sono state trovate differenze significative tra diadi con madri adolescenti sicure e diadi con madri adolescenti insicure sia per gli stili della madre sia per gli stili del bambino del Care-Index ( $p > .05$ ). Per il gruppo di madri adulte, invece le analisi indicano che le madri sicure hanno punteggi più alti di Sensibilità ( $t(48) = 2.42, p = .019$ ) e più bassi di Non responsività ( $t(48) = -2.11, p = .039$ ) rispetto alle madri insicure.

#### 3.1.4.4 Disponibilità emotiva e attaccamento materno nelle diadi con madri adolescenti e diadi con madri adulte

Per valutare le associazioni tra i punteggi delle scale EA della madre e le scale EA del bambino è stata utilizzata la correlazione  $r$  di Pearson (vedi Tabella 6). La scala Responsiveness del bambino è correlata positivamente in modo significativo alle scale materne Sensitivity ( $r = .85, p = .000$ ), Structuring ( $r = .87, p = .000$ ), Nonintrusiveness ( $r = .72, p = .000$ ) e Nonhostility ( $r = .70, p = .000$ ). La scala Involvement del bambino è correlata positivamente in modo significativo alle scale materne Sensitivity ( $r = .84, p = .000$ ), Structuring ( $r = .87, p = .000$ ), Nonintrusiveness ( $r = .70, p = .000$ ) e Nonhostility ( $r = .68, p = .000$ ).

**Tabella 6.** Correlazioni tra le scale EA della madre e del bambino.

	<i>M Sensitivity</i>	<i>M Structuring</i>	<i>M Nonintrusiveness</i>	<i>M Nonhostility</i>
<i>B Responsiveness</i>	.85***	.87***	.72***	.70***
<i>B Involvement</i>	.84***	.87***	.70***	.69***

\*\*\*  $p < .001$ .

Essendo le scale del bambino e della madre correlate tra loro, è stata utilizzata un'unica MANCOVA per analizzare gli effetti principali e di interazione dell'età materna (adolescenti/adulte) e dell'attaccamento materno (sicuro/insicuro) sulle scale della disponibilità emotiva materna e del bambino (vedi Tabella 7).

Il test multivariato indica che è presente un effetto significativo generale dell'età materna sulla disponibilità emotiva diadica (Lambda di Wilks  $F(6, 96) = 10.03, p = .000, \eta^2 = .40$ ). I test

univariati indicano che le madri adolescenti rispetto alle madri adulte hanno punteggi più bassi in tutte le scale EA della Sensitivity,  $F(1, 96) = 50.17, p = .000, \eta^2 = .34$ , Structuring,  $F(1, 96) = 34.40, p = .000, \eta^2 = .26$ , Nonintrusiveness,  $F(1, 96) = 42.79, p = .000, \eta^2 = .31$ , e Nonhostility,  $F(1, 96) = 26.68, p = .000, \eta^2 = .22$ .

I bambini di madri adolescenti rispetto ai bambini di madri adulte hanno punteggi inferiori in entrambe le scale EA Responsiveness,  $F(1, 96) = 27.09, p = .000, \eta^2 = .22$ , e Involvement,  $F(1, 96) = 34.51, p = .000, \eta^2 = .26$ .

Il test multivariato indica che non è presente un effetto significativo generale dell'attaccamento materno (Lambda di Wilks  $F(6, 96) = 1.48, ns$ ). Tuttavia i test univariati mostrano che le madri sicure hanno punteggi maggiori nelle scale EA Sensitivity,  $F(1, 96) = 7.89, p = .006, \eta^2 = .07$  e Structuring,  $F(1, 96) = 5.92, p = .017, \eta^2 = .05$ , rispetto alle madri sicure.

Il test multivariato indica anche che non è presente un effetto di interazione tra sicurezza/insicurezza materna ed età materna adolescente/adulta sulle scale EA (Lambda di Wilks  $F(6, 96) = .53, ns$ ).

Anche attraverso una MANCOVA con fattori età materna (adolescenti/adulte) e attaccamento materno a 4 vie (sicuro/distanziante/preoccupato/non risolto) per individuare differenze legate ai diversi pattern di attaccamento insicuro non emerge né un effetto principale dell'attaccamento materno (Lambda di Wilks  $F(18, 92) = 1.32, ns$ ) né un effetto di interazione tra attaccamento a 4 vie ed età materna sulle scale della disponibilità emotiva della madre e del bambino (Lambda di Wilks  $F(18, 92) = .41, ns$ ).

Inoltre, per esplorare ulteriormente l'effetto dell'attaccamento materno, è stato calcolato separatamente il t-test per il gruppo di diadi con madri adolescenti e il gruppo di diadi con madri adulte per analizzare le differenze rispetto alla sicurezza/insicurezza materna in entrambi i gruppi. Per il gruppo di madri adolescenti non sono state trovate differenze significative tra diadi con madri adolescenti sicure e diadi con madri adolescenti insicure sia per le scale EA della madre sia per le scale EA del bambino ( $p > .05$ ). Per il gruppo di madri adulte, invece, le analisi post-hoc indicano che le madri adulte sicure hanno punteggi più alti nella scala Sensitivity ( $t(48) = 3.06, p = .019$ ) e nella scala Structuring ( $t(48) = 2.68, p = .010$ ) rispetto alle madri adulte insicure.

**Tabella 7.** Effetti principali e di interazione sulle scale EA della madre e del bambino.

	Adolescenti (N=50)				Adulte (N=50)				Adolescenti vs Adulte			Sicure vs Insicure			Età materna X attaccamento materno			
	Sicure (N=18)		Insicure (N=32)		Sicure (N=33)		Insicure (N=17)		F	p	$\eta^2$	F	p	$\eta^2$	F	p	$\eta^2$	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS										
<i>Madre</i>	<i>Sensitivity</i>	3.80	1.12	3.50	1.11	5.57	.90	4.76	.85	50.17	.000***	.34	7.89	.006**	.07	2.38	.12	.02
	<i>Structuring</i>	3.69	1.12	3.39	1.17	4.95	1.29	3.93	1.18	34.40	.000***	.26	5.92	.017*	.05	1.41	.23	.01
	<i>Nonintrusiveness</i>	3.86	1.05	3.59	1.09	5.43	.85	5.08	.71	42.79	.000***	.31	2.51	.11	.02	.18	.67	.00
	<i>Nonhostility</i>	4.86	.90	4.68	1.21	6.19	.76	5.79	.77	26.68	.000***	.22	2.07	.15	.02	.47	.49	.00
<i>Bambino</i>	<i>Responsiveness</i>	3.41	.87	3.20	1.04	4.56	1.09	4.00	.93	27.09	.000***	.22	3.57	.06	.03	1.06	.30	.01
	<i>Involvement</i>	3.13	.87	3.01	.87	4.33	1.04	3.88	.87	34.51	.000***	.26	2.26	.13	.02	.96	.32	.01

Nota. Risultati della Mancova. Numero di soggetti (N), media (M), deviazione standard (DS), età parziale al quadrato ( $\eta^2$ ) e livello di significatività (p).

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

### 3.1.4.5 Regolazione emotiva e attaccamento materno nelle diadi con madri adolescenti e diadi con madri adulte

I comportamenti del bambino e i comportamenti della madre misurati con l'ICEP sono correlati tra di loro pertanto è stata utilizzata un'unica MANCOVA per analizzare gli effetti principali e di interazione dell'età materna (adolescenti/adulte) e dell'attaccamento materno (sicuro/insicuro) sui singoli comportamenti dell'ICEP (vedi Tabella 8). Il test multivariato mostra un effetto significativo generale dell'età materna (Lambda di Wilks  $F(22, 96) = 3.03, p = .000, \eta^2 = .47$ ). I test univariati indicano che i bambini di madri adolescenti trascorrono meno tempo nei comportamenti di "Osserva oggetto proposto dal caregiver",  $F(1, 96) = 18.75, p = .000, \eta^2 = .16$ , e "Coinvolgimento sociale positivo",  $F(1, 96) = 9.97, p = .002, \eta^2 = .09$ , e trascorrono più tempo nel comportamento di "Coinvolgimento negativo",  $F(1, 96) = 5.94, p = .017, \eta^2 = .06$ , rispetto ai bambini di madri adulte. Le madri adolescenti rispetto alle madri adulte trascorrono meno tempo nel comportamento di "Partecipa al gioco",  $F(1, 96) = 18.64, p = .000, \eta^2 = .17$ , e più tempo nei comportamenti di "Coinvolgimento negativo intrusivo",  $F(1, 96) = 10.00, p = .002, \eta^2 = .10$ , "Coinvolgimento negativo",  $F(1, 96) = 13.27, p = .000, \eta^2 = .12$ , "Monitoraggio sociale",  $F(1, 96) = 5.53, p = .023, \eta^2 = .05$ , "Richiamo di attenzione",  $F(1, 96) = 5.20, p = .025, \eta^2 = .05$ , e "Non focalizzato",  $F(1, 96) = 4.51, p = .036, \eta^2 = .05$ .

Il test multivariato indica anche che non è presente né un effetto significativo generale dell'attaccamento materno (Lambda di Wilks  $F(22, 96) = .75, ns$ ) né un effetto di interazione tra sicurezza/insicurezza materna e condizione adolescenziale/adulta sulle categorie di madre e bambino dell'ICEP (Lambda di Wilks  $F(22, 96) = 1.43, ns$ ).

Anche attraverso una MANCOVA con fattori età materna (adolescenti/adulte) e attaccamento materno a 4 vie (sicuro/distanziante/preoccupato/non risolto) non emerge né un effetto principale dell'attaccamento materno (Lambda di Wilks  $F(69, 92) = 1.05, ns$ ) né un effetto di interazione sui comportamenti di madre e bambino all'ICEP (Lambda di Wilks  $F(69, 92) = 1.23, ns$ ).

Inoltre, per esplorare ulteriormente l'effetto dell'attaccamento materno, è stato calcolato separatamente il t-test per il gruppo di diadi con madri adolescenti e il gruppo di diadi con madri adulte per analizzare le differenze rispetto alla sicurezza/insicurezza materna in entrambi i gruppi. Le analisi post-hoc non indicano differenze significative tra diadi con madri sicure e diadi con madri insicure nelle categorie dei comportamenti della madre e del bambino dell'ICEP sia per il gruppo di madri adolescenti sia per il gruppo di madri adulte ( $p > .05$ ).

**Tabella 8.** Effetti principali e di interazione sulle categorie dei singoli comportamenti dell'ICEP di madre e bambino.

	Adolescenti (N=50)				Adulte (N=50)				Adolescenti vs Adulte			Sicure vs Insicure			Età materna X attaccamento materno			
	Sicure (N=18)		Insicure (N=32)		Sicure (N=33)		Insicure (N=17)		F	p	$\eta^2$	F	p	$\eta^2$	F	p	$\eta^2$	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS										
Bambino	<i>Coinvolgimento negativo</i>	.10	.13	.13	.13	.04	.07	.09	.13	5.94	.017*	.06	3.11	.08	.03	.03	.85	.00
	<i>Coinvolgimento negativo di protesta</i>	.01	.03	.03	.11	.00	.00	.00	.00	2.61	.10	.02	.74	.39	.01	1.10	.29	.01
	<i>Coinvolgimento negativo di ritiro</i>	.00	.03	.01	.04	.00	.00	.00	.00	1.16	.28	.01	.29	.58	.00	.29	.59	.00
	<i>Coinvolgimento sociale positivo</i>	.02	.03	.02	.03	.04	.05	.05	.06	9.97	.002**	.09	.15	.69	.00	.01	.91	.00
	<i>Osserva oggetto proposto dal caregiver</i>	.24	.17	.10	.12	.31	.21	.32	.18	18.75	.000***	.16	2.95	.08	.03	4.79	.03	.05
	<i>Osserva oggetto non offerto dal caregiver</i>	.06	.09	.08	.14	.11	.15	.10	.12	.40	.52	.00	.07	.79	.00	.21	.65	.00
	<i>Osserva ambiente</i>	.02	.18	.32	.16	.23	.15	.23	.16	1.92	.16	.02	1.27	.26	.01	.74	.39	.01
	<i>Monitoraggio sociale</i>	.21	.21	.18	.18	.13	.14	.18	.19	3.27	.07	.03	1.15	.28	.01	.09	.75	.00
	<i>Si fa accudire</i>	.00	.00	.02	.04	.02	.03	.01	.01	.18	.66	.00	.23	.62	.00	5.84	.01	.06
77	<i>Si fa consolare</i>	.00	.00	.03	.11	.02	.06	.02	.04	.00	.97	.00	.90	.34	.01	1.04	.31	.01
Madre	<i>Coinvolgimento negativo</i>	.08	.10	.11	.12	.00	.01	.00	.01	13.27	.000***	.12	1.30	.25	.01	.56	.45	.01
	<i>Coinvolgimento negativo intrusivo</i>	.07	.10	.09	.11	.00	.00	.00	.01	10.00	.002**	.10	.35	.55	.00	.05	.82	.00
	<i>Coinvolgimento negativo ostile</i>	.00	.00	.01	.05	.00	.00	.00	.00	1.26	.26	.01	.51	.47	.01	.71	.40	.01
	<i>Coinvolgimento negativo di ritiro</i>	.00	.00	.01	.03	.00	.00	.00	.00	1.84	.17	.02	1.16	.28	.01	.32	.57	.00
	<i>Coinvolgimento sociale positivo</i>	.11	.07	.16	.11	.20	.12	.16	.13	2.75	.10	.03	.02	.90	.00	3.08	.08	.03
	<i>Partecipa al gioco</i>	.07	.08	.03	.06	.15	.12	.14	.13	18.64	.000***	.17	1.57	.21	.02	.13	.71	.00
	<i>Propone gioco</i>	.19	.11	.10	.11	.15	.11	.18	.13	1.08	.30	.01	1.54	.21	.02	2.91	.17	.06
	<i>Monitoraggio sociale</i>	.32	.09	.28	.15	.25	.11	.24	.15	5.53	.023*	.05	.67	.41	.01	.21	.65	.00
	<i>Caretaking</i>	.07	.03	.14	.09	.11	.07	.11	.08	.01	.90	.00	2.42	.38	.04	2.36	.23	.05
	<i>Consolazione</i>	.00	.00	.03	.06	.03	.10	.06	.12	.56	.45	.01	1.82	.18	.02	.02	.87	.00
	<i>Non focalizzato</i>	.07	.03	.07	.06	.03	.03	.05	.03	4.51	.036*	.05	.55	.45	.01	2.48	.11	.03
<i>Richiamo di attenzione</i>	.03	.03	.04	.03	.02	.04	.02	.02	5.20	.025*	.05	.13	.71	.00	2.39	.12	.02	

Nota. Risultati della Mancova. Numero di soggetti (N), media (M), deviazione standard (DS), età parziale al quadrato ( $\eta^2$ ) e livello di significatività (p).

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

Per valutare le associazioni tra gli stati affettivi della madre e del bambino è stata utilizzata la correlazione  $r$  di Pearson (vedi Tabella 9). La categoria Bambino positivo è correlata positivamente in modo significativo alla categoria Madre positiva ( $r = .59, p = .000$ ) e negativamente alle categorie Madre negativa ( $r = -.43, p = .000$ ) e Madre neutra ( $r = -.45, p = .000$ ). La categoria Bambino negativo è correlata positivamente in modo significativo alla categoria Madre negativa ( $r = .50, p = .000$ ) e negativamente a Madre positiva ( $r = -.35, p = .000$ ). La categoria Bambino neutro è correlata positivamente in modo significativo alla categoria Madre neutra ( $r = .45, p = .000$ ) e negativamente alla categoria Madre positiva ( $r = -.40, p = .000$ ).

**Tabella 9.** Correlazioni tra gli stati affettivi della madre e del bambino.

	<i>Madre positiva</i>	<i>Madre negativa</i>	<i>Madre neutra</i>
<i>Bambino positivo</i>	.59***	-.43***	-.45***
<i>Bambino negativo</i>	-.35***	.50***	.05
<i>Bambino neutro</i>	-.40***	.12	.45***

\*\*\*  $p < .001$ .

Sono stati poi analizzati gli effetti principali e di interazione dell'età materna (adolescenti/adulte) e dell'attaccamento materno (sicuro/insicuro) sugli stati affettivi individuali dell'ICEP attraverso una MANCOVA (vedi Tabella 10).

Il test multivariato indica che è presente un effetto significativo generale dell'età materna (Lambda di Wilks  $F(5, 96) = 6.67, p = .000, \eta^2 = .27$ ). I test univariati indicano che i bambini di madri adolescenti trascorrono più tempo in stati affettivi negativi,  $F(1, 96) = 6.03, p = .016, \eta^2 = .06$ , e neutri,  $F(1, 96) = 8.41, p = .005, \eta^2 = .08$ , e meno tempo in stati affettivi positivi,  $F(1, 96) = 21.03, p = .000, \eta^2 = .18$ , rispetto ai bambini di madri adulte. Le madri adolescenti trascorrono più tempo in stati affettivi negativi,  $F(1, 96) = 12.71, p = .001, \eta^2 = .12$ , e neutri,  $F(1, 96) = 11.71, p = .001, \eta^2 = .11$ , e meno tempo in stati affettivi positivi,  $F(1, 96) = 25.94, p = .000, \eta^2 = .22$ , rispetto alle madri adulte.

Il test multivariato indica anche che non è presente né un effetto significativo generale dell'attaccamento materno (Lambda di Wilks  $F(5, 96) = 1.39, ns$ ) né un effetto di interazione tra sicurezza/insicurezza materna e condizione adolescenziale/adulta sugli stati affettivi di madre e bambino dell'ICEP (Lambda di Wilks  $F(5, 96) = .87, ns$ ).



**Tabella 10.** Effetti principali e di interazione sugli stati affettivi materni e del bambino e sui match, mismatch e repair dell'ICEP.

	Adolescenti (N=50)				Adulte (N=50)				Adolescenti vs Adulte			Secure vs Insecure			Età materna X attaccamento materno		
	Sicure (N=18)		Insicure (N=32)		Sicure (N=33)		Insicure (N=17)		F	p	$\eta^2$	F	p	$\eta^2$	F	p	$\eta^2$
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS									
<i>Bambino positivo</i>	.35	.21	.22	.20	.48	.24	.48	.16	21.03	.000***	.18	1.58	.21	.02	2.49	.11	.03
<i>Bambino negativo</i>	.13	.18	.19	.16	.04	.07	.09	.13	6.03	.016*	.06	3.04	.08	.03	.04	.84	.00
<i>Bambino neutro</i>	.51	.22	.58	.22	.47	.22	.41	.18	8.41	.005**	.08	.01	.92	.00	2.04	.15	.02
<i>Madre positiva</i>	.41	.13	.31	.15	.52	.16	.49	.19	25.94	.000***	.22	2.02	.18	.04	1.16	.28	.01
<i>Madre negativa</i>	.08	.10	.12	.13	.00	.01	.00	.01	12.71	.001**	.12	1.26	.26	.01	.53	.46	.01
<i>Madre neutra</i>	.53	.10	.58	.14	.48	.16	.50	.20	11.71	.001**	.11	1.21	.27	.01	.25	.62	.00
<i>Bambino positiva-Madre positiva</i>	.24	.13	.12	.11	.34	.19	.34	.16	26.81	.000***	.22	3.05	.08	.03	3.35	.07	.03
<i>Bambino negativo-Madre negativa</i>	.03	.07	.04	.06	.00	.00	.00	.00	4.66	.033*	.05	.39	.53	.00	.14	.70	.00
<i>Bambino neutro-Madre neutra</i>	.33	.15	.36	.17	.30	.16	.28	.13	10.36	.002**	.10	.01	.91	.00	.92	.33	.01
<i>Bambino positivo-Madre negativa</i>	.01	.01	.01	.02	.00	.00	.00	.00	5.36	.023*	.05	1.89	.17	.02	.97	.32	.01
<i>Bambino positivo-Madre neutra</i>	.10	.10	.08	.11	.13	.11	.14	.13	3.42	.06	.04	.03	.85	.00	.41	.52	.00
<i>Bambino negativo-Madre positiva</i>	.02	.05	.03	.04	.01	.02	.02	.06	1.91	.17	.02	.55	.46	.01	.00	.96	.00
<i>Bambino negativo-Madre neutra</i>	.07	.08	.11	.10	.03	.05	.07	.09	4.39	.039*	.04	2.45	.37	.05	.01	.93	.00
<i>Bambino neutro-Madre positiva</i>	.13	.07	.15	.10	.16	.11	.12	.09	.24	.62	.00	.37	.54	.00	1.34	.25	.01
<i>Bambino neutro-Madre negativa</i>	.04	.06	.06	.07	.00	.00	.00	.01	9.96	.002**	.10	1.21	.27	.01	.60	.44	.01
<i>Match</i>	.57	.15	.49	.15	.64	.12	.62	.11	4.07	.046*	.04	3.20	.07	.03	.84	.36	.01
<i>Mismatch</i>	.39	.11	.46	.12	.35	.12	.37	.11	2.18	.14	.02	2.99	.08	.03	.74	.39	.01
<i>Repair</i>	5.07	1.58	4.93	1.89	4.44	1.49	4.07	1.97	3.30	.07	.03	.51	.47	.01	.11	.73	.00

Nota. Risultati delle Mancova. Numero di soggetti (N), media (M), deviazione standard (DS), età parziale al quadrato ( $\eta^2$ ) e livello di significatività (p).

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

Anche attraverso una MANCOVA con fattori età materna (adolescenti/adulte) e attaccamento materno a 4 vie (sicuro/distanziante/preoccupato/non risolto) per individuare differenze legate ai diversi pattern di attaccamento insicuro non emerge né un effetto principale dell'attaccamento materno (Lambda di Wilks  $F(15, 92) = 1.60, ns$ ) né un effetto di interazione tra attaccamento a 4 vie ed età materna sugli stati affettivi di madre e bambino all'ICEP (Lambda di Wilks  $F(15, 92) = .89, ns$ ).

Inoltre, per esplorare ulteriormente l'effetto dell'attaccamento materno, è stato calcolato separatamente il t-test per il gruppo di diadi con madri adolescenti e il gruppo di diadi con madri adulte per analizzare le differenze rispetto alla sicurezza/insicurezza materna in entrambi i gruppi. Sia per il gruppo di madri adolescenti sia per il gruppo di madri adulte non sono state trovate differenze significative tra diadi con madri sicure e diadi con madri insicure negli stati affettivi della madre e del bambino ( $p > .05$ ).

Sono stati poi analizzati gli effetti principali e di interazione dell'età materna (adolescenti/adulte) e dell'attaccamento materno (sicuro/insicuro) sugli stati affettivi diadici dell'ICEP attraverso una MANCOVA (vedi Tabella 10). Il test multivariato indica che è presente un effetto significativo generale dell'età materna (Lambda di Wilks  $F(11, 96) = 5.48, p = .000, \eta^2 = .41$ ). I test univariati indicano che le diadi con madri adolescenti trascorrono meno tempo in match positivi,  $F(1, 96) = 26.81, p = .000, \eta^2 = .22$ , e più tempo in match negativi,  $F(1, 96) = 4.66, p = .033, \eta^2 = .05$ , e match neutri,  $F(1, 96) = 10.36, p = .002, \eta^2 = .10$ , rispetto alle diadi con madri adulte.

A livello dei singoli mismatch, le diadi con madri adolescenti trascorrono più tempo nei mismatch Bambino positivo/Madre negativa,  $F(1, 96) = 5.36, p = .023, \eta^2 = .05$ , Bambino negativo/Madre neutra,  $F(1, 96) = 4.39, p = .039, \eta^2 = .04$ , e Bambino neutro/Madre negativa,  $F(1, 96) = 9.96, p = .002, \eta^2 = .10$ , rispetto alle diadi con madri adulte. Inoltre le diadi con madri adolescenti trascorrono meno tempo in match totali,  $F(1, 96) = 4.07, p = .046, \eta^2 = .04$ , rispetto alle diadi con madri adulte.

Non sono presenti invece differenze significative per gli altri singoli mismatch, per i mismatch totali e il repair.

Il test multivariato indica anche che non è presente né un effetto significativo generale dell'attaccamento materno (Lambda di Wilks  $F(11, 96) = 1.07, ns$ ) né un effetto di interazione tra sicurezza/insicurezza materna e condizione adolescenziale/adulta sui match, mismatch e repair dell'ICEP (Lambda di Wilks  $F(11, 96) = .63, ns$ ).

Anche attraverso una MANCOVA con fattori età materna (adolescenti/adulte) e attaccamento materno a 4 vie (sicuro/distanziante/preoccupato/non risolto) non emerge né un effetto principale dell'attaccamento materno ( $\Lambda$  di Wilks  $F(33, 92) = 1.22, ns$ ) né un effetto di interazione sui match, mismatch e repair dell'ICEP ( $\Lambda$  di Wilks  $F(33, 92) = .83, ns$ ).

Inoltre, per esplorare ulteriormente l'effetto dell'attaccamento materno, è stato calcolato il t-test separatamente per il gruppo di diadi con madri adolescenti e il gruppo di diadi con madri adulte per analizzare le differenze rispetto alla sicurezza/insicurezza materna in entrambi i gruppi. Non sono state trovate differenze significative tra diadi con madri sicure e diadi con madri insicure nei match, mismatch e repair sia per il gruppo di madri adolescenti sia per il gruppo di madri adulte ( $p > .05$ ).

### **3.1.5 Discussione**

I risultati confermano le ipotesi iniziali che le diadi con madri adolescenti rispetto alle diadi con madri adulte differiscono in modo significativo sia negli stili di interazione e nella disponibilità emotiva a livello macroanalitico sia nella regolazione emotiva individuale e diadica a livello microanalitico, controllando il livello socio-economico e lo stato civile come covariate.

In particolare, i risultati indicano che le madri adolescenti rispetto alle madri adulte hanno punteggi inferiori sia nello stile Sensibile del Care-Index sia nella scala EA della Sensitivity, risultando meno sensibili e responsive e facendo più fatica a essere emotivamente sintonizzate con il loro bambino. Inoltre le giovani madri rispetto alle madri adulte mostrano più stili Controllanti al Care-Index e punteggi più bassi nelle scale EA della Nonintrusiveness e Nonhostility, dimostrando comportamenti che interferiscono con l'attività del bambino, come invadere il suo spazio o manipolare il suo corpo in modo intrusivo, ed esprimendo emozioni negative di rabbia e aggressività. Anche nella valutazione microanalitica con l'ICEP, a livello individuale, le madri adolescenti rispetto alle madri adulte esprimono maggiormente un coinvolgimento emotivo di tipo negativo verso i bambini, in particolare di tipo intrusivo, e meno quello di tipo positivo, quindi con meno comportamenti di social play, sorrisi e motherese; mostrano anche più comportamenti di richiamo dell'attenzione e non focalizzazione sul figlio. Questi dati sono in linea con i numerosi studi in letteratura che indicano che le madri adolescenti esprimono più emozioni negative e meno positive, sono più intrusive, punitive,

ostili e aggressive fisicamente nei confronti dei figli (Berlin *et al.*, 2002; Culp *et al.*, 1991; Lee, 2009; Osofsky *et al.*, 1992; Pomerleau *et al.*, 2003).

Rispetto al rapporto madre/bambino/oggetti, è emerso un importante risultato che riguarda il fatto che le madri adolescenti rispetto alle madri adulte a 3 mesi sono meno capaci di strutturare il gioco e fungere da scaffolding per l'orientamento dell'attenzione del bambino verso gli oggetti, risultando più passive, facendo meno iniziative e proposte di gioco e rimanendo in silenzio senza fare commenti sull'attività del bambino, come mostrato dai punteggi inferiori nella scala Structuring dell'EA. Altri studi hanno identificato questa minore capacità di strutturazione del gioco nelle madri adolescenti ma solo a 2 anni di vita del bambino (Driscoll & Easterbrooks, 2007). Anche a livello microanalitico, le madri adolescenti appaiono meno coinvolte nel gioco con i loro bambini rispetto alle madri adulte, trascorrendo meno tempo nel partecipare al gioco con gli oggetti scelto dal figlio, come emerso da altre ricerche (Easterbrooks *et al.*, 2005; Stevenson Barratt & Roach, 1995), e i loro bambini trascorrono meno tempo a osservare gli oggetti proposti dalle loro madri rispetto ai bambini di madri adulte.

Parallelamente, i bambini di madri adolescenti hanno meno stili Cooperativi e più stili Passivi al Care-Index e punteggi più bassi nelle due scale EA Responsiveness e Involvement e a livello microanalitico all'ICEP hanno un minore coinvolgimento emotivo positivo e una maggiore durata di coinvolgimento negativo (implicante rabbia, protesta o ritiro), esprimendo meno emozioni, condividendo meno lo sguardo con l'adulto e risultando meno responsivi e poco in grado di interagire con le loro madri rispetto ai bambini delle madri adulte. Anche questi risultati confermano e ampliano i pochi studi presenti in letteratura sul contributo del bambino, come ad esempio la ricerca di Osofsky (Osofsky *et al.*, 1992) che ha evidenziato che i bambini di madri adolescenti hanno minori capacità di comunicazione affettiva e lo studio di Stevenson Barratt e Roach (1995) che ha mostrato che i bambini di madri adolescenti, confrontati con i bambini di madri adulte, esibiscono meno sorrisi e vocalizzazioni nelle interazioni diadiche a 4 mesi in corrispondenza delle loro madri che a loro volta vocalizzano e sorridono di meno.

Inoltre, sia per quanto riguarda gli stili di interazione e la disponibilità emotiva sia per gli stati affettivi, le categorie della madre sono correlate a quelle del bambino in entrambi i gruppi di diadi con madri adolescenti e madri adulte, in linea con i dati in letteratura che indicano un'influenza reciproca dei due partner nel definire la qualità della relazione diadica (Beebe *et al.*, 2010; Biringen *et al.*, 2000; Riva Crugnola *et al.*, 2013a).

I dati riguardanti la regolazione emotiva diadica misurata a livello microanalitico con l'ICEP sono coerenti con quelli concernenti gli stili individuali: le diadi con madri adolescenti passano più tempo in stati di match negativo e match neutri e meno tempo in match positivi rispetto alle diadi con madri adulte, che appaiono invece caratterizzate da una maggiore condivisione di stati emotivi positivi. Le diadi con madri adolescenti mostrano anche una minore quantità di tempo trascorso in stati di match totali rispetto alle diadi con madri adulte. Si può ipotizzare che la maggiore durata degli stati di match negativi e la minore durata degli stati di match positivi siano collegate a una più elevata difficoltà di regolazione delle emozioni negative presente nelle diadi con madri adolescenti. Questi dati confermano un nostro studio precedente (Riva Crugnola *et al.*, 2014a) sul confronto tra madri adolescenti e madri adulte nelle strategie di regolazione emotiva e sono simili a quelli di altre condizioni a rischio come la depressione post-partum, in cui le diadi con madri depresse mostrano una maggiore espressione di emozionalità negativa e meno positiva e una minore sintonizzazione affettiva (Field, Healy, Goldstein, & Guthertz, 1990; Reck *et al.*, 2011).

Interessante notare anche che le diadi con madri adolescenti sono caratterizzate sia a livello individuale sia a livello diadico da più tempo trascorso in stati affettivi neutri, ossia mettono in atto comportamenti non chiaramente definiti a livello emotivo, implicanti una non ricerca della condivisione e un coinvolgimento di tipo superficiale. Risultato simile a uno studio di Krpan e colleghi (2005) che ha trovato che le madri adolescenti rispetto alle madri adulte tendono a trascorrere più tempo in comportamenti strumentali con tono affettivo neutro, come aggiustare i vestiti del bambino, sistemarlo e pulirlo piuttosto che baciarlo e coccolarlo.

Inoltre l'analisi della regolazione emotiva diadica ha evidenziato nelle diadi con madri adolescenti la presenza di mismatch, quasi del tutto assenti nelle diadi con madri adulte, considerati a rischio da molti autori, quali i mismatch Bambino positivo/Madre negativa, Bambino negativo/Madre neutra e Bambino neutro/Madre negativa. Lyons-Ruth (2006) ha identificato il mismatch Bambino positivo/Madre negativa, che implica stati negativi della madre in copresenza di stati positivi espressi dal bambino, nel contesto della comunicazione affettiva distruttiva genitoriale. Invece il mismatch in cui la madre è in uno stato affettivo neutro a fronte dell'espressione di emozioni negative del bambino può indicare una difficoltà delle madri adolescenti a regolare gli affetti negativi dei figli, gli studi di Leerkes indicano infatti che le madri che non riescono a rispondere adeguatamente al distress o pianto del bambino sono quelle meno sensibili (Leerkes, 2010) e che predicono poi nei figli un legame di

attaccamento insicuro (Leerkes, 2011), più problematiche comportamentali e minori competenze sociali (Leerkes, Blankson, & O'Brien, 2009). La maggior presenza del mismatch Bambino neutro/Madre negativa nelle madri adolescenti rispetto alle diadi con madri adulte mette in evidenza come in presenza di segnali neutri del bambino le madri adolescenti tendano ad adottare un coinvolgimento negativo, mostrando di interpretare negativamente tali segnali. Questi risultati sono simili a quelli trovati nello studio di Tronick (Tronick *et al.*, 2005) in cui le madri che fanno uso di cocaina durante la gravidanza rispetto a quelle che non ne fanno uso mostrano una più alta percentuale di mismatch Bambino neutro/Madre negativa.

Un secondo importante dato riguarda la differenza significativa nella distribuzione dell'attaccamento materno nelle madri adolescenti e adulte, con la presenza di un maggiore numero di madri adolescenti insicure che conferma gli studi precedenti effettuati su popolazioni simili (Borkowski *et al.*, 2007; Madigan *et al.*, 2006, 2012; Riva Crugnola *et al.*, 2014a). Inoltre la percentuale di attaccamento insicuro delle madri adolescenti è simile a quella delle popolazioni cliniche e a rischio (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009). La differenza trovata potrebbe anche essere dipesa dal fatto che le madri adolescenti hanno spesso esperienze traumatiche infantili e hanno di solito un livello socio-economico basso, fattori che contribuiscono allo sviluppo di un modello di attaccamento insicuro (Diener *et al.*, 2002; Madigan *et al.*, 2006). A questo proposito si può ipotizzare che l'insicurezza possa essere predittiva del diventare un genitore in adolescenza, come dimostrato per altri fattori come esperienze di maltrattamento e abuso (Noll *et al.*, 2009), basso livello socio-economico (Osofsky *et al.*, 1993) e storia di genitorialità in giovane età (Meade *et al.*, 2008).

Le madri adolescenti inoltre rispetto alle madri adulte mostrano più bassi punteggi di funzione riflessiva, dato che non è stato indagato dalle ricerche precedenti in quanto sono pochi gli studi sulla RF in campioni ad alto rischio per la genitorialità. Solo recentemente Stacks e colleghi (2014) hanno trovato che bassi punteggi di RF sono associati a madri con sintomatologia depressiva. I risultati dello studio indicano anche che i punteggi di funzione riflessiva sono associati al tipo di attaccamento materno, dato in linea con le ricerche in letteratura che indicano che le madri sicure hanno maggiori capacità di mentalizzazione rispetto alle madri insicure (Grienenberger, Kelley, & Slade, 2005; Slade, Grienenberger, Bernbach, Levy, & Locker, 2005a); avere una buona funzione riflessiva materna è predittiva anche di migliori competenze sociali ed emotive nello sviluppo del bambino dall'età pre-scolare all'adolescenza (Steele & Steele, 2008).

Anche se non è emerso un effetto principale generale dell'attaccamento materno sia a livello microanalitico sia a livello macroanalitico, i test univariati mostrano che le madri sicure sono più responsive, sensibili e strutturano meglio l'attività di gioco del bambino rispetto alle madri insicure. I risultati, in linea con lo studio di Biringen (Biringen *et al.*, 2000) che ha indicato che la disponibilità emotiva diadica nelle diadi con madri adulte è associata alla qualità dell'attaccamento materno, dovranno essere indagati dalle ricerche future in campioni più ampi per comprendere meglio il ruolo della sicurezza/insicurezza materna sulla qualità delle interazioni diadiche precoci.

Differentemente dall'ipotesi iniziale, non è stato invece trovato un effetto di interazione tra età materna e tipo di attaccamento. È tuttavia da rilevare che attraverso analisi post-hoc non sono emerse differenze significative nel gruppo di diadi con madri adolescenti rispetto alla sicurezza/insicurezza materna mentre nel gruppo di diadi con madri adulte, a livello macroanalitico, le madri sicure risultano più sensibili e con una maggiore capacità di strutturazione del gioco rispetto alle madri insicure che sono invece più non responsive. Si può ipotizzare che nelle giovani madri l'attaccamento materno non influenzi la qualità delle interazioni madre-bambino a 3 mesi e anche che l'attaccamento sicuro nelle diadi con madri adolescenti, diversamente dalle diadi con madri adulte, non riesca a fungere da fattore protettivo per la qualità delle interazioni precoci. La giovane età materna sembra quindi essere il principale e più importante fattore di rischio per la qualità delle interazioni precoci madre-bambino a 3 mesi. Tali risultati sono simili a quelli dello studio di Bornstein (Bornstein *et al.*, 2006) che, controllando il SES e le variabili socio-demografiche ma non il modello di attaccamento materno, mostrano che l'età materna è associata alla qualità del parenting a 5 mesi e in particolare che essere giovani madri è predittivo di una minore sensibilità verso i figli.

L'inadeguatezza della qualità delle interazioni a 3 mesi che caratterizza le diadi madri adolescenti-bambini può delinarsi come un rilevante fattore di rischio per conseguenze negative nello sviluppo socio-emotivo del bambino.

### **3.1.6 Limiti e prospettive future**

Il principale limite dello studio è dato dal basso numero di partecipanti che potrebbe influenzare la possibilità di generalizzare i risultati. Un campione più ampio permetterebbe inoltre di indagare le differenze negli stili di interazione, disponibilità emotiva e regolazione

emotiva anche tra diadi con madri minorenni (14-17 anni) e diadi con giovani madri (18-21), confrontandole con diadi con madri adulte. Sarebbe inoltre interessante con un maggior numero di partecipanti approfondire le analisi rispetto allo specifico modello operativo interno delle madri insicure (preoccupate, distanzianti e non risolte/disorganizzate) e comprendere meglio il ruolo della sicurezza/insicurezza materna sulla qualità delle interazioni diadiche precoci in situazioni ad alto rischio per la genitorialità come la maternità in adolescenza.

Ci sono anche numerosi importanti fattori di rischio che andrebbero considerati perché potrebbero influenzare la qualità degli stili di interazione, di disponibilità emotiva diadica e di regolazione emotiva che spesso sono associati alla maternità in adolescenza come ad esempio una storia di abuso o di trauma infantile, la presenza e il supporto del partner, il supporto della famiglia di origine o di quella acquisita, la sintomatologia depressiva materna, lo stress genitoriale, gravidanze non pianificate e il temperamento del bambino.

Di particolare interesse si delinea inoltre, proseguendo la ricerca attraverso l'ampliamento del campione, indagare l'incidenza nella storia delle madri adolescenti, oltre che di abusi fisici e sessuali, anche di altre esperienze potenzialmente traumatiche, quali la trascuratezza e indisponibilità emotiva vissuta da parte dei genitori, separazioni precoci dai genitori o lutti significativi.

In prospettiva futura sarebbe interessante valutare, confrontando le diadi con madri adolescenti e le diadi con madri adulte, la stabilità degli stili di interazione, disponibilità emotiva e regolazione emotiva durante tutto il primo anno di vita e individuare come questi possano essere predittivi della qualità del legame di attaccamento del bambino alla madre.



## 3.2 Studio 2. Valutazione dell'efficacia di un programma di intervento

### 3.2.1 L'intervento PRERAYMI

In letteratura esistono numerosi modelli di intervento per i genitori adolescenti, tra i quali molti sono volti a migliorare la qualità della relazione genitore-bambino e sono basati sulla teoria dell'attaccamento e sull'utilizzo della tecnica del video-feedback (Ruedinger & Cox, 2012; Savio Beers & Hollo, 2009).

Sulla base dei modelli esistenti, è stato costruito il programma di intervento PRERAYMI (*Promoting responsiveness, emotion regulation and attachment in young mothers and infants*) che è rivolto a madri adolescenti e di giovane età (con un'età compresa tra i 14 e i 21 anni), ai loro partner e ai loro bambini. L'intervento è nato dalla collaborazione tra il dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca e l'Unità di Neuropsichiatria Infantile dell'A. O. San Paolo di Milano e si svolge presso un ambulatorio dell'ospedale con un'équipe di lavoro composta da psicologi, neuropsichiatri infantili, neuropsicomotricisti e coordinato dalla Prof.ssa Riva Crugnola e da un neuropsichiatra infantile<sup>2</sup>.

PRERAYMI (Riva Crugnola, Ierardi, Albizzati, & Downing, in stampa) è un intervento *attachment based* (basato sulla teoria dell'attaccamento) in quanto l'obiettivo principale è quello di favorire la relazione madre-bambino nel primo anno di vita, aumentando la responsività della madre e migliorando la regolazione emotiva diadica madre-bambino, allo scopo di stabilire un legame di attaccamento sicuro del bambino alla madre e alle altre figure di attaccamento (Moran *et al.*, 2005). È noto infatti che la qualità sicura dell'attaccamento infantile è predittiva di uno sviluppo socio-emotivo adeguato e svolge al contempo una funzione protettiva rispetto al rischio psicopatologico nelle successive fasi dello sviluppo (Sroufe *et al.*, 2005). Altri obiettivi primari sono quelli di prevenire il rischio psicopatologico e di maltrattamento nel bambino, di individuare indicatori di stress e depressione materna per migliorare il benessere della madre e di favorire nella madre l'integrazione dell'esperienza della nascita del bambino con il processo di costruzione della sua identità adulta, prevenendo problematiche psicopatologiche. Nei casi più a rischio può avvenire infatti che la madre adolescente si distanzi dall'esperienza della maternità, percepita come estranea alla propria condizione esistenziale ed evolutiva, delegando ad altri le cure del bambino sia a livello materiale sia a livello emotivo, fino a giungere, nei casi più problematici, al suo abbandono.

---

<sup>2</sup> Il servizio nato in via sperimentale nel 2006 è stato poi finanziato per tre anni dalla Fondazione Cariplo (Marzo 2011-Febbraio 2014) e ora è attualmente finanziato dall'Asl di Milano e della regione Lombardia.

Per raggiungere questi obiettivi l'intervento si basa su tre differenti modalità: la tecnica del video-feedback, la *developmental guidance* (guida e insegnamento delle tappe evolutive dello sviluppo del bambino) e la consultazione psicologica. Il video intervento consiste in incontri mensili dai 3 ai 12 mesi di vita del bambino articolati in videoregistrazioni delle interazioni di gioco madre-bambino e commento e discussione con la madre del filmato da parte di una psicologa e di una neuropsicomotricista. La finalità di tale metodo è di analizzare con le mamme in un'ottica microanalitica la comunicazione con i loro bambini a livello di coordinazione di stati emotivi, sostenendo il coinvolgimento positivo di madre e bambino e la capacità della madre di regolare le emozioni negative (Downing, 2005; Downing *et al.*, 2008). Al contempo viene fornito sostegno alla madre nell'agevolare l'attività esplorativa del bambino, favorendo episodi di condivisione dell'attenzione. Nell'intervento particolare importanza è data anche all'esplorare con la madre le emozioni sollevate dalla visione del filmato sia rispetto alle proprie emozioni sia a quelle attribuite al bambino, con la finalità di aumentarne la capacità di "tenere in mente il bambino" (Slade *et al.*, 2005b). L'autoosservazione della propria interazione con il bambino attraverso il video costituisce infatti uno stimolo particolarmente intenso per i genitori, permettendo loro in breve tempo di rendere esplicite emozioni e rappresentazioni altrimenti implicite e di attivare in questo modo risorse specifiche (Downing, 2005; Steele *et al.*, 2014). Questo si dimostra di particolare utilità con le mamme adolescenti la cui consapevolezza emotiva e capacità riflessiva sono spesso ancora in via di sviluppo. Nel rivedere i filmati con le madri si tiene conto anche del modello di attaccamento materno e delle informazioni relative alle loro esperienze infantili.

La seconda strategia dell'intervento è finalizzata a fornire alle madri una *developmental guidance* (Papoušek, Schieche, & Wurmser, 2008), illustrando attraverso incontri mensili le tappe di sviluppo del bambino e i loro ritmi regolatori.

La terza modalità dell'intervento riguarda il lavoro di consultazione psicologica con le mamme. Nei casi meno problematici questo avviene con un numero limitato di colloqui volti ad agevolare il loro processo di transizione verso l'età adulta, mentre la consultazione è più prolungata e può essere estesa a tutto il periodo dell'intervento nei casi in cui le mamme abbiano vissuto esperienze traumatiche o si trovino in difficoltà nell'attualità rispetto alla relazione con il bambino o al rapporto con la famiglia d'origine e con il partner. Il focus è sia riferito agli aspetti conflittuali legati alle esperienze presenti o passate delle mamme sia a come queste influenzino la relazione con il bambino nell'attualità (Lieberman & Pawl, 1993).

L'intervento inizia a due mesi di vita ed è svolto in un ambulatorio dell'ospedale con l'obiettivo di fornire alle madri uno spazio protetto che possano vivere come proprio. Le madri adolescenti spesso infatti si trovano a vivere con la famiglia d'origine o con quella del partner in spazi affollati e poco in grado di proteggere la loro relazione individuale con il bambino.

Il programma inizia attraverso un primo contatto con la madre poco dopo il parto. Quando è possibile vengono coinvolti nel protocollo di intervento anche i padri dei bambini, spesso tuttavia indisponibili per problemi di orari di lavoro. Nel corso degli interventi sono previsti anche dei contatti con i genitori delle mamme adolescenti e dei loro partner anche se in modo non sistematico.

L'intervento prevede una serie di incontri con le seguenti attività:

### *2 mesi di vita del bambino*

- Scheda socio-anagrafica sul rischio psicosociale per individuare i fattori di rischio e di protezione della madre (condizione socio-economica, livello di istruzione, relazione con il padre del bambino, storia familiare, supporto sociale, andamento della gravidanza e del parto ed esperienze avverse) rispetto alla sua relazione con il neonato.
- *Parenting Stress Index-Short Form* (PSI-SF; Abidin, 1995, versione italiana Guarino, Di Blasio, D'Alessio, Camisasca, & Serantoni, 2008), questionario auto-somministrato rivolto ai genitori che si propone di identificare quelle relazioni genitore-bambino sottoposte a situazioni di forte stress e a rischio di essere quindi caratterizzate dallo sviluppo di comportamenti parentali disfunzionali e/o di problemi comportamentali ed emotivi da parte dei figli. Il PSI-SF indaga tre principali domini di fattori stressanti, riconducibili alle caratteristiche del bambino, a quelle del genitore e a eventi situazionali/demografici: *Distress genitoriale*, che definisce il livello di distress che un genitore sta sperimentando nel suo ruolo genitoriale; *Interazione genitore-bambino disfunzionale*, focalizzata sul fatto che il genitore percepisce il figlio come non rispondente alle proprie aspettative e inoltre le interazioni con il bambino non lo rinforzano come genitore; *Bambino difficile*, focalizzata su alcune caratteristiche fondamentali del bambino che lo rendono facile o difficile da gestire, includendo anche disobbedienza e comportamenti richiestivi.
- *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS; Beck & Gable, 2002, versione italiana Caretti, Monti, Agostini, & Ragonese, 2010), questionario self-report di 35 item, atto a individuare precocemente la presenza, la gravità e il tipo di sintomi della depressione post-partum e

composto da sette scale volte ad analizzare i sintomi distintivi della depressione post-partum: *Disturbi del sonno/Disturbi dell'alimentazione*, valuta la percezione di un radicale peggioramento delle abitudini nel sonno e nell'alimentazione; *Ansia/Insicurezza*, misura l'ansia, l'insicurezza e la sensazione di essere sopraffatta dal nuovo ruolo di madre; *Labilità emotiva*, valuta la sensazione circa l'instabilità delle proprie emozioni e la possibilità di controllarle; *Confusione mentale*, valuta la percezione circa le proprie capacità decisionali e di regolazione dei propri processi cognitivi; *Perdita del senso di sé*, misura la percezione circa il cambiamento di aspetti della propria identità personale; *Senso di colpa/Vergogna*, misura il senso di colpa e/o la vergogna relativi alla percezione di non essere una brava madre e ai pensieri negativi sul bambino; *Pensieri suicidari*, valuta l'intenzione di farsi del male o di togliersi la vita.

#### *3 mesi di vita del bambino*

- *Adult Attachment Interview* (George *et al.*, 1985), intervista semistrutturata che si propone di valutare lo stato della mente rispetto alle esperienze di attaccamento dell'intervistato, definito operativamente nei termini di indicatori formali dell'organizzazione del discorso. I soggetti vengono classificati in quattro categorie: Sicuro/Autonoma, Preoccupato, Distanziante e Non risolto/disorganizzato. L'intervista è inoltre analizzata con la scala concernente la funzione riflessiva (Fonagy *et al.*, 1998).

#### *4 mesi*

- *Parent Development Interview* (PDI; Slade, Aber, Bresgi, Berger, & Kaplan, 2004), intervista che valuta la qualità della relazione del caregiver con il proprio bambino. La prima parte indaga la descrizione che i genitori danno del loro bambino in quanto a essi viene chiesto di fornire tre aggettivi che descrivano la loro relazione con il figlio; ciò che piace e non piace del loro bambino; e la relazione con il figlio in termini di momenti piacevoli e di difficoltà, di armonia e contrasto. In seguito, i genitori descrivono se stessi come caregiver, includendo ciò che considerano i propri punti di forza e di debolezza. Infine riferiscono le reazioni del bambino alle normali separazioni, ai momenti di crisi e di non disponibilità del genitore.

#### *6 mesi*

- *Questionario sul temperamento del bambino* (IBQ-R; Gartstein & Rothbart, 2003), questionario compilato dalla madre per valutare le caratteristiche temperamentali del bambino. Si chiede ai

genitori di valutare la frequenza di specifici comportamenti associati al temperamento osservati nelle settimane precedenti.

#### *Dai 3 ai 12 mesi*

Inizio piano di osservazione longitudinale delle coppie madre-bambino nell'ambito della loro interazione libera con giochi dai 3 ai 12 mesi per identificare: gli stili di regolazione emotiva mediante *l'Infant and Caregiver Engagement Phases* (ICEP; Weinberg & Tronick, 1999) in versione modificata con l'aggiunta delle categorie del gioco con gli oggetti (Riva Crugnola *et al.*, 2013a) e gli stili di interazione delle madri rispetto alla sensibilità e alla cooperatività del bambino attraverso il *Care-Index* (Crittenden, 1998). I filmati delle interazioni diadiche vengono discussi e restituiti alle madri con la tecnica del video-feedback in incontri mensili.

Parallelamente all'intervento video sono effettuati mensilmente incontri condotti da un neuropsicomotricista finalizzati alla developmental guidance (Papoušek *et al.*, 2008). In questo ambito lo sviluppo senso-motorio e cognitivo del bambino viene monitorato a 6 e 10 mesi attraverso le scale Bayley (Bayley, 2005) che individuano le competenze, i punti di forza e di debolezza del bambino nelle aree cognitiva, del linguaggio e motoria. I risultati vengono discussi in appositi incontri con le madri allo scopo di individuare con loro le competenze in crescita del bambino, ma anche eventuali problemi. Nel caso in cui si evidenzino nei bambini ritardi di sviluppo, spesso a carico dello sviluppo comunicativo, vengono effettuate visite specifiche con il neuropsichiatra infantile e attuati interventi per il recupero dello sviluppo psicomotorio.

Le madri vengono affiancate inoltre con colloqui individuali svolti da psicologi con la finalità di favorire l'integrazione nelle giovani madri dell'esperienza della maternità con quella concernente la transizione verso l'età adulta. Qualora emergano problematiche specifiche riguardanti l'attualità, ad esempio il rapporto con il partner o con la famiglia d'origine, ulteriori gravidanze, oppure difficoltà con il bambino o la storia passata, la consultazione può essere condotta lungo l'intero arco dell'intervento.

#### *14 mesi*

Per valutare l'efficacia dell'intervento viene anche analizzato il tipo di attaccamento sviluppato dal bambino nei confronti della madre attraverso la *Strange Situation Procedure* (Ainsworth *et al.*, 1978), che è un paradigma sperimentale in laboratorio composto da otto

episodi di 3 minuti ciascuno centrati sull'alternanza della presenza e dell'assenza della figura di attaccamento e di un osservatore sconosciuto. Tramite l'osservazione dei comportamenti del bambino si valuta il pattern di attaccamento. I bambini vengono assegnati alle categorie: Sicuro, Insicuro Ambivalente/Resistente, Insicuro Evitante e Insicuro Disorganizzato.

Inoltre viene valutata la qualità delle interazioni diadiche in un setting di gioco libero e codificata attraverso il sistema di codifica Care-Index (Crittenden, 1998) e attraverso il sistema di codifica ICEP in versione modificata (Riva Crugnola *et al.*, 2013a; Weinberg & Tronick, 1999).

#### *Follow-up 24 mesi*

È prevista un'ultima fase con la somministrazione alle madri della *Child Behavior Checklist 1½–5* (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001) al fine di individuare precoci indicatori di rischio comportamentali per problemi di adattamento, della condotta ed emotivi del bambino. La CBCL è composta da sette scale sindromiche: (I) Ritiro e depressione, (II) Lamentele Somatiche, (III) Ansia/Depressione, (IV) Reattività emotiva, (V) Problemi del sonno, (VI) Deficit di Attenzione e (VII) Comportamento Aggressivo. Queste sottoscale possono essere raggruppate in tre scale principali che offrono una misura dimensionale e quantitativa delle sindromi: scala di Internalizzazione (I+II+III+IV), scala di Esternalizzazione (VI+VII) e scala Altri Problemi (VI). Sommando i punteggi delle scale principali si ottiene un punteggio totale che indica la problematicità comportamentale del bambino.

Tutti gli operatori, psicologi, neuropsichiatri infantili e neuropsicomotricisti, all'inizio del progetto di intervento avevano una formazione specifica, nell'ambito della prevenzione e dell'intervento rivolto ai genitori e ai loro bambini nella prima infanzia. A questo riguardo l'esperienza dei neuropsichiatri infantili e dei neuropsicomotricisti era di tipo prevalentemente clinico, mentre quella degli psicologi oltre che clinica era anche di ricerca, basata sulla partecipazione ad attività di ricerca relativa alle interazioni genitore e bambino e ai modelli di attaccamento nella prima infanzia in condizioni di normalità e di rischio (Riva Crugnola *et al.*, 2013a, 2014a, 2014b). Nel corso della realizzazione del programma i casi seguiti dal team di operatori sono discussi in un gruppo, guidato dal coordinatore del progetto, allo scopo di studiare *in itinere* le modalità ottimali di intervento. La formazione degli operatori sul video intervento avviene nell'ambito di incontri semestrali di supervisione con George Downing esperto in Video Intervention Therapy (Downing *et al.*, 2013).

La ricerca è ancora in progress e solo poche diadi hanno la batteria completa dei test somministrati nelle prime fasi per valutare anche la depressione, lo stress materno, le rappresentazioni genitoriali sulla relazione con il proprio figlio e il temperamento del bambino, in quanto introdotti in modo strutturato solo recentemente, e hanno raggiunto la fase dei 12 mesi per la valutazione della qualità delle interazioni diadiche e del follow-up a 24 mesi. Pertanto nel presente studio verrà presentata la valutazione dell'efficacia dell'intervento PRERAYMI dai 3 ai 9 mesi di vita del bambino sia dopo 3 sia dopo 6 mesi di trattamento nel migliorare gli stili di interazione e regolazione emotiva di madre e bambino e in via preliminare a 14 mesi nel favorire un legame di attaccamento sicuro del bambino alla madre adolescente.

### **3.2.2 Obiettivi e ipotesi**

Per valutare l'efficacia del programma PRERAYMI è stato analizzato se l'intervento è efficace: a) nel migliorare gli stili di interazione a livello macroanalitico e le strategie di regolazione emotiva individuale e diadica a livello microanalitico dai 3 ai 9 mesi di vita del bambino dopo 3 e 6 mesi di trattamento per le diadi con madri adolescenti che ricevono l'intervento confrontate con un gruppo di controllo di diadi con madri adolescenti che non ricevono alcun intervento; b) e nel favorire nei bambini del gruppo di intervento un legame di attaccamento sicuro alla madre a 14 mesi rispetto ai bambini del gruppo di controllo.

Inoltre è stato analizzato in modo esplorativo il ruolo del modello di attaccamento materno sull'efficacia dell'intervento nel gruppo che ha ricevuto l'intervento.

Si ipotizza che: a) le madri adolescenti che ricevono l'intervento abbiano un miglioramento nello stile Sensibile e una diminuzione nello stile Controllante e i loro bambini mostrino più comportamenti Cooperativi e meno comportamenti non cooperativi dai 3 ai 9 mesi; b) le diadi con madri adolescenti che ricevono l'intervento abbiano un aumento del tempo trascorso in stati di match positivi e stati di match totali, una diminuzione dei mismatch totali e una maggiore capacità di riparare gli errori di comunicazione rispetto al gruppo di controllo dai 3 ai 9 mesi; c) le diadi con madri adolescenti che ricevono l'intervento aumentino il tempo trascorso nel gioco diadico con gli oggetti dai 3 ai 9 mesi di vita del bambino rispetto alle diadi del gruppo di controllo; e d) i bambini del gruppo di intervento abbiano un attaccamento sicuro alla madre a 14 mesi rispetto ai bambini del gruppo di controllo.

### 3.2.3 Metodo

#### 3.2.3.1 Partecipanti

I partecipanti sono 45 madri adolescenti tra i 15 e i 21 anni divisi in due gruppi: 29 diadi del gruppo che riceve l'intervento e 16 diadi del gruppo di controllo. Nel gruppo di diadi con intervento, le madri hanno un'età media di 18.65 anni (d. s. = 1.47), SES medio nel 15% dei casi e basso nell'85%, il livello medio di anni di istruzione è di 9.75 con un range tra gli 8 e i 13 anni; il 37% vive con i genitori e il 63% vive con il partner; il 66% sono gravidanze non desiderate e nel 93% dei casi c'è una storia di genitorialità in giovane età. Inoltre il 46% delle ragazze ha avuto una storia di trauma o abuso sessuale, fisico o psicologico in infanzia o nel ciclo di vita. Nel gruppo di controllo, le madri hanno un'età media di 17.79 anni (d. s. = 1.94), SES medio nel 15% dei casi e basso nell'85%, il livello medio di anni di istruzione è di 8.53 con un range tra gli 8 e i 13 anni; il 50% vive con i genitori e il 50% vive con il partner; il 75% sono gravidanze non desiderate e nell'87% dei casi c'è una storia di genitorialità in giovane età. Inoltre il 50% delle ragazze ha avuto una storia di trauma o abuso sessuale, fisico o psicologico in infanzia o nel ciclo di vita. I bambini sono tutti nati a termine senza problemi fisici e primogeniti in tutti i casi. Sia le madri adolescenti del gruppo di intervento sia le madri adolescenti del gruppo di controllo sono italiane o di origine straniera con conoscenza della lingua italiana e integrate nel contesto culturale italiano.

A 9 mesi di vita del bambino, a causa dei drop-out (36%) o in quanto le diadi che usufruiscono dell'intervento non hanno ancora raggiunto tale fase, i partecipanti sono un campione più ristretto di 16 diadi del gruppo di intervento confrontate con 10 diadi del gruppo di controllo; le caratteristiche socio-demografiche di entrambi i gruppi sono simili a quelle sopra presentate per il campione più numeroso.

A 14 mesi di vita, in via preliminare sono state confrontate 12 diadi madri adolescenti-bambini che hanno completato l'intervento con 5 diadi madri adolescenti-bambini del gruppo di controllo.

Le diadi con madri adolescenti del gruppo di intervento sono state reclutate presso il "*Servizio di Accompagnamento alla crescita per giovani mamme*" dell'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano. Le diadi del gruppo di controllo sono state reclutate presso enti territoriali nella provincia di Milano e nell'Asl 2 di Savona all'interno del progetto PRIN (2010-2011) finanziato dal MIUR. La ricerca è stata avviata con il parere favorevole del Comitato Etico e con il consenso informato di tutti i partecipanti.



### 3.2.3.2 Procedura

A 3 mesi di vita del bambino, alle madri adolescenti è stata somministrata l'Adult Attachment Interview (George *et al.*, 1985) per valutare il modello di attaccamento e la funzione riflessiva (Fonagy *et al.*, 1998). A 3, 6 e 9 mesi di vita del bambino sono state videoregistrate le interazioni di gioco libero. Le videoregistrazioni sono state effettuate in laboratorio, alla madre veniva chiesto di interagire come faceva abitualmente a casa. La durata media delle osservazioni è di 5 minuti. Il setting era una stanza in cui erano presenti un materassino, dove madre e bambino potevano sedersi o sdraiarsi, e numerosi oggetti, che potevano essere utilizzati come giochi per ricreare un clima di familiarità. La videocamera era collocata all'interno della stanza in modo da osservare i comportamenti della madre e del bambino.

In un secondo momento le videoregistrazioni sono state analizzate e codificate dagli osservatori attraverso il Care-Index (Crittenden, 1998) per valutare gli stili di interazione e attraverso una versione modificata dell'Infant and Caregiver Engagement Phases (Riva Crugnola *et al.*, 2013a; Weinberg & Tronick, 1999) per valutare la regolazione emotiva e il gioco diadico con gli oggetti.

Sono stati analizzati i cambiamenti nelle interazioni e nella regolazione emotiva dalla fase baseline a 3 mesi di vita del bambino e poi a 6 e 9 mesi del bambino, dopo 3 e 6 mesi, sia nel gruppo di intervento sia nel gruppo di controllo. Dopo 3 mesi, il gruppo di intervento ha ricevuto 2 sessioni di video-feedback, 3 colloqui di consultazione psicologica e 3 incontri di monitoraggio dello sviluppo psicomotorio. Invece dopo 6 mesi, il gruppo di intervento ha ricevuto 4 sessioni di video-feedback, 5 incontri di consultazioni psicologica e 5 incontri di monitoraggio dello sviluppo psicomotorio. Il gruppo di controllo non ha usufruito di alcun intervento.

A 14 mesi, attraverso la Strange Situation Procedure (Ainsworth *et al.*, 1978) è stato valutato il legame di attaccamento del bambino alla madre.

### 3.2.3.3 Strumenti

#### *L'Adult Attachment Interview*

L'Adult Attachment Interview (George *et al.*, 1985) è un'intervista semistrutturata che valuta lo stato della mente rispetto alle esperienze di attaccamento dell'intervistato. I soggetti

vengono classificati in quattro categorie: Sicuro/Autonoma, Preoccupato, Distanziante e Non risolto/disorganizzato (per una descrizione dettagliata vedi “Paragrafo 3.1.1.4” in Studio 1).

Le interviste sono state codificate da due giudici in maniera indipendente, la concordanza tra i due codificatori è stata calcolata con il K di Cohen (Cohen, 1960) sul 20% delle interviste ed è risultata  $K = .70$  per la classificazione dell’attaccamento materno a 4 vie e  $K = 1.00$  per la classificazione a 2 vie.

L’intervista è stata inoltre analizzata con la scala concernente la funzione riflessiva che permette di valutare la mentalizzazione dei soggetti su una scala da -1 a 9 con le seguenti categorie: *Negative RF (-1)*, *Lacking of RF (1)*, *Questionable or Low RF (3)*, *Ordinary RF (5)*, *Marked RF (7)* ed *Exceptional RF (9)* (Fonagy *et al.*, 1998) (per una descrizione dettagliata vedi “Paragrafo 3.1.1.4” in Studio 1).

#### *Il Care-Index*

Il Care-Index (Crittenden, 1998) è uno strumento che valuta gli stili di interazione genitore-bambino dagli 0 ai 15 mesi del bambino. Le categorie per il genitore sono Sensibile, Controllante e Non Responsivo, e quelle per il bambino sono Cooperativo, Compiacente-Compulsivo, Difficile e Passivo (per una descrizione dettagliata vedi “Paragrafo 3.1.1.4” in Studio 1).

L’affidabilità fra osservatori è stata calcolata sul 20% delle osservazioni diadiche attraverso il coefficiente di correlazione intraclasse che è risultato  $ICC = .86$  per i comportamenti materni e  $ICC = .82$  per i comportamenti del bambino. I due codificatori erano all’oscuro della classificazione dell’attaccamento materno e dei punteggi della funzione riflessiva della madre.

#### *L’Infant and Caregiver Engagement Phases*

L’ICEP in versione modificata (Riva Crugnola *et al.*, 2013a; Weinberg & Tronick, 1999) è uno strumento che oltre ai singoli comportamenti di madre e bambino valuta la coordinazione degli stati affettivi (match), la loro mancata coordinazione (mismatch) e il repair (frequenza del passaggio da mismatch a match) (per una descrizione dettagliata vedi “Paragrafo 3.1.1.4” in Studio 1).

L’accordo tra due osservatori nella codifica secondo dopo secondo è stato calcolato sul 20% delle osservazioni diadiche attraverso il Kappa di Cohen (Cohen, 1960) che è risultato  $K = .89$  per i comportamenti materni e  $K = .88$  per i comportamenti del bambino. La percentuale di

accordo per l'occorrenza di ogni comportamento è di  $K = .88$  per i comportamenti materni e  $K = .90$  per i comportamenti del bambino. I due codificatori erano all'oscuro della classificazione di attaccamento materno e dei punteggi della funzione riflessiva.

### *La Strange Situation Procedure*

La Strange Situation Procedure (Ainsworth *et al.*, 1978) è una situazione sperimentale che permette di osservare le reazioni di bambini dai 12 ai 18 mesi durante la separazione dalla madre, al suo ritorno e in presenza di un estraneo per valutare il legame di attaccamento del bambino. La procedura, che si svolge in una stanza organizzata con giochi adeguati al livello evolutivo del bambino, è costituita da otto episodi di circa tre minuti ciascuno, centrati sull'alternanza della presenza e dell'assenza, attraverso separazioni e riunioni ripetute, della figura di attaccamento e di un estraneo: - primo episodio: madre e bambino entrano nella stanza; - secondo episodio: la madre legge una rivista, mentre il bambino esplora; - terzo episodio: entra l'estraneo e durante il primo minuto rimane in silenzio, durante il secondo minuto parla con la madre e durante il terzo minuto interagisce con il bambino; - quarto episodio: la madre esce dalla stanza e il bambino rimane con l'estraneo, si assiste al primo episodio di separazione; - quinto episodio: rientra la madre nella stanza ed esce l'estraneo, questa fase corrisponde al primo episodio di riunione; - sesto episodio: la madre esce dalla stanza e il bambino rimane da solo; - settimo episodio: l'estraneo rientra nella stanza; - ottavo episodio: corrisponde al secondo episodio di riunione, la madre entra nella stanza e contemporaneamente esce l'estraneo.

L'analisi degli episodi viene realizzata attraverso delle scale a 7 punti riguardanti: - *Ricerca della prossimità e del contatto*, valuta l'intensità e la persistenza degli sforzi del bambino di guadagnare (o riguadagnare) il contatto fisico, o, più debolmente, la prossimità rispetto a un adulto; - *Mantenimento del contatto*, analizza il grado di attività o persistenza presente negli sforzi del bambino di mantenere il contatto fisico con un adulto una volta che questo è stato raggiunto; - *Evitamento della prossimità e dell'interazione*, misura l'intensità, la persistenza, la durata e la rapidità di ogni attività di esitamento della prossimità e dell'interazione, anche in situazioni di distanza fisica, specialmente negli episodi di riunione; - *Resistenza al contatto*, valuta l'intensità, la frequenza e la durata di comportamenti negativi evocati da una persona che entra in contatto o in prossimità con il bambino. Basandosi sull'analisi svolta attraverso le diverse scale, i soggetti vengono classificati nelle seguenti categorie: - *Sicuro (B)*, il bambino

utilizza il genitore come base per esplorare l'ambiente quando esso è presente, manifesta disagio alla separazione da quest'ultimo e ricerca attivamente il contatto e l'interazione durante la riunione con lui, in questa condizione se è a disagio è facilmente consolabile dal genitore, riprendendo l'attività di gioco; - *Insicuro Evitante (A)*, il bambino non condivide la propria attività di gioco o di esplorazione con il genitore e non mostra particolare disagio alla separazione da quest'ultimo; durante gli episodi di riunione non ricerca il genitore, evitandone visibilmente il contatto e non si mostra turbato quando rimane solo con l'estraneo; - *Insicuro Ambivalente/Resistente (C)*, il bambino è focalizzato sul genitore per l'intera durata della procedura, manifestando difficoltà nell'esplorazione dell'ambiente circostante, rivelando disagio durante la separazione e diventando inconsolabile; dopo la riunione mostra rabbia o paura verso l'estraneo; - *Disorganizzato (D)*, il bambino presenta comportamenti conflittuali o fortemente disorganizzati (cercare il contatto con il genitore con la testa voltata dall'altra parte) o disorientati (starsene immobili, quasi "congelato" per molti secondi, dondolandosi), non funzionali come strategia di attaccamento; e *Non Classificabile (CC)*, quando non è possibile attribuire una categoria certa.

L'accordo tra due osservatori è stato calcolato attraverso il Kappa di Cohen (Cohen, 1960) che è risultato  $K = .85$  per la classificazione dell'attaccamento del bambino a 4 vie e  $K = 1.00$  per la classificazione a 2 vie. I due codificatori erano all'oscuro della classificazione di attaccamento materno, della funzione riflessiva della madre e dell'appartenenza dei bambini al gruppo di controllo o al gruppo di intervento.

### **3.2.4 Analisi dei dati**

Per l'analisi dei dati sono stati utilizzati dei test inferenziali mediante il pacchetto di analisi statistica SPSS versione 21. Per confrontare le differenze nelle caratteristiche socio-demografiche, nei fattori di rischio, nel tipo di attaccamento materno e nei punteggi della scala della funzione riflessiva tra i due gruppi sono stati utilizzati il test del Chi-quadro (o il test esatto di Fisher) e il t-test a due vie a seconda se le variabili erano nominali o continue.

Sono stati esaminati Asimmetria e Curtosi di tutte le variabili e il test di Shapiro-Wilk che hanno indicato che tutte le variabili si distribuiscono normalmente.

Per valutare i cambiamenti dai 3 ai 9 mesi di vita del bambino negli stili di interazione e di regolazione emotiva di madre e bambino dopo 3 mesi e dopo 6 mesi di intervento,

confrontando gruppo con intervento e gruppo di controllo, sono stati utilizzati i Modelli Misti Lineari in cui gli effetti fissi erano gruppo di controllo/intervento, dimensione temporale con misurazioni ripetute a 3, 6 e 9 mesi e l'interazione tra gruppo e tempo e l'effetto random i soggetti (intercetta). L'effetto di interazione tra gruppo e tempo è stato utilizzato per valutare l'efficacia dell'intervento, ossia se il gruppo di intervento ha dei miglioramenti rispetto al gruppo di controllo nel corso del tempo. Inoltre nel gruppo con intervento attraverso i Modelli Misti Lineari è stato analizzato anche se l'intervento varia la sua efficacia a seconda della qualità dell'attaccamento materno, in cui gli effetti fissi erano attaccamento sicuro/insicuro, dimensione temporale con misurazioni ripetute a 3, 6, 9 mesi e l'interazione tra attaccamento e tempo e l'effetto random i soggetti (intercetta). Dato che era presente una relazione con alta multicollinearità tra attaccamento materno e punteggi di funzione riflessiva, è stato deciso di utilizzare solo l'attaccamento materno come possibile fattore di moderazione sull'efficacia dell'intervento.

Infine, il test esatto di Fisher è stato utilizzato per valutare le differenze nel legame di attaccamento a 14 mesi tra bambini del gruppo che ha completato l'intervento e bambini del gruppo di controllo.

### **3.2.5 Risultati**

#### *3.2.5.1 Analisi preliminari*

È stato effettuato un confronto tra il gruppo di intervento e il gruppo di controllo rispetto alle variabili socio-demografiche e ai fattori di rischio con il test del Chi-quadro (o il test esatto di Fisher) e il t-test a seconda se le variabili erano nominali o continue per determinare l'equivalenza dei due gruppi. I risultati non indicano differenze significative tra il gruppo con intervento e il gruppo di controllo alla fase baseline (vedi Tabella 11).

#### *3.2.5.2 Differenza nei modelli di attaccamento materno e nella funzione riflessiva della madre*

Nel gruppo di diadi con intervento, 11 madri adolescenti hanno un attaccamento sicuro e 18 madri insicuro di cui 8 Distanzianti, 4 Preoccupate, 4 Non Risolte/Disorganizzate e 2 Non Classificabili; le madri del gruppo di controllo sono 3 sicure e 10 insicure di cui 3 Distanzianti, 4 Preoccupate e 3 Non risolte/Disorganizzate, e 3 non hanno la classificazione dell'attaccamento.

**Tabella 11.** Caratteristiche socio-demografiche.

	Gruppo di intervento (N=29)	Gruppo di controllo (N=16)	Intervento vs controllo
<b>Madri</b>			
<i>Età</i> Media (DS; range)	18.65 (1.47; 15-21)	17.79 (1.94; 15-21)	ns
<i>Stato civile</i>			
Single	21 (72%)	14 (87%)	ns
Sposate	8 (28%)	2 (13%)	
<i>Situazione abitativa</i>			
con il partner	11 (37%)	8 (50%)	ns
con i genitori	18 (63%)	8 (50%)	
<i>Istruzione</i>			
Elementare	0 (0%)	1 (6%)	
Media inferiore	21 (72%)	12 (75%)	ns
Qualifica professionale	3 (10%)	2 (12%)	
Diploma	5 (17%)	1 (6%)	
SES (Media; DS)	20 (5.49)	20.80 (5.24)	ns
<i>Storia di genitorialità in giovane età</i>	27 (93%)	14 (87%)	ns
<i>Traumi o abusi infantili</i>	14 (46%)	8 (50%)	ns
<i>Gravidanza non desiderata</i>	19 (66%)	12 (75%)	ns
<b>Bambini</b>			
<i>Sesso</i>			
Femmine	19 (66%)	10 (62%)	ns
Maschi	10 (34%)	6 (37%)	ns

Nota. Numero di soggetti (N), deviazione standard (DS), livello di significatività (p) e non significativo (ns).

Attraverso il Chi quadro non è stata trovata una differenza significativa tra madri adolescenti del gruppo di controllo e madri adolescenti del gruppo di intervento nella distribuzione dell'attaccamento materno dicotomizzato in sicure/insicure ( $\chi^2(1, N=42) = .89, ns$ ). Anche nel confronto a 4 vie non sono emerse differenze significative tra i due gruppi ( $\chi^2(3, N=40) = 3.97, ns$ ). Attraverso il t-test per campioni indipendenti è stato inoltre trovato che le madri adolescenti del gruppo di intervento non differiscono rispetto alle madri adolescenti del gruppo di controllo nei punteggi della scala della funzione riflessiva ( $t(40) = 1.23, ns$ ).

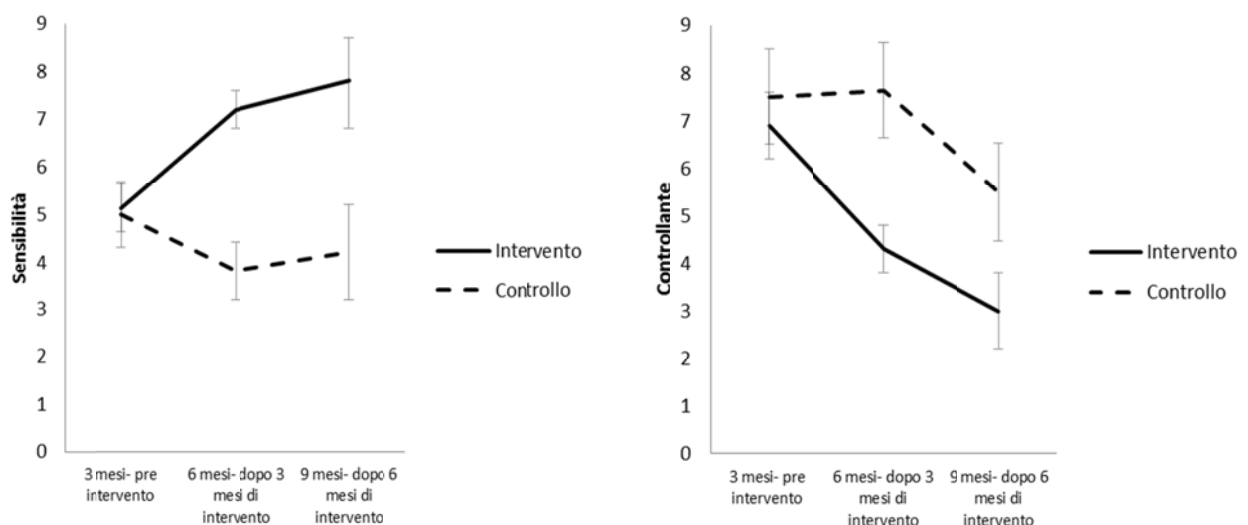
### 3.2.5.3 Valutazione dell'efficacia dell'intervento sugli stili di interazione

I Modelli Misti Lineari sono stati utilizzati per analizzare se sono presenti effetti principali e di interazione tra gruppo (intervento/controllo) e dimensione temporale (3, 6, 9 mesi) sugli stili di interazione di madre e bambino al Care-Index. Per prima cosa, sono stati analizzati gli stili di

interazione a 3 mesi alla fase baseline prima dell'intervento per valutare se sono presenti differenze tra gruppo con intervento e gruppo di controllo. Le analisi indicano che non sono presenti differenze significative tra i due gruppi a 3 mesi sia per gli stili della madre sia per gli stili del bambino (vedi Tabella 12).

Le analisi con i Modelli Misti Lineari indicano che è presente un effetto significativo principale del gruppo,  $F(1, 43) = 9.12, p = .004$ , e di interazione tra gruppo e tempo per lo stile Sensibile della madre,  $F(2,67) = 13.14, p = .000$  (vedi Tabella 12). Le analisi dei contrasti indicano che le madri adolescenti del gruppo di intervento mostrano un aumento dello stile Sensibile rispetto al gruppo di controllo sia dopo 3 mesi di intervento,  $b = 3.59, t(64) = 4.57, p = .000$ , sia dopo 6 mesi di intervento,  $b = 3.81, t(68) = 3.99, p = .000$ . Inoltre l'effetto dell'intervento è maggiore dai 3 ai 6 mesi rispetto che dai 6 ai 9 mesi,  $b = .74, t(71) = .64, ns$ , (vedi Figura 1). Sono presenti anche effetti significativi principali del gruppo,  $F(1, 43) = 7.37, p = .009$ , e del tempo  $F(2, 67) = 11.61, p = .000$ , e un effetto di interazione tra gruppo e tempo per lo stile Controllante,  $F(2, 67) = 5.54, p = .005$ . Le analisi dei contrasti indicano che le madri adolescenti del gruppo di intervento rispetto alle madri del gruppo di controllo mostrano una maggiore diminuzione dello stile Controllante sia dopo 3 mesi di intervento,  $b = -2.85, t(65) = -3.20, p = .002$ , sia dopo 6 mesi di intervento,  $b = -2.31, t(68) = -2.16, p = .034$ . Inoltre l'effetto dell'intervento è maggiore dai 3 ai 6 mesi rispetto che dai 6 ai 9 mesi,  $b = .35, t(68) = .29, ns$  (vedi Figura 2).

Le madri del gruppo di controllo hanno invece un diverso profilo in quanto diminuiscono lo stile Sensibile e mantengono elevato lo stile Controllante dai 3 ai 9 mesi.



**Figure 1-2.** Cambiamento nel tempo dai 3 ai 9 mesi degli stili Sensibile e Controllante della madre nel gruppo di intervento e nel gruppo di controllo.

**Tabella 12.** Medie dei punteggi degli stili di interazione del Care-Index di madre e bambino a 3, 6 e 9 mesi ed effetti di interazione tra gruppo di intervento e gruppo di controllo pre e post intervento.

	Gruppo di intervento (N=29)			Gruppo di controllo (N=16)			Intervento vs controllo 3 mesi		3/6 mesi X Gruppo intervento/ controllo			3/9 mesi X Gruppo intervento/ controllo		
	3 mesi	6 mesi	9 mesi	3 mesi	6 mesi	9 mesi	t(43)	p	t	gdl	p	t	gdl	p
	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)								
<i>Madre</i>														
<i>Sensibile</i>	5.14 (2.65)	7.21 (2.72)	7.81 (3.68)	5.00 (3.09)	3.81 (2.37)	4.20 (2.57)	.14	.88	4.57	64	.000***	3.99	68	.000***
<i>Controllante</i>	6.90 (3.31)	4.31 (2.20)	3.00 (2.90)	7.50 (3.11)	7.63 (3.01)	5.50 (2.64)	-.55	.56	-3.20	65	.002**	-2.16	68	.034*
<i>Non Responsivo</i>	2.00 (2.90)	2.69 (2.55)	3.19 (3.68)	1.50 (2.01)	2.56 (2.99)	4.70 (2.93)	.61	.54	-.68	65	.49	-.86	72	.38
<i>Cooperativo</i>	4.31 (3.25)	5.83 (2.92)	7.69 (3.96)	3.25 (3.54)	2.63 (2.06)	3.50 (1.61)	.96	.35	2.44	65	.017*	2.53	70	.013*
<i>Bambino</i>														
<i>Compiacente-Compulsivo</i>	.14 (1.88)	.62 (1.90)	.00 (.55)	3.19 (2.93)	3.06 (2.75)	3.00 (2.92)	-1.33	.20	-1.45	60	.15	-.80	61	.42
<i>Difficile</i>	2.76 (3.96)	1.38 (2.06)	1.75 (2.72)	2.94 (3.10)	3.38 (3.42)	2.60 (3.14)	-.15	.88	-1.96	64	.05	-1.30	68	.19
<i>Passivo</i>	6.83 (4.10)	6.45 (3.03)	4.56 (5.09)	4.63 (4.53)	4.94 (3.61)	4.90 (5.09)	1.69	.10	-1.56	65	.12	-2.57	70	.012*

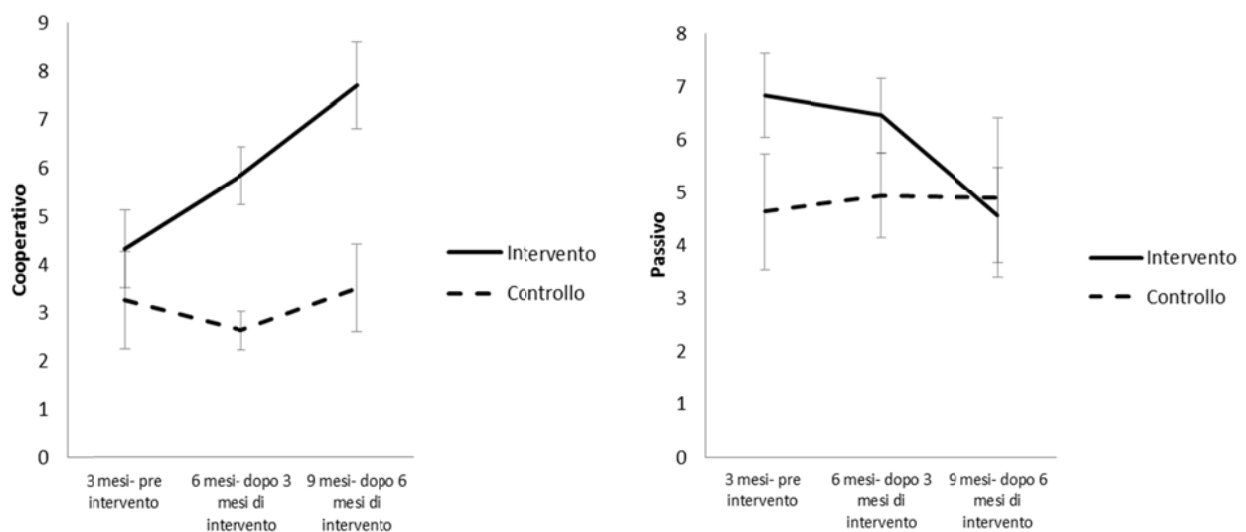
Nota. Numero di soggetti (N), media (M), deviazione standard (DS), gradi di libertà (gdl) e livello di significatività (p).

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



Non sono invece presenti effetti significativi di interazione tra gruppo e tempo sullo stile Non Responsivo della madre,  $F(2, 69) = .44$ , *ns*, ma è presente un effetto del tempo,  $F(2, 69) = 4.32$ ,  $p = .016$ , con un leggero aumento per entrambi i gruppi dello stile Non Responsivo dai 3 ai 9 mesi,  $b = 2.12$ ,  $t(76) = 2.36$ ,  $p = .020$ .

Le analisi indicano anche che è presente un effetto significativo principale del gruppo,  $F(1, 44) = 10.56$ ,  $p = .002$ , e un effetto di interazione tra gruppo e tempo per lo stile Cooperativo del bambino,  $F(2, 68) = 4.37$ ,  $p = .016$ . Le analisi dei contrasti indicano che i bambini del gruppo di intervento rispetto ai bambini del gruppo di controllo hanno un aumento dei punteggi dello stile Cooperativo sia dopo 3 mesi di intervento,  $b = 2.46$ ,  $t(65) = 2.44$ ,  $p = .017$ , sia dopo 6 mesi di intervento,  $b = 3.09$ ,  $t(70) = 2.53$ ,  $p = .013$ . Inoltre l'effetto è maggiore dai 3 ai 6 mesi rispetto che dai 6 ai 9 mesi,  $b = .62$ ,  $t(71) = .51$ , *ns* (vedi Figura 3). È presente anche un effetto significativo di interazione tra gruppo (controllo/intervento) e tempo (3, 6, 9 mesi) per lo stile Passivo del bambino,  $F(2, 68) = 3.44$ ,  $p = .037$ . Le analisi dei contrasti indicano che i bambini del gruppo di intervento diminuiscono i punteggi nello stile Passivo a 9 mesi dopo 6 mesi di intervento rispetto ai bambini del gruppo di controllo,  $b = -3.73$ ,  $t(70) = -2.57$ ,  $p = .012$ , mentre l'effetto non è ancora significativo a 6 mesi dopo 3 mesi di intervento,  $b = -1.91$ ,  $t(70) = -1.56$ , *ns* (vedi Figura 4). I bambini del gruppo di controllo hanno un diverso profilo perché lo stile Cooperativo a 9 mesi non si modifica rispetto ai 3 mesi, con una diminuzione a 6 mesi, e lo stile Passivo aumenta dai 3 ai 9 mesi. Non sono invece presenti effetti significativi principali e di interazione tra gruppo e tempo per gli stili Compiacente-Compulsivo e Difficile del bambino.



**Figure 3-4.** Cambiamento nel tempo dai 3 ai 9 mesi degli stili Cooperativo e Passivo del bambino nel gruppo di intervento e nel gruppo di controllo.

#### 3.2.5.4 Valutazione dell'efficacia dell'intervento sulla regolazione emotiva individuale e diadica

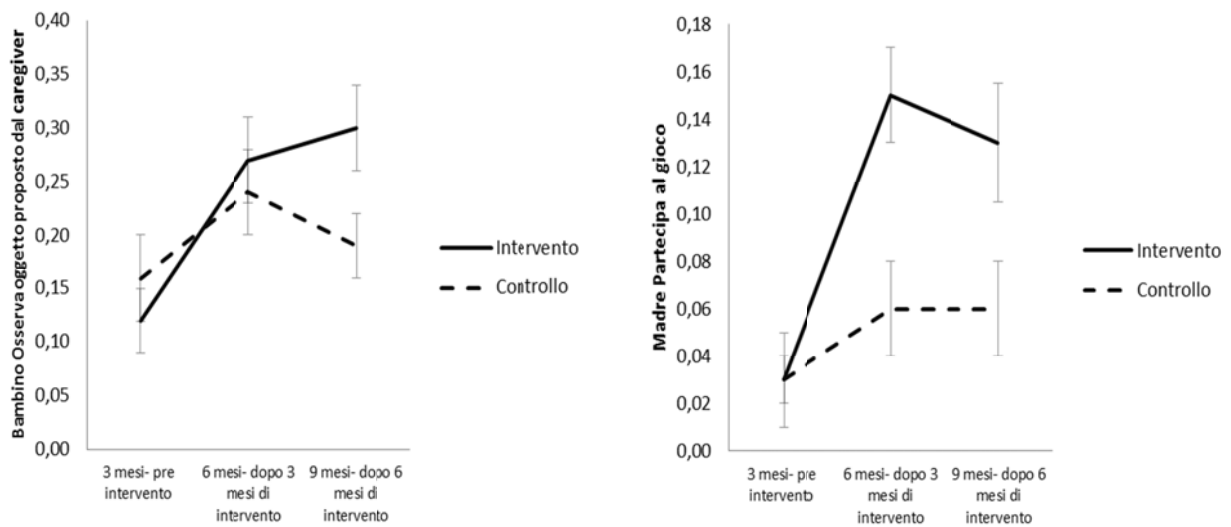
I Modelli Misti Lineari sono stati utilizzati per analizzare se sono presenti effetti principali e di interazione tra gruppo (intervento/controllo) e dimensione temporale (3, 6, 9 mesi) sui singoli comportamenti di madre e bambino misurati con l'ICEP. Per prima cosa, sono stati analizzati i singoli comportamenti di madre e bambino a 3 mesi alla fase baseline prima dell'intervento per valutare se sono presenti differenze tra gruppo con intervento e gruppo di controllo. Le analisi indicano che non sono presenti differenze significative tra i due gruppi a 3 mesi per i singoli comportamenti della madre e del bambino (vedi tabella 13).

Le analisi con i Modelli Misti Lineari indicano che è presente un effetto significativo principale del tempo,  $F(2, 74) = 10.66, p = .000$ , e un effetto significativo di interazione tra gruppo e tempo per il comportamento di "Osserva oggetto proposto dal caregiver" del bambino,  $F(2, 74) = 3.25, p = .043$  (vedi Tabella 13). Le analisi dei contrasti indicano che, a 9 mesi rispetto ai 3 mesi, i bambini del gruppo di intervento mostrano rispetto ai bambini del gruppo di controllo un maggiore aumento del tempo trascorso nel comportamento di "Osserva oggetto proposto dal caregiver",  $b = .16, t(79) = 2.49, p = .014$ , mentre non è ancora presente una differenza significativa a 6 mesi,  $b = .08, t(69) = 1.54, ns$  (vedi Figura 5).

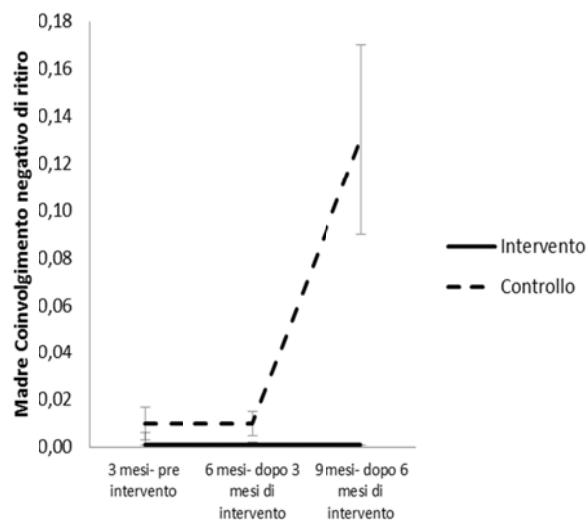
Non sono invece presenti effetti di interazione significativi per gli altri comportamenti del bambino. È tuttavia presente effetto significativo principale del tempo sul comportamento di "Osserva oggetto non offerto dal caregiver",  $F(2, 73) = 59.84, p = .000$ , che indica un aumento dai 3 ai 9 mesi in entrambi i gruppi,  $b = .38, t(75) = 7.46, p = .000$ , e un effetto principale del tempo sulle categorie "Si fa accudire"  $F(2, 76) = 4.96, p = .008$ , e "Monitoraggio sociale" del bambino,  $F(2, 75) = 10.17, p = .000$ , che indicano una diminuzione dai 3 ai 9 mesi dei comportamenti di lasciarsi accudire,  $b = -1.20, t(76) = -2.17, p = .003$ , e di monitoraggio sociale,  $b = -1.04, t(75) = -2.45, p = .015$ , in entrambi i gruppi.

È inoltre presente un effetto significativo principale del gruppo,  $F(1, 43) = 6.83, p = .012$ , e del tempo,  $F(2, 69) = 15.71, p = .000$ , e un effetto significativo di interazione tra gruppo e tempo per il comportamento di "Partecipa al gioco" della madre,  $F(2, 69) = 5.47, p = .006$ . Le analisi dei contrasti indicano che le madri adolescenti del gruppo di intervento rispetto alle madri del gruppo di controllo hanno un maggiore aumento del tempo trascorso nel comportamento "Partecipa al gioco" sia dopo 3 mesi di intervento,  $b = .06, t(65) = 2.78, p = .006$ , sia dopo 6 mesi di intervento,  $b = .07, t(73) = 2.78, p = .006$ . Inoltre l'effetto è maggiore dai 3 ai 6 mesi rispetto che dai 6 ai 9 mesi,  $b = .01, t(72) = .38, ns$  (vedi Figura 6).

È stato trovato anche un effetto significativo principale del gruppo,  $F(1, 50) = 12.62, p = .000$ , e del tempo,  $F(2, 80) = 7.72, p = .008$ , e un effetto significativo di interazione tra gruppo e tempo per il comportamento di “Coinvolgimento negativo ritirato” della madre,  $F(2, 80) = 8.51, p = .000$ . Le analisi dei contrasti indicano che a 9 mesi rispetto ai 3 mesi, le madri del gruppo di controllo mostrano un aumento del tempo trascorso nel “Coinvolgimento negativo ritirato”,  $b = -.01, t(84) = -3.46, p = .000$ , rispetto al gruppo di intervento in cui tale comportamento rimane assente (vedi Figura 7).



**Figure 5-6.** Cambiamento nel tempo dai 3 ai 9 mesi nei comportamenti di “Osserva oggetto proposto dal caregiver” del bambino e “Partecipa al gioco” della madre nel gruppo di intervento e nel gruppo di controllo.



**Figura 7.** Cambiamento nel tempo dai 3 ai 9 mesi nel comportamento di “Coinvolgimento negativo di ritiro” della madre nel gruppo di intervento e nel gruppo di controllo.

**Tabella 13.** Medie della durata dei comportamenti di madre e bambino all'ICEP a 3, 6 e 9 mesi ed effetti di interazione tra gruppo di intervento e gruppo di controllo pre e post intervento.

	Gruppo di intervento (N=29)			Gruppo di controllo (N=16)			Intervento vs controllo 3 mesi		3/6 mesi X Gruppo intervento/ controllo			3/9 mesi X Gruppo intervento/ controllo			
	3 mesi	6 mesi	9 mesi	3 mesi	6 mesi	9 mesi	t(43)	p	t	gdl	p	t	gdl	p	
	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)									
101 Bambino	<i>Coinvolgimento negativo</i>	.15 (.16)	.06 (.09)	.00 (.01)	.12 (.11)	.12 (.12)	.06 (.09)	-.66	.51	-1.13	58	.26	-1.12	69	.26
	<i>Coinvolgimento negativo di protesta</i>	.00 (.09)	.00 (.00)	.00 (.00)	.01 (.04)	.00 (.00)	.00 (.00)	.14	.89	-1.02	69	.30	-.97	82	.33
	<i>Coinvolgimento negativo di ritiro</i>	.00 (.06)	.00 (.00)	.00 (.00)	.01 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.70	.49	1.57	71	.12	1.19	82	.12
	<i>Coinvolgimento sociale positivo</i>	.02 (.03)	.07 (.07)	.06 (.08)	.01 (.02)	.02 (.03)	.01 (.02)	-2.00	.05	1.14	61	.27	.72	74	.47
	<i>Osserva oggetto proposto dal caregiver</i>	.12 (.15)	.27 (.15)	.30 (.14)	.16 (.14)	.24 (.14)	.19 (.10)	.90	.37	1.54	69	.12	2.49	79	.014*
	<i>Osserva oggetto non offerto dal caregiver</i>	.05 (.09)	.28 (.21)	.36 (.18)	.09 (.12)	.25 (.15)	.48 (.13)	1.51	.14	1.75	68	.08	-.98	76	.32
	<i>Osserva ambiente</i>	.28 (.18)	.20 (.13)	.20 (.10)	.29 (.18)	.28 (.21)	.21 (.09)	.13	.90	-.09	65	.36	.05	76	.96
	<i>Monitoraggio sociale</i>	.20 (.18)	.06 (.07)	.05 (.04)	.17 (.21)	.07 (.07)	.05 (.07)	-.43	.67	-.07	57	.94	-.01	72	.98
	<i>Si fa accudire</i>	.01 (.02)	.02 (.02)	.00 (.01)	.02 (.05)	.00 (.01)	.00 (.00)	1.12	.27	1.15	69	.25	.22	82	.22
	<i>Si fa consolare</i>	.03 (.03)	.01 (.02)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	-1.15	.26	-.04	64	.96	-1.01	75	.31
Madre	<i>Coinvolgimento negativo</i>	.00 (.00)	.00 (.02)	.00 (.00)	.00 (.02)	.02 (.07)	.00 (.03)	1.58	.13	-.76	72	.44	.76	81	.44
	<i>Coinvolgimento negativo intrusivo</i>	.07 (.09)	.02 (.04)	.02 (.04)	.11 (.13)	.10 (.12)	.08 (.11)	1.07	.29	-.02	62	.80	.20	71	.83
	<i>Coinvolgimento negativo ostile</i>	.01 (.06)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	-.74	.46	-.08	59	.42	-.07	71	.47
	<i>Coinvolgimento negativo di ritiro</i>	.00 (.01)	.00 (.01)	.00 (.04)	.01 (.03)	.01 (.03)	.13 (.08)	1.30	.19	.50	74	.58	-3.46	84	.000***
	<i>Coinvolgimento sociale positivo</i>	.02 (.05)	.06 (.08)	.02 (.06)	.02 (.04)	.05 (.10)	.00 (.02)	-.51	.61	1.64	71	.10	.10	82	.87
	<i>Partecipa al gioco</i>	.03 (.04)	.15 (.11)	.13 (.09)	.03 (.05)	.06 (.10)	.06 (.05)	.11	.91	2.78	65	.006**	2.78	73	.006**
	<i>Propone gioco</i>	.13 (.14)	.17 (.09)	.16 (.08)	.15 (.11)	.20 (.11)	.12 (.09)	.30	.76	-.01	66	.87	1.24	78	.22
	<i>Monitoraggio sociale</i>	.29 (.14)	.31 (.12)	.41 (.12)	.24 (.16)	.28 (.08)	.37 (.19)	-1.02	.31	-.89	67	.37	-.15	73	.88
	<i>Caretaking</i>	.12 (.09)	.08 (.07)	.05 (.04)	.10 (.10)	.06 (.07)	.05 (.06)	-.61	.55	-.16	65	.86	-.34	74	.72
	<i>Consolazione</i>	.03 (.08)	.03 (.07)	.00 (.00)	.02 (.01)	.00 (.01)	.00 (.00)	-.17	.87	.08	72	.93	-.09	84	.35
<i>Non focalizzato</i>	.05 (.07)	.06 (.06)	.05 (.05)	.08 (.04)	.08 (.04)	.08 (.13)	1.31	.20	1.26	72	.20	-.09	84	.34	
<i>Richiamo di attenzione</i>	.03 (.03)	.04 (.04)	.06 (.06)	.04 (.04)	.05 (.05)	.04 (.07)	.33	.74	-.09	59	.33	1.02	74	.31	

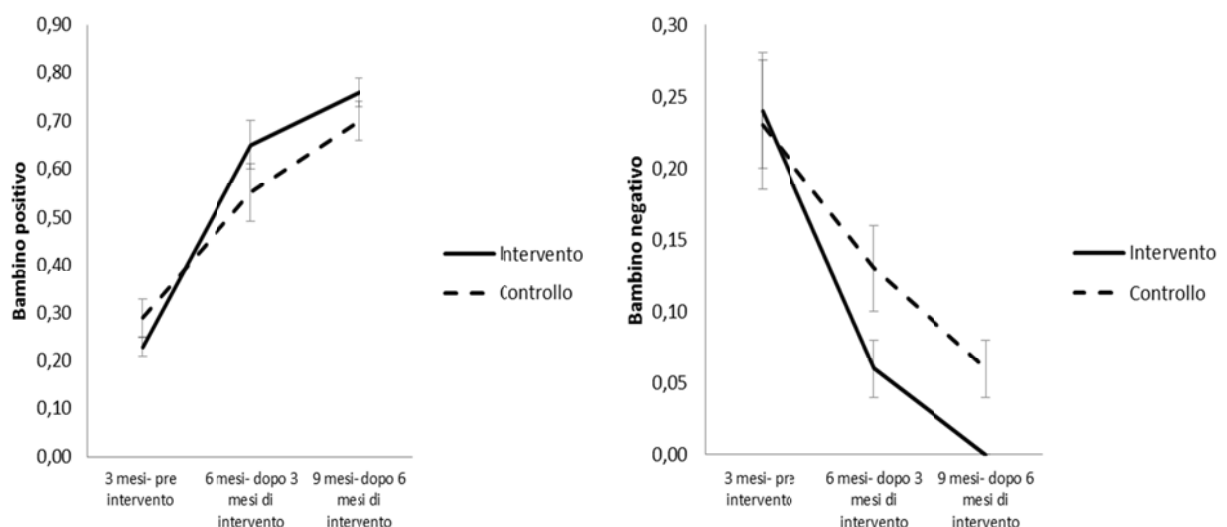
Nota. Numero di soggetti (N), media (M), deviazione standard (DS), gradi di libertà (gdl) e livello di significatività (p).

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

Non sono invece presenti effetti di interazione significativi tra gruppo (controllo/intervento) e dimensione temporale (3, 6, 9 mesi) per gli altri comportamenti della madre. È tuttavia presente un effetto significativo principale del tempo sul comportamento di “Monitoraggio sociale” della madre,  $F(2, 71) = 7.57, p = .001$ , che indica un aumento di questo comportamento dai 6 ai 9 mesi in entrambi i gruppi,  $b = .12, t(75) = 2.56, p = .012$ .

Infine, i Modelli Misti Lineari sono stati utilizzati per analizzare se sono presenti effetti principali e di interazione tra gruppo (intervento/controllo) e tempo (3, 6, 9 mesi) sugli stati affettivi, sui match, sui mismatch e sul repair dell'ICEP. A 3 mesi alla fase baseline prima dell'intervento non sono presenti differenze significative tra i due gruppi (vedi tabella 14).

Le analisi con i Modelli Misti Lineari indicano che è presente un effetto significativo principale del tempo,  $F(2, 73) = 64.33, p = .000$ , e di interazione tra gruppo e tempo per lo stato affettivo positivo del bambino,  $F(2, 73) = 3.19, p = .049$ , e un effetto significativo principale del tempo,  $F(2, 106) = 10.86, p = .000$ , e di interazione tra gruppo e tempo per lo stato affettivo negativo del bambino,  $F(2, 77) = 3.23, p = .048$  (vedi Tabella 14). Le analisi dei contrasti indicano che a 6 mesi i bambini del gruppo di intervento mostrano un aumento più elevato del tempo trascorso nello stato affettivo positivo,  $b = .19, t(68) = 2.47, p = .016$ , e una diminuzione maggiore nel tempo trascorso nello stato affettivo negativo,  $b = -.12, t(68) = -2.15, p = .033$ , rispetto al gruppo di controllo dopo 3 mesi di intervento, mentre non è presente una differenza significativa a 9 mesi,  $b = .10, t(77) = 1.17, ns$ ;  $b = -.10, t(77) = -1.64, ns$  (vedi Figura 8 e 9).



**Figure 8-9.** Cambiamento nel tempo dai 3 ai 9 mesi negli stati affettivi Bambino positivo e Bambino negativo nel gruppo di intervento e nel gruppo di controllo.

**Tabella 14.** Medie della durata degli stati affettivi di madre e bambino, match, mismatch e repair a 3, 6 e 9 mesi ed effetti di interazione tra gruppo di intervento e gruppo di controllo pre e post intervento.

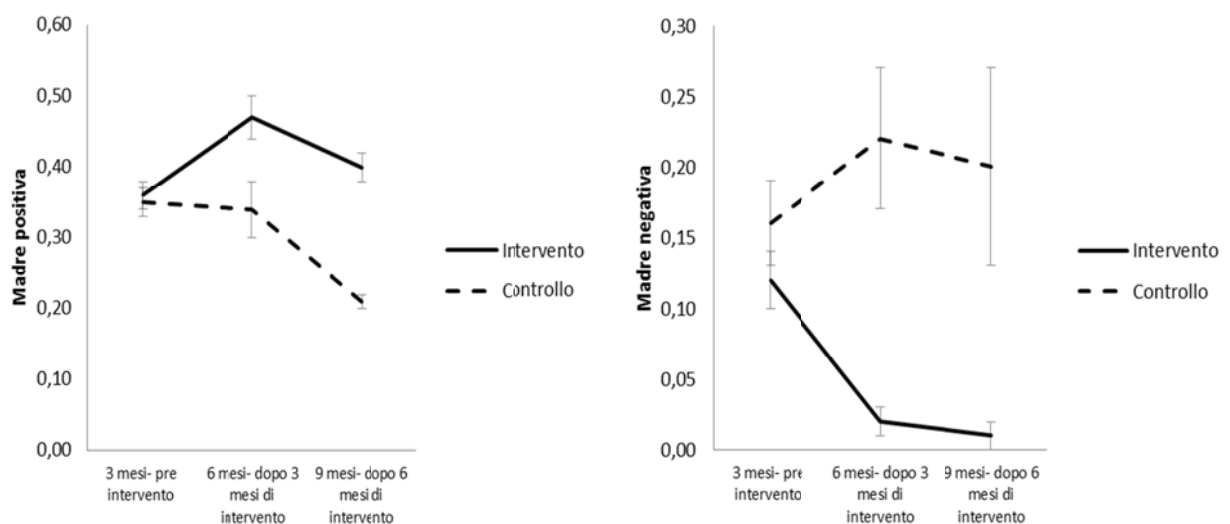
	Gruppo di intervento (N=29)			Gruppo di controllo (N=16)			Intervento vs controllo 3 mesi		3/6 mesi X Gruppo intervento/ controllo			3/9 mesi X Gruppo intervento/ controllo		
	3 mesi	6 mesi	9 mesi	3 mesi	6 mesi	9 mesi	t(43)	p	t	gdl	p	t	gdl	p
	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)								
<i>Bambino positivo</i>	.23 (.20)	.65 (.23)	.74 (.12)	.29 (.21)	.55 (.27)	.70 (.15)	-1.10	.27	2.47	68	.016*	1.17	77	.24
<i>Bambino negativo</i>	.24 (.28)	.06 (.10)	.00 (.01)	.23 (.13)	.13 (.13)	.06 (.01)	.15	.87	-2.15	68	.033*	-1.64	77	.10
<i>Bambino neutro</i>	.58 (.23)	.30 (.18)	.25 (.11)	.55 (.28)	.36 (.25)	.27 (.13)	.43	.66	-.74	68	.46	-.33	78	.73
<i>Madre positiva</i>	.36 (.15)	.47 (.16)	.40 (.18)	.35 (.16)	.34 (.18)	.21 (.11)	.23	.81	1.72	64	.09	2.60	74	.011*
<i>Madre negativa</i>	.12 (.14)	.02 (.11)	.01 (.15)	.16 (.16)	.22 (.17)	.20 (.11)	-.80	.42	-2.90	67	.004**	-2.30	77	.024*
<i>Madre neutra</i>	.57 (.15)	.53 (.13)	.60 (.13)	.59 (.12)	.59 (.13)	.63 (.13)	-.42	.67	1.08	66	.28	.51	75	.61
<i>Bambino positiva-Madre positiva</i>	.13 (.12)	.35 (.17)	.33 (.14)	.15 (.13)	.23 (.16)	.18 (.08)	.59	.56	2.78	66	.007**	2.56	77	.012*
<i>Bambino negativo-Madre negativa</i>	.04 (.11)	.01 (.03)	.00 (.00)	.03 (.07)	.03 (.09)	.02 (.04)	-.08	.93	-.45	64	.64	-.26	75	.79
<i>Bambino neutro-Madre neutra</i>	.36 (.17)	.19 (.13)	.18 (.08)	.34 (.20)	.19 (.16)	.19 (.14)	1.29	.20	-.47	65	.63	-.25	76	.80
<i>Bambino positivo-Madre negativa</i>	.02 (.05)	.01 (.06)	.01 (.11)	.02 (.03)	.07 (.04)	.12 (.06)	-.08	.94	-2.34	73	.021*	-3.32	83	.001**
<i>Bambino positivo-Madre neutra</i>	.07 (.11)	.29 (.16)	.40 (.15)	.11 (.11)	.25 (.15)	.40 (.12)	.70	.49	1.72	68	.08	.65	76	.51
<i>Bambino negativo-Madre positiva</i>	.05 (.09)	.01 (.02)	.00 (.00)	.05 (.05)	.01 (.06)	.00 (.01)	-.79	.43	-.66	54	.51	-.42	69	.67
<i>Bambino negativo-Madre neutra</i>	.14 (.14)	.04 (.07)	.00 (.00)	.11 (.06)	.04 (.06)	.04 (.07)	-1.34	.19	-1.69	74	.09	-2.04	74	.043*
<i>Bambino neutro-Madre positiva</i>	.17 (.10)	.10 (.07)	.07 (.08)	.13 (.10)	.09 (.08)	.03 (.04)	.53	.60	-1.83	63	.07	.10	71	.92
<i>Bambino neutro-Madre negativa</i>	.05 (.06)	.01 (.04)	.01 (.03)	.06 (.09)	.08 (.11)	.05 (.04)	-.23	.82	-.72	60	.46	-.43	70	.66
<i>Match</i>	.49 (.17)	.54 (.15)	.51 (.17)	.50 (.16)	.43 (.13)	.37 (.14)	.26	.79	2.05	63	.044*	2.32	72	.022*
<i>Mismatch</i>	.51 (.17)	.46 (.15)	.48 (.17)	.49 (.16)	.57 (.13)	.63 (.14)	-.18	.86	-1.88	63	.07	-2.17	72	.032*
<i>Repair</i>	4.64 (1.43)	5.54 (1.48)	5.00 (1.53)	5.08 (1.67)	4.15 (1.18)	2.92 (.61)	.87	.39	3.29	63	.001**	4.11	76	.000***

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

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

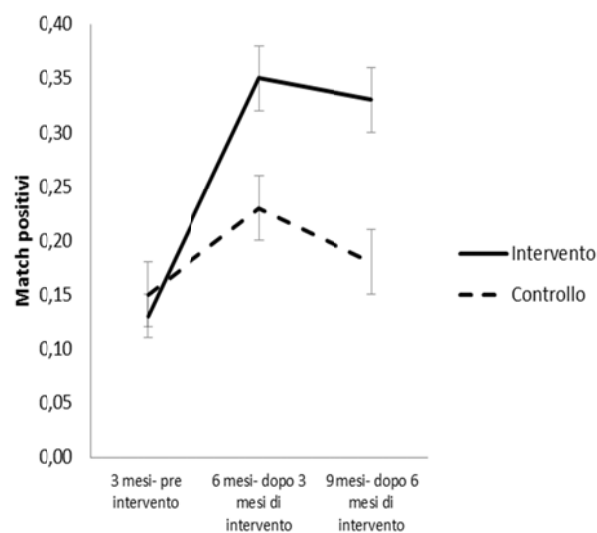
Non sono invece presenti effetti di interazione significativi sugli stati affettivi neutri del bambino,  $F(2, 73) = .27, ns$ , ma è presente un effetto del tempo,  $F(2, 73) = 29.02, p = .000$ , che indica una diminuzione dai 3 ai 9 mesi degli stati affettivi neutri del bambino in entrambi i gruppi,  $b = -.29, t(77) = -3.96, p = .000$ .

Sono stati inoltre trovati effetti significativi principali del gruppo,  $F(1, 41) = 9.17, p = .004$ , e di interazione tra gruppo e tempo per lo stato affettivo positivo della madre,  $F(2, 69) = 3.61, p = .032$ , ed effetti significativi del gruppo,  $F(1, 44) = 31.30, p = .000$ , e di interazione tra gruppo e tempo per lo stato affettivo negativo della madre,  $F(2, 70) = 3.45, p = .037$ . Le analisi dei contrasti indicano che 9 mesi le madri adolescenti del gruppo di intervento rispetto alle madri adolescenti del gruppo di controllo hanno un aumento del tempo trascorso in stati affettivi positivi dopo 6 mesi di intervento,  $b = .19, t(74) = 2.60, p = .011$ , mentre l'effetto non è ancora significativo a 6 mesi dopo 3 mesi di intervento,  $b = .10, t(64) = 1.72, ns$  (vedi Figura 10). Inoltre le madri del gruppo con intervento rispetto alle madri del gruppo di controllo mostrano una diminuzione del tempo trascorso in stati affettivi negativi sia dopo 3 mesi di intervento,  $b = -.15, t(67) = -2.90, p = .004$ , sia dopo 6 mesi,  $b = -.14, t(77) = -2.30, p = .024$  (vedi Figura 11). L'effetto dell'intervento è maggiore dai 3 ai 6 mesi rispetto che dai 6 ai 9 mesi,  $b = .01, t(77) = .29, ns$ . Le madri del gruppo di controllo hanno un profilo opposto in quanto dai 3 ai 9 mesi diminuiscono il tempo trascorso in stati affettivi positivi e aumentano il tempo trascorso in stati affettivi negativi. Non sono invece presenti effetti significativi principali e di interazione sugli stati affettivi neutri della madre.



**Figure 10-11.** Cambiamento nel tempo dai 3 ai 9 mesi negli stati affettivi Madre positiva e Madre negativa nel gruppo di intervento e nel gruppo di controllo.

Anche a livello diadico sono stati trovati effetti principali e di interazione significativi tra gruppo (controllo/intervento) e dimensione temporale (3, 6, 9 mesi). I risultati mostrano che è presente un effetto significativo principale del gruppo,  $F(1, 42) = 8.65, p = .005$ , e del tempo,  $F(2, 72) = 15.47, p = .000$ , e un effetto significativo di interazione per i match positivi,  $F(1, 72) = 5.03, p = .008$ . Le analisi dei contrasti indicano che le diadi del gruppo di intervento rispetto alle diadi del gruppo di controllo mostrano un maggiore aumento del tempo trascorso in stati di match positivi sia dopo 3 mesi di intervento,  $b = .15, t(66) = 2.78, p = .007$ , sia dopo 6 mesi,  $b = .16, t(77) = 2.56, p = .012$  (vedi Figura 12). Inoltre l'effetto è maggiore dai 3 ai 6 mesi rispetto che dai 6 ai 9 mesi,  $b = .01, t(78) = .17, ns$ .



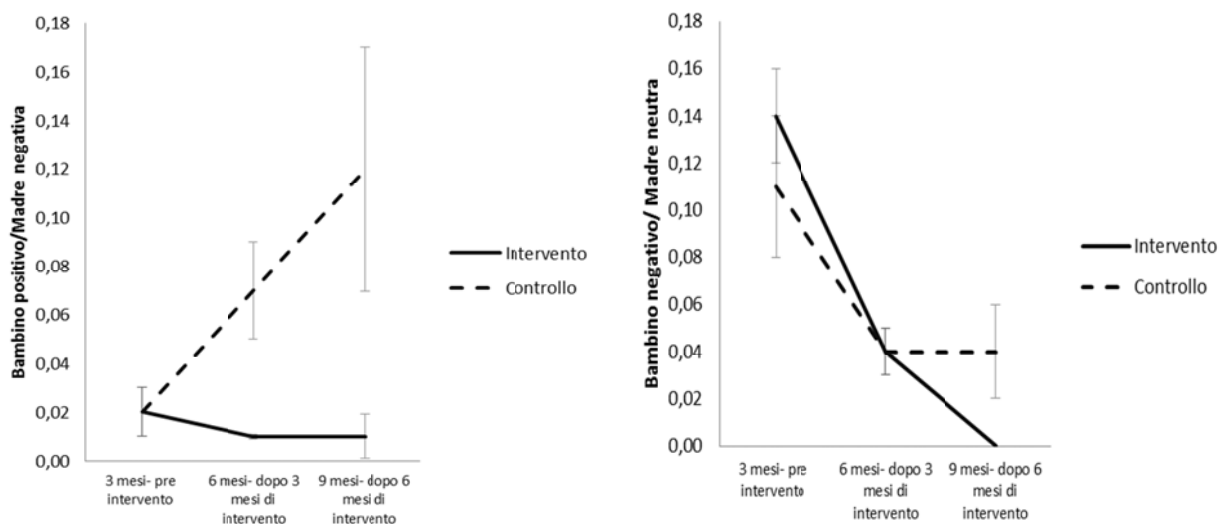
**Figura 12.** Cambiamento nel tempo dai 3 ai 9 mesi nei match Bambino positivo/Madre positiva nel gruppo di intervento e nel gruppo di controllo.

Non sono invece presenti effetti di interazione significativi sui match negativi,  $F(2, 71) = .10, p = ns$ , e i match neutri,  $F(2, 71) = .11, ns$ ; è tuttavia presente un effetto significativo del tempo sui match neutri,  $F(2, 71) = 17.85, p = .000$ , che indica una diminuzione dai 3 ai 9 mesi in entrambi i gruppi,  $b = -.16, t(75) = -2.95, p = .004$ .

Rispetto ai singoli mismatch, sono presenti effetti significativi principali del tempo,  $F(2, 79) = 3.76, p = .027$ , e del gruppo,  $F(1, 49) = 14.64, p = .000$ , e di interazione tra gruppo (controllo/intervento) e dimensione temporale (3, 6, 9 mesi),  $F(2, 67) = 6.06, p = .003$ , per il mismatch Bambino positivo/Madre negativa. Le analisi dei contrasti indicano che le diadi del gruppo di intervento rispetto alle diadi del gruppo di controllo mostrano una diminuzione del



tempo trascorso in mismatch Bambino positivo/Madre negativa sia dopo 3 mesi di intervento,  $b = -.60$ ,  $t(73) = -2.34$ ,  $p = .021$ , sia dopo 6 mesi,  $b = -.10$ ,  $t(83) = -3.32$ ,  $p = .001$ , (vedi Figura 13). Inoltre l'effetto è maggiore dai 3 ai 6 mesi rispetto che dai 6 ai 9 mesi,  $b = -.01$ ,  $t(83) = -.76$ ,  $p = .44$ . Mentre le diadi del gruppo di controllo hanno un aumento del mismatch Bambino positivo/Madre negativa dai 3 ai 9 mesi. Le analisi indicano anche un effetto significativo principale del tempo,  $F(2, 74) = 13.53$ ,  $p = .000$ , e un effetto di interazione tra gruppo e tempo,  $F(2, 74) = 3.18$ ,  $p = .049$ , per il mismatch Bambino negativo/Madre neutra. Le analisi dei contrasti mostrano che le diadi del gruppo di intervento rispetto alle diadi del gruppo di controllo mostrano una maggiore diminuzione del mismatch Bambino negativo/Madre neutra dai 3 ai 9 mesi,  $b = -.07$ ,  $t(74) = -2.04$ ,  $p = .043$ , mentre l'effetto non è ancora significativo a 6 mesi dopo 3 mesi di intervento,  $b = -.05$ ,  $t(74) = -1.69$ , *ns* (vedi Figura 14).

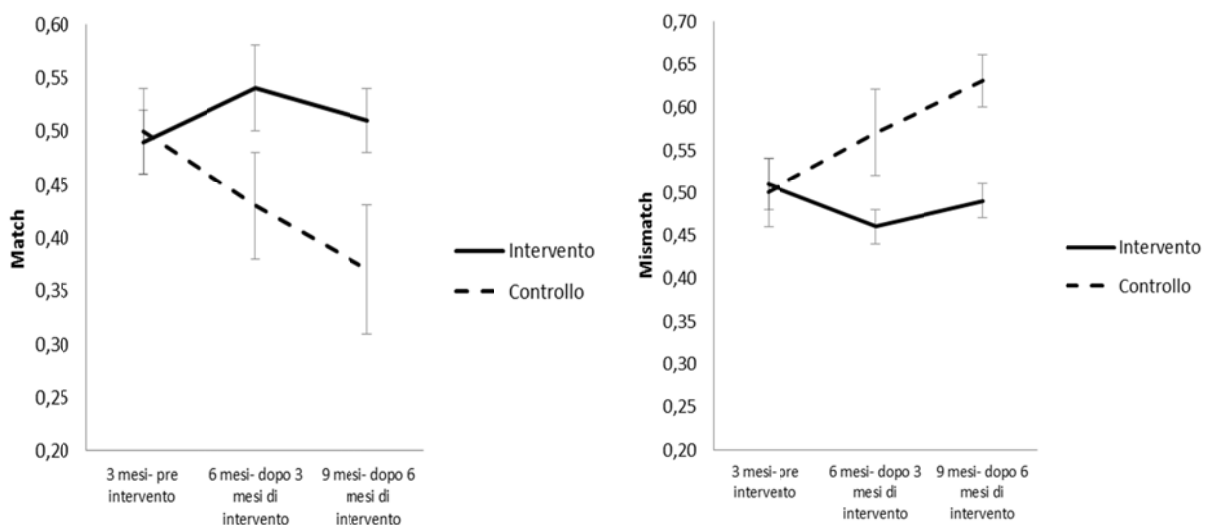


**Figure 13-14.** Cambiamento nel tempo dai 3 ai 9 mesi nei mismatch Bambino positivo/Madre negativa e Bambino negativo/Madre neutra nel gruppo di intervento e nel gruppo di controllo.

Sono presenti anche effetti significativi principali del tempo sul mismatch Bambino positivo/Madre neutra,  $F(2, 70) = 75.95$ ,  $p = .000$ , che indica un aumento nel tempo per entrambi i gruppi dai 3 ai 9 mesi,  $b = .28$ ,  $t(75) = 6.24$ ,  $p = .000$ , sul mismatch Bambino negativo/Madre positiva,  $F(2, 62) = 10.99$ ,  $p = .000$ , che indica una diminuzione nel tempo dai 3 ai 9 mesi per entrambi i gruppi,  $b = -.03$ ,  $t(67) = -3.06$ ,  $p = .003$ , e sul mismatch Bambino neutro/Madre positiva, che indica una diminuzione dai 3 ai 9 mesi in entrambi i gruppi,  $b = -.09$ ,

$t(72) = -3.32, p = .001$ . Non sono presenti effetti significativi principali e di interazione per gli altri mismatch.

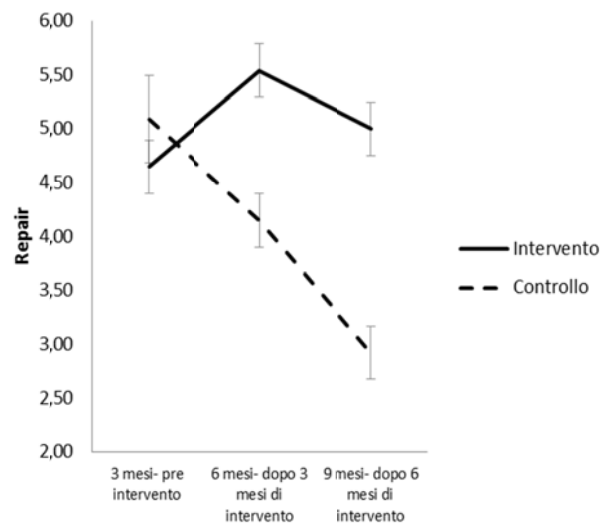
Le analisi indicano anche che sono presenti effetti significativi principali del gruppo per i match,  $F(1, 39) = 5.35, p = .025$ , i mismatch,  $F(1, 39) = 5.49, p = .024$ , e il repair,  $F(1, 39) = 11.20, p = .001$ , ed effetti significativi di interazione tra gruppo (controllo/intervento) e dimensione temporale (3, 6, 9 mesi) per i match,  $F(2, 68) = 3.40, p = .038$ , i mismatch,  $F(2, 68) = 3.19, p = .047$ , e il repair,  $F(2, 70) = 9.88, p = .000$ . Le analisi dei contrasti indicano che le diadi del gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo mostrano più tempo trascorso in match totali sia dopo 3 mesi di intervento,  $b = .11, t(63) = 2.05, p = .044$ , sia dopo 6 mesi,  $b = .15, t(72) = 2.32, p = .022$  (vedi Figura 15). Inoltre l'effetto è maggiore dai 3 ai 6 mesi rispetto che dai 6 ai 9 mesi,  $b = .03, t(72) = .59, ns$ . In più le diadi del gruppo di intervento trascorrono meno tempo in stati di mismatch totali dai 3 ai 9 mesi dopo 6 mesi di intervento rispetto al gruppo di controllo,  $b = -.14, t(72) = -2.17, p = .032$  (vedi Figura 16); mentre l'effetto non è ancora significativo a 6 mesi dopo 3 mesi di intervento,  $b = -.09, t(63) = -1.88, ns$ .



**Figure 15-16.** Cambiamento nel tempo dai 3 ai 9 mesi nei match e mismatch totali nel gruppo di intervento e nel gruppo di controllo.

Anche per quanto riguarda la capacità di riparazione dell'errore, le diadi del gruppo di intervento rispetto alle diadi del gruppo di controllo mostrano un aumento della frequenza del repair sia dopo 3 mesi di intervento,  $b = 1.82, t(63) = 3.29, p = .001$ , sia dopo 6 mesi,  $b = 2.65, t(76) = 4.11, p = .000$  (vedi Figura 17). Inoltre l'effetto è maggiore dai 3 ai 6 mesi rispetto che dai

6 ai 9 mesi,  $b = .08$ ,  $t(75) = 1.27$ , *ns*. Il gruppo di controllo ha un profilo opposto al gruppo con intervento perché ha un aumento del tempo trascorso in mismatch e una diminuzione del tempo trascorso in stati di match e della frequenza di riparazione dell'errore di comunicazione dai 3 ai 9 mesi.



**Figura 17.** Cambiamento nel tempo dai 3 ai 9 mesi nella frequenza di riparazione dell'errore di comunicazione nel gruppo di intervento e nel gruppo di controllo.

### 3.2.5.5 Valutazione dell'efficacia dell'intervento rispetto alla qualità dell'attaccamento materno

Per individuare se nel gruppo con intervento il modello di attaccamento incide sull'efficacia del trattamento nel migliorare gli stili di interazione e di regolazione emotiva individuale e diadica, sono stati creati due gruppi sulla base del modello di attaccamento materno dicotomizzato: 18 diadi con madri adolescenti insicure (di cui 8 Distanzianti, 4 Preoccupate, 4 Non Risolte e 2 Non classificabili) e 11 diadi con madri adolescenti sicure.

Inoltre dato che i punteggi di funzione riflessiva materna sono fortemente correlati al tipo di attaccamento della madre ( $r = .70$ ,  $p = .000$ ), in quanto le madri adolescenti con attaccamento sicuro hanno più alti punteggi di funzione riflessiva rispetto alle madri adolescenti con attaccamento insicuro (vedi Tabella 15), si è deciso di utilizzare solo una delle due variabili, il modello di attaccamento, come possibile moderatore dell'efficacia dell'intervento.

Le analisi sono state effettuate tramite i Modelli Misti Lineari in cui i fattori fissi erano tipo di attaccamento materno sicuro/insicuro, dimensione temporale 3, 6, 9 mesi e interazione tra attaccamento e tempo.

**Tabella 15.** Medie dei punteggi di funzione riflessiva di madri adolescenti sicure e insicure del gruppo con intervento.

	Madri adolescenti sicure (N=11)		Madri adolescenti insicure (N=18)	
	M	DS	M	DS
RF Funzione riflessiva	4.59	1.54	1.80	1.15

Nota. Media (M), deviazione standard (DS) e numero dei soggetti (N).

A 3 mesi non sono presenti differenze significative negli stili di madre e bambino al Care-Index tra gruppo con intervento con madri sicure e gruppo con intervento con madri insicure (vedi Tabella 16). Inoltre i risultati trovati non indicano effetti significativi di interazione tra dimensione temporale dell'intervento (3, 6, 9 mesi) e attaccamento materno (sicuro/insicuro) (vedi Tabella 16). Non sono presenti neanche effetti principali significativi dell'attaccamento sugli stili di interazione di madre e bambino. Non sono quindi presenti differenze nell'efficacia dell'intervento tra diadi con madri sicure e diadi con madri insicure dai 3 ai 9 mesi sugli stili di interazione di madre e bambino misurati con il Care-Index.

Attraverso i Modelli Misti Lineari sono stati valutati anche gli effetti di interazione tra tempo dell'intervento e attaccamento materno sui comportamenti di madre e bambino, per gli stati affettivi e per la regolazione emotiva diadica dell'ICEP (vedi Tabella 17 e 18).

A 3 mesi non sono presenti differenze significative tra gruppo con intervento con madri sicure e gruppo con intervento con madri insicure per i comportamenti, gli stati affettivi individuali e diadici misurati con l'ICEP. Inoltre non sono stati trovati effetti significativi di interazione tra dimensione temporale dell'intervento (3, 6, 9 mesi) e attaccamento materno (sicuro/insicuro) sulla regolazione emotiva individuale e diadica (vedi Tabella 17 e 18). Non sono presenti neanche effetti principali significativi dell'attaccamento. Non sono quindi presenti differenze significative nell'efficacia dell'intervento tra diadi con madri adolescenti sicure e diadi con madri adolescenti insicure dai 3 ai 9 mesi sui singoli comportamenti, sugli stati affettivi di madre e bambino e sui match, mismatch e repair misurati con l'ICEP.

**Tabella 16.** Medie dei punteggi degli stili di interazione del Care-Index di madre e bambino a 3, 6 e 9 mesi ed effetti di interazione pre e post intervento tra gruppi con intervento suddivisi in base al modello di attaccamento materno.

		Diadi con madri adolescenti sicure (N=11)			Diadi con madri adolescenti insicure (N=18)			Attaccamento sicuro/insicuro 3 mesi		3/6 mesi X Attaccamento sicuro/insicuro			3/9 mesi X Attaccamento sicuro/insicuro		
		3 mesi	6 mesi	9 mesi	3 mesi	6 mesi	9 mesi	t(27)	p	t	gdl	p	t	gdl	p
		M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)								
<i>Madre</i>	<i>Sensibile</i>	5.72 (2.90)	8.00 (2.44)	8.53 (4.30)	4.77 (3.40)	6.72 (2.46)	7.20 (3.12)	.77	.45	.40	40	.79	.54	45	.72
	<i>Controllante</i>	7.90 (3.01)	5.00 (2.72)	3.17 (2.63)	6.27 (4.08)	3.88 (2.42)	2.90 (3.41)	1.14	.26	-.41	41	.68	-1.45	45	.22
	<i>Non Responsivo</i>	.45 (.82)	1.36 (1.56)	2.29 (2.75)	2.94 (3.22)	3.50 (3.43)	3.47 (3.03)	-1.36	.16	.39	39	.78	.45	45	.52
	<i>Cooperativo</i>	4.63 (3.66)	6.27 (2.97)	9.00 (5.09)	4.11 (3.46)	5.56 (2.72)	6.90 (3.57)	.39	.70	.12	40	.89	.73	45	.46
<i>Bambino</i>	<i>Compiacente-Compulsivo</i>	.09 (.30)	.36 (.67)	.00 (.00)	.16 (.51)	.77 (.36)	.00 (.00)	-.44	.66	-.50	40	.61	-.09	45	.96
	<i>Difficile</i>	1.18 (1.88)	1.54 (2.87)	.98 (.63)	3.72 (3.81)	1.27 (2.19)	2.20 (3.25)	-2.05	.05	-1.84	44	.07	-.73	53	.46
	<i>Passivo</i>	8.18 (3.94)	5.81 (3.31)	4.00 (5.06)	6.00 (4.15)	6.83 (3.07)	4.90 (3.03)	1.40	.17	-1.59	41	.11	-1.06	45	.29

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

**Tabella 17.** Medie della durata dei singoli comportamenti di madre e bambino misurati con l'ICEP a 3, 6 e 9 mesi ed effetti di interazione pre e post intervento tra gruppi con intervento suddivisi in base al modello di attaccamento materno.

	Diadi con madri adolescenti sicure (N=11)			Diadi con madri adolescenti insicure (N=18)			Attaccamento sicuro/insicuro 3 mesi		3/6 mesi X Attaccamento sicuro/insicuro			3/9 mesi X Attaccamento sicuro/insicuro			
	3 mesi	6 mesi	9 mesi	3 mesi	6 mesi	9 mesi	t(27)	p	t	gdl	p	t	gdl	p	
	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)									
116 Bambino	<i>Coinvolgimento negativo</i>	.13 (.15)	.06 (.07)	.00 (.00)	.16 (.16)	.07 (.11)	.00 (.00)	-.39	.70	-.19	43	.84	-.35	51	.72
	<i>Coinvolgimento negativo di protesta</i>	.00 (.04)	.00 (.00)	.00 (.00)	.01 (.15)	.00 (.00)	.00 (.00)	-1.04	.31	-1.17	34	.24	-.98	45	.33
	<i>Coinvolgimento negativo di ritiro</i>	.00 (.04)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.05)	.00 (.00)	.00 (.00)	-.15	.88	-.17	36	.86	-.14	47	.88
	<i>Coinvolgimento sociale positivo</i>	.01 (.02)	.10 (.09)	.05 (.06)	.03 (.03)	.04 (.04)	.06 (.07)	-1.63	.11	1.78	39	.07	-.38	47	.70
	<i>Osserva oggetto proposto dal caregiver</i>	.19 (.18)	.27 (.12)	.31 (.19)	.07 (.10)	.26 (.16)	.29 (.12)	1.24	.24	1.35	46	.17	1.07	54	.28
	<i>Osserva oggetto non offerto dal caregiver</i>	.04 (.07)	.24 (.14)	.30 (.13)	.05 (.08)	.30 (.19)	.39 (.11)	-.14	.89	.76	43	.46	1.00	52	.31
	<i>Osserva ambiente</i>	.26 (.19)	.20 (.16)	.22 (.09)	.30 (.18)	.20 (.14)	.17 (.12)	-.58	.57	-.48	68	.63	-.94	68	.34
	<i>Monitoraggio sociale</i>	.22 (.20)	.06 (.06)	.06 (.04)	.19 (.19)	.06 (.05)	.04 (.03)	.39	.70	-.39	31	.69	-.12	41	.90
	<i>Si fa accudire</i>	.00 (.01)	.02 (.02)	.00 (.00)	.01 (.01)	.02 (.02)	.00 (.00)	-1.02	.32	-.01	68	.98	-.01	68	.98
	<i>Si fa consolare</i>	.00 (.00)	.02 (.08)	.00 (.00)	.05 (.15)	.00 (.00)	.00 (.00)	-1.23	.23	-1.78	68	.07	-1.07	68	.28
Madre	<i>Coinvolgimento negativo</i>	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.01)	.00 (.00)	.00	1.00	-.45	68	.65	-.96	68	.34
	<i>Coinvolgimento negativo intrusivo</i>	.08 (.10)	.02 (.02)	.00 (.00)	.07 (.11)	.01 (.04)	.02 (.04)	.25	.81	-.50	44	.61	-.60	53	.54
	<i>Coinvolgimento negativo ostile</i>	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.01 (.07)	.00 (.00)	.00 (.00)	-.78	.44	-.91	47	.36	-.73	55	.46
	<i>Coinvolgimento negativo di ritiro</i>	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.01)	.00 (.00)	.55	.59	-1.40	35	.16	-.22	44	.82
	<i>Coinvolgimento sociale positivo</i>	.04 (.07)	.06 (.09)	.04 (.08)	.01 (.02)	.05 (.06)	.00 (.01)	1.44	.16	.44	68	.65	.10	68	.91
	<i>Partecipa al gioco</i>	.05 (.08)	.14 (.11)	.11 (.06)	.02 (.03)	.15 (.11)	.14 (.08)	1.60	.12	.73	41	.44	1.32	59	.19
	<i>Propone gioco</i>	.18 (.14)	.17 (.11)	.18 (.11)	.11 (.13)	.16 (.06)	.15 (.06)	1.28	.21	.83	42	.40	.48	52	.62
	<i>Monitoraggio sociale</i>	.30 (.08)	.26 (.09)	.39 (.17)	.28 (.15)	.33 (.12)	.42 (.15)	.31	.76	-1.47	41	.14	.63	46	.52
	<i>Caretaking</i>	.09 (.07)	.06 (.06)	.05 (.02)	.14 (.07)	.09 (.09)	.05 (.04)	-1.72	.10	-.45	42	.65	-1.12	50	.26
	<i>Consolazione</i>	.00 (.00)	.04 (.01)	.00 (.00)	.04 (.07)	.01 (.02)	.00 (.00)	-2.00	.06	1.35	43	.17	-1.22	51	.22
<i>Non focalizzato</i>	.06 (.04)	.06 (.03)	.02 (.01)	.05 (.04)	.05 (.04)	.06 (.05)	.75	.46	-.45	43	.65	-1.95	52	.05	
<i>Richiamo di attenzione</i>	.02 (.02)	.03 (.03)	.06 (.03)	.04 (.03)	.04 (.04)	.06 (.07)	-1.61	.12	.57	68	.56	.53	68	.59	

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

**Tabella 18.** Medie della durata degli stati affettivi e dei match e mismatch e repair misurati con l'ICEP a 3, 6 e 9 mesi ed effetti di interazione pre e post intervento tra gruppi con intervento suddivisi in base al modello di attaccamento materno.

	Diadi con madri adolescenti sicure (N=11)			Diadi con madri adolescenti insicure (N=18)			Attaccamento sicuro/insicuro 3 mesi		3/6 mesi X Attaccamento sicuro/insicuro			3/9 mesi X Attaccamento sicuro/insicuro		
	3 mesi	6 mesi	9 mesi	3 mesi	6 mesi	9 mesi	t(27)	p	t	gdl	p	t	gdl	p
	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)								
<i>Bambino positivo</i>	.23 (.20)	.66 (.17)	.69 (.12)	.22 (.17)	.63 (.25)	.77 (.13)	.30	.77	.09	45	.92	.73	54	.46
<i>Bambino negativo</i>	.22 (.32)	.03 (.06)	.00 (.01)	.25 (.19)	.07 (.12)	.00 (.00)	-.24	.82	-.20	43	.84	-.25	52	.80
<i>Bambino neutro</i>	.58 (.21)	.29 (.13)	.30 (.11)	.58 (.21)	.29 (.19)	.22 (.13)	-.05	.96	-.04	68	.96	-.65	68	.51
<i>Madre positiva</i>	.38 (.17)	.52 (.12)	.47 (.17)	.34 (.18)	.43 (.17)	.36 (.12)	.64	.53	.51	40	.60	.65	50	.51
<i>Madre negativa</i>	.14 (.18)	.01 (.02)	.00 (.01)	.10 (.15)	.03 (.05)	.02 (.04)	.74	.46	-1.08	68	.28	-.90	68	.36
<i>Madre neutra</i>	.54 (.14)	.47 (.08)	.54 (.17)	.58 (.16)	.56 (.14)	.62 (.10)	-.71	.48	-.71	42	.47	.41	50	.67
<i>Bambino positiva-Madre positiva</i>	.16 (.15)	.39 (.15)	.34 (.16)	.11 (.10)	.32 (.17)	.31 (.12)	1.05	.30	.20	68	.83	.30	68	.76
<i>Bambino negativo-Madre negativa</i>	.06 (.12)	.00 (.00)	.00 (.00)	.03 (.06)	.01 (.02)	.00 (.00)	.66	.51	-1.05	68	.29	-.60	68	.54
<i>Bambino neutro-Madre neutra</i>	.36 (.13)	.17 (.12)	.17 (.08)	.35 (.18)	.19 (.13)	.18 (.11)	.14	.89	-.38	68	.70	-.20	68	.83
<i>Bambino positivo-Madre negativa</i>	.02 (.06)	.01 (.01)	.00 (.00)	.02 (.06)	.01 (.01)	.02 (.04)	-.03	.97	-.01	68	.98	.57	68	.56
<i>Bambino positivo-Madre neutra</i>	.06 (.07)	.30 (.11)	.35 (.11)	.08 (.09)	.30 (.17)	.42 (.11)	-.55	.58	.28	42	.77	.75	48	.45
<i>Bambino negativo-Madre positiva</i>	.04 (.09)	.00 (.02)	.00 (.00)	.06 (.07)	.01 (.03)	.00 (.00)	-.32	.75	-.14	42	.88	-.29	50	.77
<i>Bambino negativo-Madre neutra</i>	.12 (.11)	.03 (.04)	.00 (.00)	.15 (.12)	.04 (.08)	.00 (.00)	-.91	.37	-.37	43	.71	-.71	53	.47
<i>Bambino neutro-Madre positiva</i>	.17 (.08)	.11 (.06)	.12 (.08)	.17 (.10)	.08 (.08)	.04 (.02)	.03	.98	-.57	37	.56	-1.57	48	.12
<i>Bambino neutro-Madre negativa</i>	.05 (.07)	.00 (.00)	.00 (.00)	.05 (.05)	.01 (.02)	.01 (.01)	.08	.94	-.32	68	.74	-.07	68	.94
<i>Match</i>	.52 (.15)	.56 (.13)	.52 (.10)	.47 (.16)	.52 (.11)	.50 (.11)	.87	.39	.08	39	.93	.45	47	.64
<i>Mismatch</i>	.49 (.14)	.43 (.13)	.47 (.10)	.53 (.16)	.48 (.11)	.50 (.11)	-.99	.33	-.17	39	.85	-.39	47	.68
<i>Repair</i>	4.81 (1.97)	5.85 (1.53)	4.83 (.91)	4.45 (1.38)	5.35 (1.43)	5.20 (1.20)	.42	.67	.31	41	.75	.73	50	.46

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

### 3.2.5.6 Valutazione dell'efficacia dell'intervento sull'attaccamento del bambino

Alla fine dell'intervento a 14 mesi, è stato inoltre indagato a livello esplorativo il tipo di legame di attaccamento del bambino alla madre adolescente. Il confronto è stato effettuato tra 12 bambini del gruppo sperimentale che avevano concluso l'intervento e 5 bambini del gruppo di controllo.

Attraverso l'analisi con il test esatto di Fisher è stata trovata una differenza significativa tra i due gruppi ( $F(1, N=17) = 6.29, p = .029$ ). I bambini del gruppo di intervento hanno una percentuale maggiore di attaccamento sicuro alla madre (66%) rispetto ai bambini del gruppo di controllo, i quali hanno tutti un attaccamento insicuro (100%) (vedi Tabella 19).

**Tabella 19.** Distribuzione dei bambini sicuri e insicuri a 14 mesi nel gruppo di intervento e nel gruppo di controllo.

	Bambini gruppo con intervento	Bambini gruppo di controllo	F (p)
Sicuro	8	0	6.29 (.029)*
Insicuro	4	5	

Nota. F di Fisher e livello di significatività (p).

\* $p < .05$

### 3.2.6 Discussione

I risultati trovati confermano le ipotesi iniziali e mostrano che l'intervento PRERAYMI di tipo attachment based e basato sul video-feedback, sulla consultazione psicologica e sul monitoraggio dello sviluppo psicomotorio del bambino, è efficace nel migliorare gli stili di interazione e di regolazione emotiva di madre e bambino e nel favorire un attaccamento sicuro del bambino.

Si può notare che a 3 mesi, alla prima osservazione pre-intervento, le medie dei punteggi nella fascia della sensibilità diadica al Care-Index per entrambi i gruppi sono attorno al 5 per le madri e al 4 per i bambini che secondo Crittenden (1998) indica la necessità di "interventi futuri", in linea con i risultati del primo studio in cui si delinea che la maternità in adolescenza è una condizione di rischio per la qualità delle interazioni precoci che già a 3 mesi risulta inadeguata. Grazie al programma PRERAYMI, il gruppo di intervento raggiunge a 9 mesi un punteggio medio di 7.8 per le madri e 7.7 per i bambini che indica una fascia di sensibilità adeguata tra madre e bambino mentre il gruppo di controllo ha una diminuzione verso un



punteggio medio di 4.2 per le madri e 3.5 per i bambini, rimanendo nella fascia che necessita di un intervento.

In particolare, i risultati indicano che le madri adolescenti del gruppo di intervento mostrano un aumento della sensibilità sia dopo 3 mesi sia dopo 6 mesi di intervento e una maggiore diminuzione dei comportamenti intrusivi dai 3 ai 9 mesi, diversamente dalle madri del gruppo di controllo che hanno un profilo opposto caratterizzato da una diminuzione dello stile sensibile e da una stabilità dello stile controllante. Parallelamente i bambini del gruppo che riceve l'intervento hanno un aumento dei comportamenti cooperativi sia dopo 3 mesi sia dopo 6 mesi di intervento e una diminuzione dai 3 ai 9 mesi dei comportamenti passivi rispetto ai bambini del gruppo di controllo, che mantengono bassi i comportamenti responsivi e aumentano quelli passivi. Anche a livello microanalitico è interessante notare che le madri con intervento aumentano l'espressione di emozioni positive e diminuiscono l'espressione di affetti negativi dopo 3 e 6 mesi di trattamento rispetto alle madri del gruppo di controllo la cui espressione di affetti positivi diminuisce e quella delle emozioni negative aumenta dai 3 ai 9 mesi. Allo stesso modo i bambini che ricevono l'intervento hanno un maggiore aumento di stati affettivi positivi e una più netta diminuzione degli stati affettivi negativi rispetto ai bambini del gruppo di controllo.

L'intervento è efficace anche nel migliorare la relazione triadica madre adolescente/bambino/oggetti, dato non presente in letteratura, in quanto a 9 mesi rispetto alla prima osservazione pre-intervento, sia le madri sia i bambini del gruppo di intervento aumentano maggiormente il tempo trascorso nel coinvolgimento reciproco del gioco con gli oggetti rispetto al gruppo di controllo. La capacità della diade di essere coinvolta in un gioco triadico facilita lo sviluppo dell'intersoggettività secondaria del bambino ed è importante per lo sviluppo delle sue competenze sociali (Reddy, Hay, Murray, & Trevarthen, 1997).

Anche a livello diadico, l'intervento PRERAYMI è efficace nel favorire un maggior tempo trascorso in stati di match positivi sia dopo 3 mesi sia dopo 6 mesi di trattamento per le diadi del gruppo che riceve l'intervento rispetto al gruppo di controllo, che invece ha un aumento del mismatch Bambino positivo/Madre negativa e una stabilità del mismatch Bambino negativo/Madre neutra dai 3 ai 9 mesi. Questi mismatch sono considerati indicatori di una comunicazione disfunzionale tra genitore bambino perché rimandano a una difficoltà delle madri di regolare sia i propri affetti sia quelli dei loro figli (Leerkes, 2010; Lyons-Ruth, 2006),

sottolineando che se non si interviene la qualità della relazione diadica in condizioni di rischio per la genitorialità può aggravarsi e portare a maggiori conseguenze negative.

Inoltre le diadi madri adolescenti-bambini che ricevono l'intervento mostrano più tempo trascorso in stati di coordinazione affettiva totali, meno tempo in stati di non coordinazione affettiva totali e una migliore capacità di riparare gli errori di comunicazione dopo 3 e 6 mesi di intervento rispetto al gruppo di controllo che ha un andamento opposto, in quanto trascorre più tempo in stati di mismatch, diminuisce il tempo trascorso in stati di match e ha una minore frequenza di riparazione dell'errore dai 3 ai 9 mesi. Tronick (Tronick & Weinberg, 1997) ha individuato che nel primo anno di vita, oltre alla capacità di coordinazione affettiva, una madre adeguata deve essere anche in grado di riparare gli errori dovuti alla non coordinazione affettiva e costruire nuovi stati di coordinazione con il bambino; queste esperienze porteranno nel bambino alla creazione di schemi rappresentativi della relazione Sé-altro e di un'immagine di Sé positiva e competente (Riva Crugnola, 2007).

I risultati trovati dalla ricerca confermano quelli presenti in letteratura che mostrano come programmi attachment based e basati sul video-feedback rivolti specificatamente a giovani madri sono efficaci nel migliorare la qualità del parenting materno nella condizione di genitorialità a rischio della maternità in adolescenza (Mayers *et al.*, 2008; McDonald *et al.*, 2009; Moran *et al.*, 2005; Slade *et al.*, 2005b) e aggiungono anche un dato importante in quanto l'intervento è efficace anche per i bambini sia negli stili di interazione sia nelle strategie di regolazione emotiva, i quali diventano più sensibili e cooperativi e hanno una maggiore capacità di coordinazione affettiva con le loro madri. PRERAYMI è quindi efficace non solo a livello individuale per le madri ma anche per i bambini e a livello diadico sulla loro capacità di regolazione emotiva coordinata poiché l'intervento è volto a modificare il sistema di interazione genitore-bambino: quando la madre diventa più sensibile, responsiva, meno intrusiva e più sintonizzata sulle emozioni del bambino, simultaneamente porta dei cambiamenti anche per il bambino che si sente più libero di interagire ed essere coinvolto affettivamente con la madre (Mayers *et al.*, 2008). Inoltre i risultati sono in linea anche con gli studi in letteratura sull'uso del video-feedback in interventi attachment based rivolti a genitori a rischio (Steele, Murphy, & Steele, 2010).

I risultati mostrano anche che l'intervento è efficace già dopo solo 3 mesi di trattamento dai 3 mesi di vita del bambino ai 6 mesi e mantiene la sua efficacia anche a 9 mesi dopo 6 mesi di trattamento. Inoltre è proprio nei primi 3 mesi che l'effetto sembra essere più forte e dopo

sembra mantenersi stabile, indicando che più precocemente si interviene in una condizione di rischio come quella della genitorialità in adolescenza più si possono prevenire conseguenze negative per lo svilupparsi della relazione madre-bambino. Si può anche ipotizzare che agendo precocemente in modo intensivo si prevenivano comportamenti genitoriali inadeguati e che una volta che si è costruita una buona partecipazione all'intervento i cambiamenti si consolidino, mantenendosi stabili nel tempo. Studi condotti da Lyons-Ruth ed Easterbrooks (2006) riconoscono infatti che in media programmi più intensivi con visite più frequenti sembrano avere percentuali di successo più alte rispetto a quelli che sono meno intensivi, così come nelle meta-analisi di Nievar (Nievar, Van Egeren, Pollard, 2010) e Geeraert (Geeraert, Van den Noortgate, Grietens, & Onghena, 2004) è stato dimostrato che i programmi di intervento che prevedono visite intensive nei primi mesi di intervento sono efficaci più del doppio rispetto ai programmi in cui le visite sono meno frequenti.

Dall'altro lato se non si interviene, l'inadeguatezza delle interazioni tra madre adolescente-bambino rimane stabile oppure peggiora, come dimostrato dal fatto che nel gruppo di controllo, le madri diminuiscono i comportamenti sensibili e l'espressione di emozioni positive, e mantengono stabili quelli intrusivi e aumentano l'espressione di emozioni negative e i comportamenti negativi di ritiro emotivo dalla relazione con figlio; questo ultimo, madri ritirate affettivamente, è considerato un fattore di rischio rilevante per problematiche psicopatologiche del bambino in età scolare e in adolescenza (Lyon-Ruth *et al.*, 2013). Anche i bambini del gruppo di controllo non aumentano i comportamenti cooperativi e mostrano un incremento dei comportamenti passivi e a livello diadiaco le diadi del gruppo di controllo aumentano il tempo trascorso in stati di mismatch e diminuiscono i match e la capacità di riparare l'errore di comunicazione.

Un altro risultato di rilievo è che non sono emerse differenze significative sull'efficacia dell'intervento rispetto al modello di attaccamento materno, questi dati, in linea con uno studio tedesco in cui l'attaccamento materno non è risultato un moderatore tra un intervento attachment based e la sensibilità materna in diadi ad alto rischio (Pillhofer *et al.*, 2014), dovranno essere indagati dalle ricerche future con un campione più ampio. Si può ipotizzare che PRERAYMI essendo un programma attachment based agisca anche sui modelli mentali materni, il cui possibile cambiamento influenza il miglioramento nella qualità del parenting anche nelle madri insicure; inoltre, l'uso del video-feedback potrebbe stimolare la funzione riflessiva, fornendo ai genitori l'opportunità di esplorare e di rivelare il significato di emozioni

profonde che sono alla base dei propri comportamenti e di quelli del bambino e che sono legate alle proprie esperienze di attaccamento (Steele *et al.*, 2014). È noto infatti che i modelli di attaccamento materno sono associati alla qualità delle interazioni madre-bambino (Biringen *et al.*, 2000; DeOliveira *et al.*, 2005; Haft & Slade, 1989; Riva Crugnola *et al.*, 2013a).

Infine a livello preliminare lo studio mostra l'efficacia dell'intervento nel favorire un legame di attaccamento sicuro nei bambini che hanno completato l'intervento rispetto a quelli del gruppo di controllo che hanno tutti un attaccamento insicuro. Inoltre la percentuale di bambini con attaccamento sicuro (66%) che hanno completato l'intervento a 14 mesi è simile a quella della popolazione non a rischio (van IJzendoorn *et al.*, 1999). Tali risultati sono in linea con lo studio di Moran (Moran *et al.*, 2005) che ha dimostrato l'efficacia di un intervento attachment based nel favorire un legame di attaccamento sicuro in bambini di madri adolescenti e quello di Slade (Sadler *et al.*, 2013; Slade *et al.*, 2005b), basato sulla funzione riflessiva e sul video-feedback, che è efficace nel ridurre la probabilità che i bambini di giovani madri con storie traumatiche sviluppino un attaccamento insicuro disorganizzato. L'efficacia dell'intervento PRERAYMI nel favorire la costruzione di un legame sicuro del bambino alla madre adolescente, che dovrà essere verificata con un campione più ampio, è di estrema rilevanza in quanto, come è noto in letteratura, la sicurezza dell'attaccamento è associata a uno sviluppo socio-emotivo positivo del bambino mentre l'insicurezza può essere un fattore di rischio per problematiche comportamentali ed emotive nelle diverse fasi di crescita (Carlson & Sroufe, 1995; Weinfield, Sroufe, Egeland, & Carlson, 2008).

### **3.2.7 Limiti e prospettive future**

Il principale limite dello studio è il numero ridotto di partecipanti sia del gruppo di intervento sia del gruppo di controllo che riduce la generalizzabilità dei risultati. Sarebbe inoltre interessante aumentare il campione per ampliare le analisi sull'efficacia dell'intervento rispetto al legame di attaccamento del bambino, considerando anche il legame di attaccamento della madre, in modo da poter individuare se l'intervento riesce a spezzare la trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento insicuro e supportare invece la trasmissione del legame di attaccamento sicuro tra madre e bambino.

Ulteriori limiti riguardano i dati mancanti nelle misurazioni longitudinali e l'impossibilità di un'assegnazione randomizzata dei partecipanti al gruppo di controllo e al gruppo di intervento,

avvenuta invece sulla base della disponibilità dei servizi sul territorio. Tuttavia i due gruppi erano simili per fattori di rischio e socio-demografici all'inizio dello studio così come per gli stili di interazione e di regolazione emotiva individuale e diadica.

Inoltre non è stato possibile coinvolgere i padri dei bambini nell'intervento, nel proseguire la ricerca si potrebbe quindi approfondire anche la sua qualità delle interazioni con il bambino, il ruolo della sua presenza/assenza e di come questi elementi incidano sia sull'efficacia dell'intervento sia sul benessere della madre e del bambino. Sarebbe importante considerare anche il supporto sociale e familiare, così come la presenza di altri fattori di rischio per la madre adolescente come la depressione, lo stress genitoriale e la presenza di esperienze traumatiche.

Sarebbe inoltre interessante valutare se l'intervento ha un effetto anche nell'aumentare la funzione riflessiva materna.

Un ulteriore elemento sarebbe quello di identificare come l'efficacia si mantenga nel tempo non solo a 14 mesi ma anche nelle tappe di sviluppo del bambino per evidenziare la presenza/assenza di indicatori psicopatologici.

## CAPITOLO 4

### Il caso di Federica e Sofia

*“Se un bambino si arrendesse alla prima caduta, non imparerebbe mai a camminare” (L. Hay)*

Per illustrare le modalità dell'intervento, viene presentato il caso di una coppia madre adolescente-bambino seguita longitudinalmente dai 2 mesi di vita della bambina fino ai 14 mesi.

Federica ha 18 anni quando arriva al Servizio dell'A. O. San Paolo di Milano con la sua bambina Sofia di 2 mesi, essendo stata segnalata dal reparto di ostetricia dell'ospedale e dal Cav-Centro di Aiuto alla Vita di Milano perché gli operatori hanno individuato una fatica di Federica nel prendersi cura della bambina e un possibile rischio depressivo.

Al primo colloquio Federica ha un tono dell'umore basso, lo sguardo triste, anche l'aspetto sembra rispecchiare il suo umore poiché non è truccata e l'abbigliamento è poco curato; i suoi occhi sembrano desiderosi di un aiuto e appare come una bambina un po' spaventata.

Inoltre emerge fin da subito una situazione problematica in Federica, in quanto lei e Sofia vivono insieme alla madre della ragazza, Maria, in un bilocale nella periferia di Milano; mentre Giulio, 19 anni, fidanzato di Federica e padre della bambina, abita con i propri genitori in un'altra casa. La madre di Federica lavora sui turni e per questo motivo, oltre ad accudire la bambina, Federica deve occuparsi anche della gestione della casa, compito che svolge da quando aveva 12 anni, questo l'ha portata a isolarsi, trascorrendo tutto il suo tempo con la figlia e uscendo poco di casa. La ragazza ha anche sospeso gli studi per dedicarsi alla bambina perché non poteva lasciarla a nessun altro, dopo che durante la gravidanza era riuscita ugualmente ad andare a scuola e finire il penultimo anno di un istituto professionale. Gli unici momenti di leggera distrazione riesce ad averli nel fine settimana quando Giulio va a trovarle, anche se Federica riporta che lui fa fatica a stare da solo con Sofia e lei deve sempre essere presente per cui non si può concedere dei momenti per se stessa.

Federica rimane incinta quando ha 18 anni e la gravidanza non è desiderata, capitata per caso dopo 5 mesi che lei e Giulio stavano insieme. Federica racconta di aver reagito con stupore

e indecisione rispetto alla possibilità di portarla a termine, anche se successivamente sia in lei sia nel suo partner è prevalso il desiderio di diventare genitori. La decisione di tenere il bambino è stata influenzata da una parte dal ragazzo che l'ha spinto a proseguire la gravidanza, essendo contrario all'aborto, e dall'altra dall'identificazione con la propria madre in quanto anche la madre di Federica ha avuto la figlia quando era un'adolescente.

Fin dai primi incontri, la condizione di Federica si rivela quindi caratterizzata da molteplici fattori di rischio rispetto all'instaurarsi di una buona relazione genitore-bambino, derivata anche da una storia familiare multiproblematica. In particolare, la madre di Federica, nata in Perù, si è trasferita a Milano con la propria madre quando era adolescente, città dove ha conosciuto Claudio, con il quale si è sposata a 18 anni ed è rimasta subito incinta. Tuttavia il matrimonio è durato poco e la separazione è avvenuta quando Federica aveva 16 mesi a causa del carattere violento di Claudio che ha maltrattato fisicamente la moglie anche dopo la separazione, fino a quando circa 5 anni fa si è ammalato per un ictus che l'ha reso invalido ed è stato ricoverato in una casa di cura. Inoltre il padre, più anziano della madre (18 anni di differenza), aveva avuto alle spalle un precedente matrimonio fallito con 3 figli maschi che Federica non ha conosciuto.

Di particolare utilità per capire come Federica abbia elaborato tali vicende è l'analisi dell'*Adult Attachment Interview* (AAI; George *et al.*, 1985) svolta con lei quando la bambina ha 3 mesi. La classificazione dell'attaccamento di Federica è *Insicuro Non risolto/disorganizzato*<sup>3</sup> rispetto al trauma infantile dell'aver assistito al maltrattamento del padre nei confronti della madre. Inoltre la seconda classificazione è *F4*, un modello di attaccamento sicuro con alcuni aspetti di preoccupazione nei confronti dei genitori.

Emerge subito dai primi racconti un'infanzia problematica di Federica, senza una stabilità familiare e con continui cambi di abitazione e periodi in cui fin da piccola ha vissuto in comunità protette sia insieme sia separatamente dalla madre. Rispetto al padre, Federica racconta che era un uomo aggressivo fisicamente nei confronti della madre e proprio per questa ragione loro erano state portate in una comunità protetta e si nascondevano da lui. Federica ha assistito direttamente al maltrattamento del padre verso la madre e rispetto ai sentimenti relativi a queste violenze fisiche emergono elementi di confusione e disorganizzazione nei racconti

---

<sup>3</sup> L'*Adult Attachment Interview* è un'intervista semistrutturata che comprende varie domande sui ricordi dell'infanzia e il racconto di specifici episodi di esperienze passate con i genitori per valutare come il soggetto li ha rielaborati e riorganizzati. Sulla base del grado di coerenza della descrizione vengono individuati quattro stili di attaccamento per gli adulti: Sicuro/Autonoma, caratterizzato dalla rielaborazione delle esperienze passate sia positive sia negative in modo coerente; Distanziante, con tendenza alla minimizzazione delle precoci interazioni con il caregiver; Preoccupato, mostrano di essere ancora invischiati e coinvolti nelle relazioni con le figure di accudimento; e Non risolto/Disorganizzato, sono persone che hanno solitamente vissuto traumi non elaborati o abusi e manifestano disorganizzazione e disorientamento mentale (Main *et al.*, 2002).

*“sentivo -- cioè mi faceva male comunque anche se hai 6 anni dicevo cioè invece di mettere il cognome X mettevo cognome W che era il cognome di mia madre ma perché non volevo, cioè non mi sentivo poi tanto -- cioè non lo apprezzavo come persona quindi avevo anche paura di lui, non volevo vederlo” “lui ci cercava però non sapeva mai dove abitavamo e però poi lo scopriva, non so come e andava a cercarla, la picchiava. Una volta le ha dato un pugno nell’occhio e lì mia mamma ha chiamato i carabinieri... (e tu cosa avevi fatto?) cioè sono stata io a chiamarli i carabinieri, però piangevo, ero spaventatissima, agitata, mia mamma che diceva ‘calma, chiamali’ loro che chiedevano dove siete, loro che non arrivavano, era un po’... così” e la paura che la madre potesse essere gravemente ferita e proprio per questo è presente anche un role-reversal della ragazza nel proteggere la madre “io ho visto da lontano mio padre, allora il ragazzo di mia madre ha fatto un’altra stradetta così non aveva problemi per lui no, io ho detto ingenuamente mamma guarda per terra mentre cammini così non ti vede in faccia e non ti riconosce”.*

Inoltre Federica veniva picchiata con violenza dalla madre, che soffriva di depressione, quando aveva bisogno di sfogare la rabbia derivata dai litigi e dai maltrattamenti dell’ex-coniuge. Le violenze della madre erano ripetute e lasciavano a Federica forti segni sul corpo

Federica racconta anche che un’educatrice della comunità in cui lei è stata si è presa cura di lei e ha avuto un ruolo molto importante e questo forse l’ha aiutata a comprendere di più le motivazioni dei comportamenti della madre, infatti, nella descrizione della relazione attuale sembra emergere una discreta capacità di mentalizzazione, ma anche una forte identificazione.

Nelle domande riguardanti il rapporto con Sofia, Federica si mostra molto apprensiva nei confronti della bambina e preoccupata quando deve separarsi in quanto non vorrebbe mai lasciarla e spera che la figlia possa avere entrambi i genitori presenti diversamente da quanto successo a lei.

Rispetto alla funzione riflessiva di Federica, il punteggio complessivo è basso, caratterizzato da mancata elaborazione e mentalizzazione delle esperienze problematiche e pochi tratti di riflessività, ad esempio nel rapporto attuale con la madre.

Seppur la gravidanza sia capitata per caso, probabilmente è stata agita ma non pensata per il bisogno di avere qualcuno da amare ma al tempo stesso da cui essere amati e ricevere affetto, viste le esperienze infantili di maltrattamento e deprivazione vissute da Federica. Ci potrebbe essere in Federica anche il desiderio di poter creare una “vera” famiglia, con un papà, una mamma e un bambino, una visione idealizzata di qualcosa che tra i suoi genitori non è mai avvenuta.



Al *Postpartum Depression Screening Scale*<sup>4</sup> (PDSS; Beck & Gable, 2002, versione italiana Caretti *et al.*, 2010) emerge un'indicazione di rischio di depressione post-partum per Federica, poiché il punteggio totale si colloca nella fascia che indica presenza di alcuni sintomi depressivi. In particolare emergono indicatori di rischio nelle aree *Disturbi del sonno/Disturbi dell'alimentazione*, in quanto Federica riporta una diminuzione dell'appetito e una difficoltà a dormire tutta la notte; *Ansia/Insicurezza*, relativi al non sentirsi adeguata come madre e di non essere brava come le altre; e *Labilità emotiva*, Federica racconta che fa fatica a controllare le sue emozioni.

Al *Parenting Stress Index-Short Form*<sup>5</sup> (PSI-SF; Abidin, 1995, versione italiana Guarino *et al.*, 2008) ha un punteggio totale di stress genitoriale elevato ed emerge una difficoltà rispetto all'interazione genitore-bambino disfunzionale e alla rappresentazione della bambina come difficile perché percepisce Sofia diversa da come se l'era immaginata poiché pensava che sarebbe stata una bambina tranquilla, socievole e serena, differentemente da come invece lei la descrive ossia molto piagnucolosa, capricciosa e nervosa.

Nella prima interazione a 3 mesi Federica appare smarrita rispetto al compito di giocare liberamente con la bambina in una stanza piena di giochi. Inizialmente la posizione che sceglie è scomoda in quanto, in modo un po' impacciato si colloca di fianco alla bambina e non di fronte, impedendo a Sofia di avere un contatto faccia a faccia. Nei primi minuti ci sono deboli tentativi di Federica di utilizzare dei giochi con la bambina, che però piano piano si affievoliscono in quanto la bambina risulta passiva, non favorendo lo scambio con la madre. Sul viso di Federica compaiono espressioni negative di noia e di rabbia, con l'alternanza di momenti di intrusività nella manipolazione del corpo di Sofia per attirare l'attenzione e momenti di distacco emotivo. Anche l'espressione vocale è debole e non ci sono tentativi di accompagnare con la voce i giochi proposti. È esemplificativo il seguente momento di interazione:

*Federica è sdraiata di fianco alla bambina, la quale non può vederla, prende una carota in peluche che agita davanti al viso di Sofia perché fa rumore; vedendo che la bambina non si muove e non la prende ma si mette le mani sugli occhi e guarda da un'altra parte, Federica si innervosisce e sbuffa, rimanendo a guardare la bambina come se non sapesse cosa fare.*

---

<sup>4</sup> La PDSS è composta da sette scale volte ad analizzare i sintomi distintivi della depressione post-partum (per una descrizione dettagliata vedi "Paragrafo 3.2.1" in capitolo 3).

<sup>5</sup> Il PSI-SF indaga tre principali domini di fattori stressanti, riconducibili alle caratteristiche del bambino, a quelle del genitore e a eventi situazionali/demografici (per una descrizione dettagliata vedi "Paragrafo 3.2.1" in capitolo 3).

In base alla classificazione *Care-Index*<sup>6</sup> (Crittenden, 1998) questa prima interazione evidenzia uno stile materno caratterizzato da non responsività nell'espressione vocale e affettiva, da intrusività sul corpo della bambina e da pochi tratti di sensibilità. Da notare come nella bambina sono presenti pochi comportamenti cooperativi e prevalgono molteplici aspetti di passività che non favoriscono lo scambio reciproco con la mamma. Anche con il sistema di codifica *ICEP*<sup>7</sup> (Riva Crugnola *et al.*, 2013a; Weinberg & Tronick, 1999) sia la madre sia la bambina mostrano pochi stati affettivi positivi, più stati affettivi negativi e una scarsa coordinazione affettiva.

Le madri che rimangono irrisolte rispetto alle proprie esperienze traumatiche tendono ad apparire spaventanti o spaventate quando interagiscono con i loro bambini; ad esempio, alcune si comportano in modo aggressivo e minaccioso nelle interazioni con i bambini, altre sembrano congelarsi o entrare in stati dissociativi (Slade, 2007). I sentimenti e i bisogni di affiliazione, regolazione e conforto della bambina non sono riconosciuti dalla madre, perché probabilmente evocano in lei sentimenti troppo dolorosi da sopportare, finendo per stimolare aggressività e un atteggiamento di scherno da parte di Federica. Sofia, a fronte dei comportamenti materni, non trovando un caregiver supportivo, mette in atto delle strategie autoregulatorie per fronteggiare lo stress e le emozioni negative, distogliendo lo sguardo e ritirandosi dall'interazione.

Verso i 4 mesi della bambina, la situazione si aggrava in quanto Federica si sente sempre più stanca e sola poiché la madre è ricaduta in depressione e ha deciso di tornare a vivere momentaneamente in Perù. Federica, come tutte le altre volte, ha accettato la situazione senza richiedere alla madre di restare, ma giustificandola per il suo stato mentale di malessere. Federica si ritrova così a vivere in casa da sola con la bambina e a dover lavorare per mantenersi, seppur aiutata economicamente anche da Giulio. Decide quindi di fare le pulizie per qualche ora durante la giornata in altre case, portando con sé la bambina perché non sa a chi lasciarla poiché il fidanzato e i suoceri lavorano. Quello che succede è che Federica fa trascorrere molte ore alla bambina senza interagire con lei mentre lavora e inoltre non si rende conto del disagio che crea a Sofia giustificandosi: *“ma per lei non c'è problema, tanto si addormenta subito e dorme quasi tutto il tempo”*. Emerge quindi un disinvestimento da

---

<sup>6</sup> Il Care-Index è uno strumento costruito da Crittenden per valutare le interazioni tra genitore-bambino dagli 0 ai 15 mesi del bambino. Le categorie per il genitore sono Sensibile, Controllante e Non Responsivo, e quelle per il bambino sono Cooperativo, Compiacente-compulsivo, Difficile, Passivo. La valutazione tramite questo sistema permette anche di fornire utili indicazioni per il tipo di trattamento (per una descrizione dettagliata vedi “Paragrafo 3.1.1.4” in capitolo 3).

<sup>7</sup> L'ICEP in versione modificata (Riva Crugnola *et al.*, 2013a; Weinberg & Tronick, 1999) è uno strumento che valuta i singoli comportamenti e gli stati affettivi di madre e bambino e la coordinazione degli stati affettivi, la loro mancata coordinazione e il repair (frequenza del passaggio da mismatch a match) (per una descrizione dettagliata vedi “Paragrafo 3.1.1.4” in capitolo 3).

parte di Federica che si ritrova da sola, così come aveva fatto la madre, e una bambina che si autoregola, addormentandosi, a fronte della mancanza degli stimoli interattivi ricevuti.

L'aggravarsi della situazione si riflette sullo stile genitoriale, infatti, aumenta un disinvestimento nelle interazioni che a 5 mesi presentano un incremento della non responsività di Federica, una completa passività e ritiro della bambina e una diminuzione della coordinazione affettiva diadica. Federica mostra un volto privo di emozioni, impassibile e vacuo, ha poche vocalizzazioni e lunghi silenzi, la strutturazione del gioco è inadeguata rispetto all'età di Sofia in quanto scarsa, ripetitiva e non accompagnata da commenti verbali; appare quindi poco responsiva. Sofia sembra avere adottato molte strategie autoregolatorie per fronteggiare l'inadeguatezza del parenting di Federica, giocando da sola, guardando spesso l'ambiente e non focalizzandosi sulla madre.

Anche la valutazione dello sviluppo psicomotorio di Sofia effettuata con le scale *Bayley*<sup>8</sup> (Bayley, 2005) a 6 mesi mostra un ritardo sia a livello motorio, la bambina si muove poco e non ha ancora acquisito le competenze tipiche di queste età, sia a livello di linguaggio espressivo con vocalizzazioni quasi assenti.

Il lavoro di video intervento con Federica ha avuto come focus il favorire la costruzione di una relazione adeguata con la bambina, aiutandola a cogliere i segnali di Sofia, incrementando la sua capacità di riflettere sulle proprie emozioni e su quelle della bambina e facilitando l'espressione vocale attraverso giochi di vocalizzazione diadica, alternanza dei turni e condivisione di gioco. Un ulteriore obiettivo è stato quello di collegare i comportamenti di parenting di Federica nelle interazioni alle sue esperienze infantili di attaccamento.

Oltre al lavoro di video-feedback, l'intervento dall'inizio alla fine della terapia con Federica si è basato anche sul favorire l'acquisizione delle conoscenze delle capacità dei bambini nelle diverse fasi di vita poiché spesso le madri adolescenti sono carenti e desiderano accelerare lo sviluppo dei figli considerandoli più grandi di quello che sono e dall'altro non sono consapevoli di quello che è in grado di fare un bambino. La conoscenza di base delle competenze emotive, comunicative, cognitive specifiche per ogni fase evolutiva aiuta i genitori a crearsi rappresentazioni e aspettative più realistiche sul bambino e quindi a orientarsi nella relazione rispettando la specificità di ogni fase evolutiva, migliorando sensibilità e responsività nei loro confronti (Brazelton, Koslowski, & Main, 1974).

---

<sup>8</sup> Le Scale Bayley sono utilizzate per valutare lo sviluppo psicomotorio (cognitivo, linguistico, socio-emotivo e motorio) e individuano le competenze, i punti di forza e di debolezza del bambino, fornendo una misura valida e attendibile delle sue abilità, oltre a permettere il confronto con campioni clinici. Il test prevede l'uso di giocattoli e oggetti per valutare le competenze del bambino.

Nei colloqui di consultazione psicologica, l'obiettivo è stato di far elaborare a Federica le esperienze di trascuratezza subite da parte della madre e di violenza da parte del padre al fine anche di renderla più consapevole di come il proprio funzionamento mentale relativo alle esperienze di attaccamento infantili non risolte vissute con i propri genitori possa riprodursi in modo inconsapevole nelle interazioni con Sofia e influenzare anche il suo tono dell'umore. È importante approfondire la storia di trauma vissuto dalla madre perché la sua salute mentale ha un forte impatto sullo sviluppo del bambino ed esplorare la storia di attaccamento, poiché i modi di pensare dei genitori rispetto alle proprie esperienze infantili influenzano il parenting verso i figli (Crittenden, 2008; Hesse, 1999). Il poter pensare a Federica come disorganizzata rispetto all'attaccamento offre una struttura fondamentale per organizzare l'intervento con lei; innanzitutto, aiuta a immaginare cosa può significare per lei – divisa tra l'essere spaventata e l'essere spaventante – sentirsi impotente e ostile nei confronti di coloro di cui deve prendersi cura o dei quali vorrebbe essere accudita. Spesso le madri traumatizzate, quando discutono del loro parenting, descrivono se stesse come impotenti o passive mentre presentano i figli come ingestibili e fuori controllo, oppure come estremamente precoci e accidentati verso le madri. Queste donne sembrano aver invertito i ruoli genitori-bambino in risposta al vuoto nel parenting (Slade, 2007).

In questa prima fase di intervento, Federica è riuscita a prendere più contatto con le sue emozioni e a riflettere sui suoi stati emotivi e mentali e su quelli della bambina. Inoltre, in questi primi incontri, le restituzioni effettuate durante gli interventi di video-feedback si sono basate sul valorizzare gli aspetti di sensibilità di Federica e al contempo sul sottolineare la necessità di adattare le sue modalità di interazione alle caratteristiche della bambina. A questo proposito un focus dell'intervento su cui si è lavorato a lungo riguarda l'utilizzo della voce come strumento efficace per agganciare l'attenzione di Sofia e favorire lo scambio emotivo con lei, facendo riferimento all'importanza della sintonizzazione reciproca nelle interazioni.

I primi miglioramenti si osservano nella qualità delle interazioni tra Federica e Sofia a 7 mesi, la madre appare più responsiva, esprime meno emozioni negative e c'è una maggiore condivisione di emozioni positive e di condivisione dell'attenzione per i giochi, e Federica cerca di sintonizzarsi, interessandosi alle attività su cui è focalizzata Sofia. Parallelamente la bambina aumenta la sua cooperatività e diminuisce i comportamenti passivi e di autoregolazione, coinvolgendo maggiormente con lo sguardo la madre nel proprio gioco. La condivisione triadica madre-bambino-oggetti, tipica della fase dell'intersoggettività secondaria, sembra quindi

raggiunta (Trevarthen, 1979). Rimangono tuttavia alcuni importanti aspetti di non responsività di Federica legati alla scarsa vocalizzazione e momenti di passività della bambina quando la madre ha difficoltà a proporre dei giochi stimolanti.

Nell'intervento video, il focus è stato di supportare i progressi visibili e il parenting adeguato, cercando di far riflettere Federica sui suoi periodi di distacco e su quelli di passività della bambina e facendo un collegamento con le difficoltà da lei vissute nell'infanzia in assenza di caregiver supportivi che le permettessero di sviluppare un modello di sé come efficace e competente e dell'altro come disponibile emotivamente.

È stato svolto anche un lavoro di guida educativa su come attivarsi di più con i giochi, provando a giocare nell'*hic et nunc* della terapia sui tappeti a disposizione nella stanza. Inizialmente Federica non riesce ad accompagnare il gioco con la bambina con le parole e anche i richiami di attenzione non attirano lo sguardo di Sofia; solo dopo vari tentativi e una tonalità di voce più energica riesce a tratti a catturare l'attenzione della bambina e lo sguardo di Sofia verso la madre si prolunga leggermente. Federica si anima quando la bambina la guarda; questi piccoli momenti che sembrano apparentemente banali e normali aiutano le madri ad aumentare il proprio senso di autoefficacia nell'essere genitore.

Per valutare i cambiamenti nella rappresentazione genitoriale come madre e nella relazione con la bambina viene somministrata la *Parent Development Interview*<sup>9</sup> (PDI; Slade *et al.*, 2004) a 8 mesi di Sofia, dove emerge una buona funzione riflessiva di Federica sia nella rappresentazione della bambina sia di se stessa e una buona capacità di comprendere la natura degli stati mentali, le intenzioni e i comportamenti degli altri. Federica attribuisce molta importanza all'attaccamento della bambina nei suoi confronti, la considera una cosa molto positiva, ma anche il proprio attaccamento a lei, con una preoccupazione che quando sarà grande prenderà la sua strada, richiamando la paura dell'abbandono che ha caratterizzato la sua infanzia. Nella relazione con la bambina enfatizza gli aspetti di reciprocità e di sintonizzazione, descrivendo sia stessa sia la figlia come socievoli. Riesce a riconoscere sia i momenti preferiti della bambina sia quelli in cui è più in difficoltà e si emoziona nel vederla crescere, comprendendo sia i cambiamenti della bambina sia i propri come madre "*fare il*

---

<sup>9</sup> La PDI è un'intervista finalizzata a valutare la relazione del caregiver con il proprio bambino. Ai genitori viene chiesto di: fornire tre aggettivi che descrivano la loro relazione con il figlio; ciò che piace e non piace del loro bambino; una descrizione della relazione con il figlio in termini di momenti piacevoli e di difficoltà, di armonia e contrasto; descrivere se stessi come caregiver, includendo i propri punti di forza e di debolezza; e riferire le reazioni del bambino alle normali separazioni, ai momenti di crisi e di non disponibilità del genitore. I trascritti vengono analizzati lungo tre dimensioni: la rappresentazione genitoriale della propria esperienza affettiva, la rappresentazione genitoriale dell'esperienza affettiva del bambino e lo stato della mente genitoriale rispetto al bambino.

*genitore è una cosa nuova comunque per me ed è importante, vederla crescere come cambia, cioè per esempio quando ho visto che riesce ad alzarsi o a gattonare cioè mi vengono le lacrime di gioia”.*

A 8 mesi di vita di Sofia – dopo circa sei mesi dall’inizio dell’intervento – Federica sembra dunque *“avere in mente la bambina”* attribuendogli emozioni e pensieri. Sofia non è più rappresentata solo con aspetti negativi, come invece era descritta nei primi colloqui, ma anche con molte caratteristiche positive che portano Federica ad avere una rappresentazione di sé come madre più competente e più in grado di cogliere i segnali della bambina e di fronteggiare anche i momenti di difficoltà come quando è stanca e con poche energie. Inoltre Federica sembra avere una maggiore comprensione dei comportamenti materni e paterni, risultando più consapevole dell’immagine della madre che vorrebbe essere per Sofia e considerando sia elementi di somiglianza e differenza rispetto ai propri genitori.

Nella fase finale dell’intervento l’obiettivo è stato di consolidare i cambiamenti e migliorare ulteriormente il benessere di Federica e di Sofia e la qualità della relazione diadica. Federica decide di inserire la bambina all’asilo nido e di tornare a scuola con l’inizio del nuovo e ultimo anno scolastico; queste decisioni permettono di avere una grossa opportunità di lavorare sul tema dell’abbandono e sui momenti di separazione, proprio nel periodo in cui iniziano a formarsi le basi per il legame di attaccamento. Inoltre l’inizio della scuola coincide con un netto miglioramento del tono dell’umore, anche nelle sedute appare curata e truccata (un forte cambiamento rispetto a come si era presentata ai primi colloqui), lei stessa sembra più consapevole che è importante avere anche dei momenti per sé e che non è solo una mamma ma anche una ragazza che ha bisogno di stare con gli amici, poiché più lei è felice, più sta meglio anche con Sofia e a sua volta anche la bambina è più contenta e serena.

A 9 mesi le scale Bayley (Bayley, 2005) mostrano un recupero dello sviluppo psicomotorio di Sofia in tutte le aree motorie, linguistiche e cognitive.

Le ultime interazioni a 13 mesi sono caratterizzate da una buona responsività e sensibilità di Federica, da un coinvolgimento positivo di Sofia, da una buona sintonizzazione affettiva, da uno scambio diadico coordinato e piacevole in cui entrambe si divertono e da una buona strutturazione del gioco con gli oggetti, con un’espressione di emozioni positive sia da parte di Federica sia da parte di Sofia.

Nei grafici si possono rilevare i cambiamenti longitudinali dalla prima all’ultima osservazione in termini di stili di interazione della madre e della bambina codificati con il Care-Index (vedi

Grafico 1 e 2). Interessante notare come i cambiamenti nella diade avvengono parallelamente, indicando che gli effetti dell'intervento si verificano sia sulla mamma sia sulla bambina.

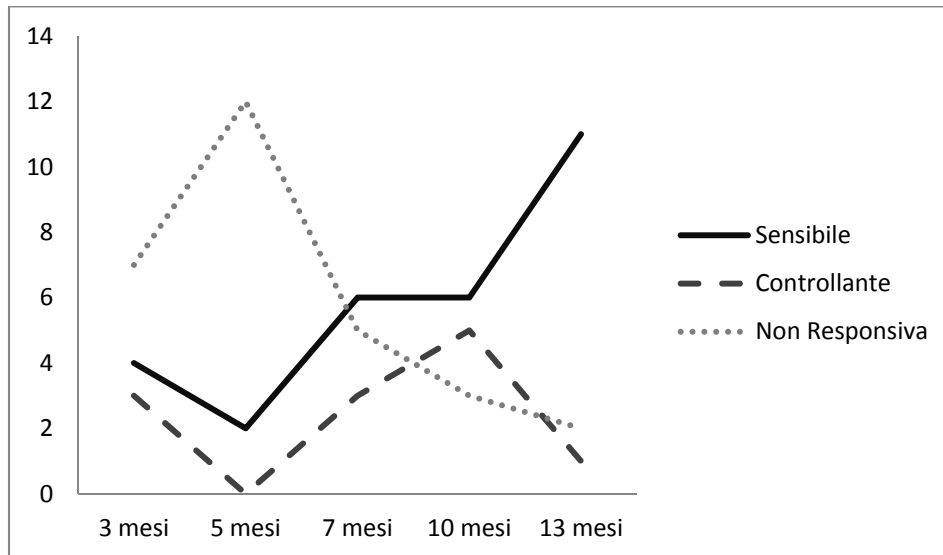


Grafico 1. Cambiamenti dello stile di interazione di Federica con il Care-Index.

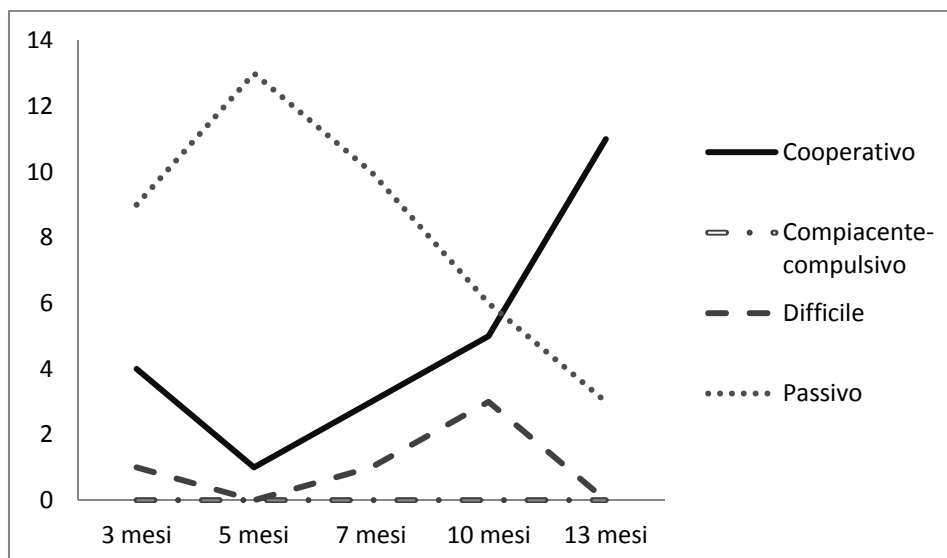


Grafico 2. Cambiamenti dello stile di interazione di Sofia con il Care-Index.

Il lavoro di video-feedback nella parte finale si è spinto a un livello di maggiore profondità per cercare sia di eliminare dove possibile i comportamenti non adeguati sia di facilitare più contatto con la parte affettiva. Federica riesce a riflettere di più in termini di pensieri ed emozioni proprie e della bambina, mostrando un aumento delle capacità di mentalizzazione.

PSICOLOGA: Come ti è sembrato?

FEDERICA: *Noto che giocava un po' più da sola, andava cioè non faceva tanto caso a me*

PSICOLOGA: ti ricordi come ti sentivi tu per il fatto che lei giocava un po' da sola e come ti senti adesso nel rivederlo?

FEDERICA: *Niente cioè non mi faceva caso cioè me ne rendo conto, cioè facevo di tutto comunque per chiamare la sua attenzione e lei ci faceva caso però per poco tempo*

PSICOLOGA: Bravissima è proprio quello che succede. Effettivamente tu cerchi tantissimo di proporre dei giochi e questo sicuramente è positivo, il fatto che tu tenti anche con giochi differenti di attirare la sua attenzione ed effettivamente lei in alcuni momenti riesce un po' a stare attenta, però è un momento breve effettivamente come dici tu

FEDERICA: *Sì perché poi c'è qualcosa che cade e allora si distrae e va da un'altra parte*

PSICOLOGA: E come ti fa sentire questa cosa? Anche riguardandolo adesso se non ti ricordi com'era quando avete fatto il video

FEDERICA: *Da una parte contenta perché è curiosa quindi va già da sola ...*

PSICOLOGA: Dall'altra?

FEDERICA: *Poi dopo mi dispiace perché non fa caso a me*

PSICOLOGA: Come ti è sembrato questo video?

FEDERICA: *Eh bello (ride)*

PSICOLOGA: Bello?

FEDERICA: *Sì cioè diverso -- cioè più grande fa cose diverse cioè cerca sempre di alzarsi comunque di stare in piedi*

PSICOLOGA: Ma secondo te lei fa cose diverse anche perché sei tu che fai cose diverse?

FEDERICA: *Forse io cioè cerco di capire bene cosa vuole lei infatti gli ho avvicinato il cubetto -- cioè perché lei se no cioè sarebbe venuta qua e basta sarebbe stata lì*

PSICOLOGA: Quindi diciamo che è in parte tuo il merito no?

FEDERICA: *Sì (ride contenta)*

PSICOLOGA: Giustamente insomma bisogna riconoscerlo e poi come ti sentivi? Cioè se senti che quello che provavi era la stessa cosa negli altri video o oppure in quest'ultimo era diverso anche nel rivederlo?

FEDERICA: *Sono più contenta adesso, sì è più grande sta bene poi il sorrisino che mi fa cioè poi l'ho fatta sedere poi lo faceva di nuovo da sola*

PSICOLOGA: Si vede proprio anche che tu ti diverti, ti piace anche rispetto magari a prima che facevi più fatica

FEDERICA: *Adesso cioè è più grande cioè mi capisce poi per esempio a casa sì la musica io ballo e lei balla e comincia lei da sola quindi mi diverte vederla*

PSICOLOGA: Eh sì beh è importantissimo il fatto che tu ti diverta perché lei lo sente che ti piace quindi state anche meglio insieme

FEDERICA: *Sì è vero, me lo dicevi che lei sente come io mi sento ed effettivamente è vero*



Al follow-up a 14 mesi, viene valutato l'attaccamento di Sofia alla madre tramite la procedura della *Strange Situation*<sup>10</sup> (Ainsworth *et al.*, 1978) per individuare la trasmissione intergenerazionale dei modelli mentali dell'attaccamento tra genitore e figlia, le strategie messe in atto dalla bambina e per considerare gli effetti derivati dall'intervento. L'osservazione permette di individuare che Sofia ha sviluppato un attaccamento di tipo *Sicuro (B)* alla madre: presente Federica, gioca tranquillamente con lei, esplorando ambiente e giocattoli; quando compare l'estranea guarda prima la madre e poi gioca con l'estranea; quando è da sola, fissa la porta dove è uscita la madre e continua a chiamarla; dopo la separazione dalla madre, quando quest'ultima ricompare si fa consolare e riprende a giocare con tranquillità. Dall'analisi delle videoregistrazioni si può ipotizzare che sulla base delle sue interazioni con la madre nel primo anno di vita, Sofia abbia costruito un'immagine della madre come emotivamente affidabile sia nelle condizioni di stress sia in quelle di gioco e, contemporaneamente, di se stessa come oggetto delle cure e della disponibilità materna.

Il circolo di trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento appare dunque disatteso grazie all'intervento svolto fin dai primi mesi di vita di Sofia. In base al modello di attaccamento insicuro di Federica, era infatti ipotizzabile lo sviluppo da parte di Sofia di un attaccamento a sua volta di tipo insicuro. Le prime osservazioni condotte nei primi mesi di vita, che evidenziavano da parte della bambina la sua tendenza a evitare il coinvolgimento con la madre e a orientare l'attenzione maggiormente verso gli oggetti e l'ambiente circostante, sembravano confermare tale ipotesi, delineandosi come prerequisiti per la formazione da parte della bambina di un legame di attaccamento di tipo evitante, determinato dalle modalità di autoregolazioni precoci. A partire dai 7 mesi si osservano tuttavia le modificazioni degli stili interattivi di madre e bambina che diventano, reciprocamente, sempre più sensibili e cooperativi. I molteplici cambiamenti di Federica riscontrabili sul piano dello stile di interazione, su quello rappresentazionale, con la rielaborazione delle esperienze traumatiche e di attaccamento, sembrano essere stati fattori determinanti nello spezzare il processo di trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento insicuro da madre a figlia.

In conclusione, l'intervento si è focalizzato sull'accogliere e supportare Federica rispetto alle sue preoccupazioni e alle difficoltà nella relazione con Sofia portandola a sentirsi più felice

---

<sup>10</sup> La *Strange Situation Procedure* è una procedura standardizzata per valutare i comportamenti dei bambini dai 12 ai 18 mesi a fronte dell'ingresso di un estraneo e delle separazioni e riunioni con il caregiver in situazioni di stress. È costituito da otto diversi episodi per una durata di circa 20 minuti: (I) mamma e bambino entrano nella stanza; (II) la mamma legge la rivista e il bambino gioca; (III) entra l'estraneo nella stanza dove ci sono la mamma e il bambino, (IV) esce la mamma, il bambino rimane con l'estraneo, (V) prima riunione con la madre, (VI) bambino da solo, (VII) rientra l'estraneo dal bambino e (VIII) seconda riunione con la madre. I comportamenti dei bambini vengono valutati all'interno di quattro categorie che definiscono il tipo di legame di attaccamento: Sicuro (B), Insicuro Evitante (A), Insicuro Ambivalente/Resistente (C) e Insicuro Disorganizzato (D).

come persona e più competente come madre. Grazie all'intervento con il video-feedback Federica è riuscita ad acquisire una buona responsabilità e sintonizzazione emotiva nei confronti di Sofia, con una riduzione del disinvestimento affettivo e dei comportamenti contraddittori e un aumento del coinvolgimento emotivo e della capacità di "tenere in mente" Sofia. Inoltre è stata sostenuta nell'integrare l'esperienza della gravidanza precoce nella nuova identità di persona adulta e nel pensare a progetti di vita. Tutto questo ha avuto un impatto positivo nella relazione con Sofia, interrompendo da un lato il circolo della trasmissione intergenerazionale del legame di attaccamento insicuro e dall'altro quello del maltrattamento.

Anche Sofia ha mostrato un cambiamento nei propri comportamenti, passando da strategie autoregolatorie e di distacco a strategie di regolazione diadica, coinvolgimento della madre, contatto di sguardi, sorrisi e ricerca. Ha recuperato i ritardi presenti a 6 mesi nello sviluppo psicomotorio e ha infine sviluppato un attaccamento sicuro alla madre che è un fattore di protezione per un buono sviluppo socio-emotivo sia a breve sia a lungo termine.

## CAPITOLO 5

### Conclusioni

In sintesi, il primo studio sottolinea, confermando le ipotesi iniziali, come il profilo delle diadi con madri adolescenti è meno adeguato rispetto a quello delle diadi con madri adulte sia a livello macroanalitico di comportamento individuale di madre e bambino, come evidenziato da varie ricerche (Berlin *et al.*, 2002; Culp *et al.*, 1991; Easterbrooks *et al.*, 2005; Osofsky *et al.*, 1992; Rafferty *et al.*, 2011; Stevenson Barratt & Roach, 1995), sia di regolazione emotiva individuale e diadica a livello microanalitico, ampliando i risultati di uno studio precedente (Riva Crugnola *et al.*, 2014a).

La valutazione del rischio nelle interazioni diadiche è stata infatti effettuata sia a livello macroanalitico sia a livello microanalitico, evidenziando in entrambi i casi una qualità inadeguata delle interazioni a 3 mesi tra madre adolescente e bambino; questo ha permesso di effettuare sia un'analisi più qualitativa e globale sia un'analisi quantitativa delle diverse componenti comportamentali ed emotive (Mesman, 2010), le ricerche dovrebbero infatti cercare di integrare entrambe queste modalità osservative (Riva Crugnola, Gazzotti, & Spinelli, 2012b).

Inoltre si può notare che la ricerca tiene conto sia del comportamento materno sia del comportamento del bambino, quest'ultimo meno indagato dagli studi, ponendo in luce la maggiore espressione di affetti negativi, stili non cooperativi e minore responsività dei bambini di madri adolescenti nei confronti del caregiver rispetto ai bambini di madri adulte. È anche il primo studio che ha confrontato la disponibilità emotiva delle diadi con madri adolescenti e quella delle diadi con madri adulte, ad esempio la ricerca di Easterbrooks e colleghi (2005) ha analizzato la disponibilità emotiva solo in un campione di giovani madri.

E' da notare come la minore adeguatezza comunicativa rilevata dallo studio si delinea a 3 mesi di vita del bambino, mentre le altre ricerche riguardanti le interazioni madre adolescente-bambino, ad eccezione di quelle di Culp (Culp *et al.*, 1991) e di Stevenson Barratt e Roach (1995), hanno valutato tale inadeguatezza solo nei mesi successivi.

Le modalità di interazione e di regolazione emotiva emerse nello studio possono avere effetti significativi sullo sviluppo socio-emotivo del bambino sia a livello di regolazione delle emozioni

sia a livello di sicurezza dei pattern di attaccamento (Beebe & Steele, 2013). Fondamentale, infatti, nelle prime fasi dello sviluppo, è la qualità delle interazioni diadiche e l'adeguatezza del caregiver nel rispondere ai bisogni del figlio ed essere responsivo e disponibile emotivamente in modo che il bambino abbia la possibilità di condividere gli stati affettivi positivi e di regolare quelli negativi (Hennighausen & Lyons-Ruth, 2005). Queste esperienze relazionali precoci sono alla base della formazione dei nuclei del Sé infantile (Emde, 1991) e dei pattern di attaccamento (Cassidy, 2008; Riva Crugnola, 2007).

La maggiore intrusività, la scarsa disponibilità emotiva e sensibilità materna, l'espressione di più affetti negativi e meno positivi e la difficoltà a regolare e coordinare le emozioni riscontrata nelle diadi con madri adolescenti nei primi mesi di vita del bambino potrebbero portare a una più elevata probabilità di un attaccamento insicuro del bambino, in particolare di tipo disorganizzato (Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum, & Botein, 1990), maggiori difficoltà a regolare e controllare le emozioni, problematiche comportamentali ed emotive e a minori competenze sociali, come mostrato dai vari studi (Fearon *et al.*, 2010; Mäntymaa *et al.*, 2004; Moffitt, 2002; Ward & Carlson, 1995). Le ricerche indicano anche una tendenza delle modalità di interazione madre-bambino a mantenersi stabili nel corso dello sviluppo e in particolare nei primi anni di vita (Bornstein *et al.*, 2006; Feldman, 2010), portando anche a ipotizzare che proprio questa stabilità e inadeguatezza, caratterizzata da intrusività e iperstimolazione materna, possano spiegare la maggiore frequenza di episodi di maltrattamento nei bambini di madri adolescenti nel corso dell'infanzia così come il più elevato indice di abuso potenziale sul figlio (Dukewich *et al.*, 1996; Whitman *et al.*, 2001).

I risultati ottenuti, oltre a indicare la necessità di intervenire precocemente vista l'inadeguatezza della qualità delle interazioni precoci a 3 mesi, forniscono indicazioni rilevanti per la progettazione di programmi di intervento rivolti alle madri adolescenti e ai loro bambini. Alla luce di tali dati nell'attuazione di progetti di prevenzione appare particolarmente importante promuovere una maggiore adeguatezza nell'interazione madre-bambino, supportando la madre nella sintonizzazione e nella regolazione delle sue emozioni, in particolare di quelle negative, e una maggiore capacità di pensare e rappresentarsi il bambino (Slade *et al.*, 2005b). Importante anche iniziare gli interventi nei primi mesi di vita, dato che l'inadeguatezza si profila già a 3 mesi, come evidenziato dal primo studio.

A questo riguardo, in linea con altri programmi (Mayers & Siegler, 2004; Slade *et al.*, 2005b), è stato costruito l'intervento PRERAYMI di tipo attachment based, effettuato a partire dai 2-3

mesi di vita del bambino e rivolto specificatamente alle madri adolescenti e giovani madri fino ai 21 anni e ai loro bambini. La particolarità dell'intervento è che agisce su più livelli con molteplici strategie, quali la tecnica del video-feedback, il supporto psicologico e la developmental guidance, e con figure professionali differenti (psicologi, neuropsichiatri infantili, neuropsicomotricisti) al fine di avere un approccio di presa in carico globale e multidisciplinare per monitorare e sostenere il duplice processo di crescita di madre e bambino.

I risultati del secondo studio mostrano l'efficacia dell'intervento PRERAYMI sia a livello individuale nel migliorare la sensibilità materna e il coinvolgimento positivo del bambino sia a livello diadico nell'aumentare la capacità di sintonizzazione affettiva tra madre e bambino. Il programma PRERAYMI è efficace sia già dopo 3 mesi dalla fase iniziale sia dopo 6 mesi di intervento e sembra che l'effetto sia maggiore dai 3 ai 6 mesi di vita del bambino, indicando l'importanza di agire precocemente e che intervenendo in modo intensivo nei primi mesi di vita del bambino poi l'efficacia dell'intervento si mantiene stabile. Interessante notare che invece nel gruppo di controllo la qualità dell'interazione rimane inadeguata o peggiora, sottolineando appunto l'importanza di intervenire precocemente per supportare fin dai primi mesi dopo il parto le madri adolescenti e i loro bambini.

Infine, il caso discusso descrive l'intervento PRERAYMI, mostrandone la sua efficacia con una coppia madre adolescente e bambina, Federica e Sofia. Federica è stata aiutata a riconoscere e rispondere in modo sensibile e adeguato ai bisogni e ai segnali di Sofia, correggendo le distorsioni nella percezione e nella rappresentazione della bambina, diminuendo il distacco emotivo e favorendo un maggiore coinvolgimento. È riuscita a migliorare l'espressione sia delle emozioni positive sia dei sentimenti negativi in modo da regolarli, rielaborarli e collegarli alle esperienze traumatiche infantili e ha aumentato la capacità di rappresentarsi Sofia come dotata di stati mentali e di emozioni. Attraverso una comunicazione aperta sulle proprie esperienze, si permette ai genitori di riconoscere e gestire meglio tutte le esperienze emotive legate alla genitorialità, compresi quei vissuti di solitudine e impotenza che talvolta possono essere sperimentati.

Integrare i colloqui con la tecnica del video-feedback ha permesso di lavorare con più strumenti differenti e di utilizzare una strategia efficace per migliorare la qualità della relazione madre-bambina; un vantaggio delle videoregistrazioni è la possibilità che offre, sia alla famiglia sia al terapeuta, di poter rivedere i cambiamenti che si verificano tra le sedute. Inoltre le

osservazioni di gioco sono anche un utile strumento per misurare l'efficacia dell'intervento (McDonough, 2004).

Un ulteriore elemento importante è che PRERAYMI è un intervento attachment based che utilizza i concetti e gli strumenti costruiti sugli assunti della teoria dell'attaccamento che sono utili nei contesti clinici all'interno della terapia genitore-bambino (Steele & Baradon, 2004); ad esempio, l'*Adult Attachment Interview* (George *et al.*, 1985) fornisce informazioni rispetto a esperienze traumatiche cruciali che possono fornire un collegamento tra i traumi non risolti e le alterazioni nella relazione genitore-bambino (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Main & Hesse, 1992). L'intervista permette anche al clinico di valutare l'abilità del paziente di integrare le componenti emotive con quelle cognitive, comprendendo il grado di coerenza nella narrazione, e di sensibilizzare il genitore a cogliere come il proprio funzionamento mentale in relazione alle esperienze di attaccamento non risolte possa inconsciamente riprodursi nelle interazioni con i figli con il fine poi di modificare il proprio parenting. Nel caso presentato l'*Adult Attachment Interview* è stata utile per valutare il modello di attaccamento di Federica, comprendendo i legami di attaccamento e la sua difficoltà a elaborare i vissuti traumatici e lavorando per renderla più consapevole di come le sue esperienze infantili influiscano nelle modalità di interazione con la bambina.

In prospettiva futura, sarebbe opportuno poter indagare se l'intervento PRERAYMI è efficace anche nel ridurre i sintomi depressivi delle madri adolescenti, vista l'elevata percentuale di depressione nelle giovani madri rispetto alle madri adulte, e nel diminuire lo stress genitoriale percepito e come questi fattori influenzino la qualità della relazione madre adolescente-bambino. Molti studi recenti, infatti, si stanno focalizzando su interventi mirati proprio a ridurre la depressione e lo stress nelle madri adolescenti (Kleiber & Dimidjian, 2014; Mayers *et al.*, 2008; Venkatesh, Phipps, Triche, & Zlotnick, 2014). Un ulteriore elemento interessante da valutare è quello relativo alla figura del partner, vista l'importanza del suo supporto nel migliorare il benessere della giovane madre (Lewin *et al.*, 2012).

Nel proseguire la ricerca sarebbe interessante valutare anche se l'efficacia dell'intervento si mantiene stabile a livello di stili di interazione e regolazione emotiva nel secondo anno di vita, nel favorire un adeguato sviluppo psicomotorio del bambino, in quanto come mostrato dagli studi i bambini di madri adolescenti hanno ritardi nelle tappe di crescita (Jahromi *et al.*, 2012), e nel prevenire rischi di problematiche comportamentali ed emotive in età scolare e in età adolescenziale.

## Bibliografia

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index, third edition, Professional manual*. Psychological Assessment Resources, Inc.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Aiello, R., & Lancaster, S. (2007). Influence of adolescent maternal characteristics on infant development. *Infant Mental Health Journal, 28*(5), 496–516.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, F., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., & Tambelli, R. (1995). *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ammaniti, M., Candelori, C., & Speranza, A. M. (1997). Dinamiche psicologiche e culturali delle gravidanze in adolescenza, indagine in un campione italiano. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, 64*, 161–171.
- Apfel, N. H., & Seitz, V. (1991). Four models of adolescent mother-grandmother relationships in black inner-city families. *Family Relations, 40*(4), 421–429.
- Atkinson, L., Goldberg, S., Raval, V., Pederson, D., Benoit, D., Moran, G., Pouton, L., Myhal, N., Zwiers, M., Gleason, K., & Leung, E. (2005). On the relation between maternal state of mind and sensitivity in the prediction of infant attachment security. *Developmental Psychology, 41*(1), 42–53.
- Attili, G. (2007). *Attaccamento e costruzione evolutivista della mente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Azar, R., Paquette, D., Zoccolillo, M., Baltzer, F., & Tremblay, R. E. (2007). The association of major depression, conduct disorder, and maternal overcontrol with a failure to show a cortisol buffered response in 4-month-old infants of teenage mothers. *Biological Psychiatry, 62*(6), 573–579.
- Bakeman, R., & Quera, V. (1995). *Analyzing interaction: Sequential analysis with SDIS and GSEQ*. New York: Cambridge University Press.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (1998). Intervention with video feedback and attachment discussion, does type of maternal insecurity make a difference?. *Infant Mental Health Journal, 19*(2), 202–219.

- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development, 11*(3), 223–263.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2008). Earlier is better: A meta-analysis of 70 years of intervention improving cognitive development in institutionalized children. *Monographs of the Society for Research of Child Development, 73*(3), 279–293.
- Barber, B. L., Eccles, J. S., & Stone, M. R. (2001). Whatever happened to the Jock, the Brain, and the Princes? Young adult pathways linked to adolescent activity involvement and social identity. *Journal of Adolescent Research, 16*(5), 429–455.
- Barlow, J., Smailagic, N., Bennett, C., Huband, N., Jones, H., & Coren, E. (2011). Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 16*, CD002964.
- Barlow, J., Smailagic, N., Ferriter, M., Bennett, C., & Jones, H. (2010). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 17*, CD003680.
- Barnet, B., Duggan, A. K., DeVoe, M., & Burrell, L. (2002). The effect of volunteer home visitation for adolescent mothers on parenting and mental health outcomes: A randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 156*(12), 1216–1222.
- Barnet, B., Liu, J., DeVoe, M., Alperovitz-Bitchell, K., & Duggan, A. K. (2007). Home visiting for adolescent mothers: Effects on parenting, maternal life course, and primary care linkage. *Annals of Family Medicine, 5*(3), 224–232.
- Barnet, B., Rapp, T., DeVoe, M., & Mullins, C. D. (2010). Cost-effectiveness of a motivational intervention to reduce rapid repeated childbearing in high-risk adolescent mothers: A rebirth of economic and policy considerations. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 164*(4), 370–376.
- Bartlett, J. D., & Easterbrooks, M. A. (2012). Links between physical abuse in childhood and child neglect among adolescent mothers. *Children & Youth Services Review, 34*(11), 2164–2169.
- Bateson, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. New York: Bantam Books. (Tr. it. *Mente e natura: Un'unità necessaria*. Milano: Adelphi, 1984).
- Bayley, N. (2005). *Bayley scales of infant development. 3th edn*. San Antonio, TX, The Psychological Corporation.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2002). *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Beebe, B. (2003). Brief mother–infant treatment: Psychoanalytically informed video feedback. *Infant Mental Health Journal, 24*(1), 24–52.



- Beebe, B., Jaffe, J., Markese, S., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Bahrnick, L., Andrews, H., & Feldstein, S. (2010). The origins of 12-month attachment: A microanalysis of 4-month mother-infant interaction. *Attachment & Human Development, 12*(1-2), 3–141.
- Beebe, B., & Steele, M. (2013). How does microanalysis of mother–infant communication inform maternal sensitivity and infant attachment? *Attachment & Human Development, 15*(5-6), 583–602.
- Belsky, J., Crnic, K., & Gable, S. (1995). The determinants of coparenting in families with toddler boys. Spousal differences and daily hassles. *Child Development, 66*(3), 629–642.
- Berlin, L. J., Brady-Smith, C., & Brooks-Gunn, J. (2002). Links between childbearing age and observed maternal behaviors with 14-month-olds in Early Head Start Research and Evaluation Project. *Infant Mental Health Journal, 23*(1-2), 104–129.
- Biringen, Z. (2008). *Emotional availability scales. IV edition*. Manoscritto non pubblicato.
- Biringen, Z., Brown, D., Donaldson, L., Green, S., Krcmarik, S., & Lovas, G. (2000). Adult Attachment Interview: Linkages with dimensions of emotional availability for mothers and their pre-kindergarteners. *Attachment & Human Development, 2*(2), 188–202.
- Birkeland, R., Thompson, J., & Phares, V. (2005). Adolescent motherhood and postpartum depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 34*(2), 292–300.
- Black, M., Dubowitz, H., & Starr, R. H. (1999). African American fathers in low income, urban families: Development, behavior, and home environment of their three year old children. *Child Development, 70*(4), 967–978.
- Black, M., Papas, M. A., Hussey, J. M., Dubowitz, H., Kotch, J. B., & Starr, R. H. (2002). Behavior problems among preschool children born to adolescent mothers: Effects of maternal depression and perceptions of partner relationships. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 31*(1), 16–26.
- Boden, J., Fergusson, D., & Horwood, J. (2008). Early motherhood and subsequent life outcomes. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 49*(2), 151–160.
- Borcherding, K., SmithBattle, L., & Schneider, J. K. (2005). A preliminary investigation of the grandparent support scale for teenage mothers. *Journal of Family Nursing, 11*(3), 289–306.
- Borkowski, J. G., Farris, J. R., Whitman, T. L., Carothers, S. S., Weed, K., & Keogh, D. A. (2007). *Risk and resilience: Adolescent mothers and their children grow up*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bornstein, M. H., Putnick, D. L., Suwalsky, J. T. D., & Gini, M. (2006). Maternal chronological age, prenatal and perinatal history, social support and parenting of infants. *Child Development, 77*(4), 875–892.

- Boss, P. (2002). *Family stress management: A contextual approach, 2nd edn.* Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment.* New York: Basic Books. (Tr. it. *Attaccamento e perdita, vol. 1: L'attaccamento alla madre.* Torino: Bollati Boringhieri, 1972).
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and depression.* New York: Basic Books. (Tr. it. *Attaccamento e Perdita, Vol. 3: La perdita della madre.* Torino: Boringhieri, 1983).
- Boyer, D., & Fine, D. (1992). Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. *Family Planning Perspectives, 24*(1), 4–11.
- Brazelton, T. B., Koslowski, B., & Main, M. (1974). The origin of reciprocity, the early mother-infant interaction. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *The effect of the infant on its caretaker.* New York: Wiley.
- Braungart-Rieker, J. M., Garwood, M. M., Powers, B. P., & Wang, X. (2001). Parental sensitivity, infant affect, and affect regulation: Predictors of attachment. *Child Development, 72*(1), 252–270.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design.* Cambridge, MA: Harvard University Press. (Tr. it. *Ecologia dello sviluppo umano.* Bologna: Il Mulino, 1986).
- Broussard, E. R. (1995). Infant attachment in a sample of adolescent mothers. *Child Psychiatry & Human Development, 25*(4), 211–219.
- Brown, J. D., Harris, S. K., Woods, E. R., Buman, M. P., & Cox, J. E. (2012). Longitudinal study of depressive symptoms and social support in adolescent mothers. *Maternal and Child Health Journal, 16*(4), 894–901.
- Buckingham-Howes, S., Oberlander, S. E., Hurley, K. M., Fitzmaurice, S., & Black, M. M. (2011). Trajectories of adolescent mother–grandmother psychological conflict during early parenting and children’s problem behaviors at age 7. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(3), 445–455.
- Bunting, L., & McAuley, C. (2004). Teenage pregnancy and motherhood: The contribution of support. *Child and Family Social Work, 9*(2), 207–215.
- Burgess, S. (2005). The preschool home literacy environment provided by teenage mothers. *Early Child Development & Care, 175*(3), 249–258.
- Byng-Hall, J. (1996). *Rewriting family scripts: Improvisation and systems change.* New York: Guilford Press. (Tr. it. *Le trame della famiglia. Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico.* Milano: Raffaello Cortina Editore, 1998).

- Caldwell, C. H., Antonucci, T. C., & Jackson, J. S. (1998). Supportive/conflictual family relations and depressive symptomatology: Teenage mother and grandmother perspectives. *Family Relations*, 47(4), 395–402.
- Campa, M. I., & Eckenrode, J. J. (2006). Pathways to intergenerational adolescent childbearing in a high-risk sample. *Journal of Marriage & Family*, 68(3), 558–572.
- Candelori, C., & Mancone, A. (2001). Genitorialità, situazioni a rischio e psicopatologiche. In M. Ammaniti (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia* (pp. 91-124). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Caretti, V., Monti, F., Agostini, F., & Ragonese, N. (2010). *PDSS Postpartum Depression Screening Scale*. Firenze: GIUNTI Organizzazioni Speciali.
- Carlson, E., & Sroufe, L. A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental processes and psychopathology, Vol. 1* (pp. 581-617). New York: Cambridge University Press.
- Carter, S. L., Osofsky, J. D., & Hann, D. H. (1991). Speaking for the baby: A therapeutic intervention with adolescent mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 12(4), 291–301.
- Casserly, K., Carpenter, A., & Halcón, L. (2001). Adolescent parenting: Connections to school enrollments, attendance, and achievement. *Journal of School Nursing*, 17(6), 329–335.
- Cassibba, R., & van IJzendoorn, M. (2005). *L'intervento clinico basato sull'attaccamento. Promuovere la relazione genitore-bambino*. Bologna: Il Mulino.
- Cassidy, J. (2008). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 2-22). New York: Guilford Press. (Tr. it. La natura dei legami del bambino. In J. Cassidy & P. R. Shaver (a cura di), *Manuale dell'attaccamento: Teoria, ricerca e applicazioni cliniche* (pp. 7-28). Roma: Giovanni Fioriti, 2010).
- Cerezo, M. A., Pons-Salvador, S., & Trenado, R. M. (2008). Mother–infant interaction and children's socio-emotional development with high- and low-risk mothers. *Infant Behavior & Development*, 31(4), 578–589.
- Cervera, N. (1991). Unwed teenage pregnancy: Family relationships with the father of the baby. *Families in Society*, 72(1), 29–37.
- Chapman, S. W. C., & Wu, L. (2013). Substance use among adolescent mothers: A review. *Children and Youth Services Review*, 35(5), 806–815.
- Cherniss, C., & Herzog, E., (1996). Impact of home-based family therapy on maternal and child outcomes in disadvantaged adolescent mothers. *Family Relations*, 45(1), 72–79.

- Clemmens, D. (2001). The relationship between social support and adolescent mothers' interactions with their infants: A meta-analysis. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 30(4), 410–420.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37–46.
- Conway, A., & McDonough, S. (2006). Emotional resilience in early childhood. Developmental antecedent and relations to behaviour problems. *Annals New York Academy of Science*, 1094, 272–277.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1992). *When partners become parents: The big life change for couples*. New York: Basic Books.
- Cox, J., Bevill, L., Forsyth, J., Missal, S., Sherry, M., & Woods, E. (2005). Youth preferences for prenatal and parenting teen services. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 18(3), 167–174.
- Cramer, B. (1998). Mother—infant psychotherapies: A widening scope in technique. *Infant Mental Health Journal*, 19(2), 151–167.
- Crittenden, P. M. (1998). *Care-Index, revised coding manual*. Manoscritto non pubblicato.
- Crittenden, P. M. (2008). *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Culp, R. E., Culp, A. M., Osofsky, J. D., & Osofsky, H. J. (1991). Adolescent and older mothers' interaction patterns with their six-month-old infants. *Journal of Adolescence*, 14(2), 195–200.
- Cumberland-Li, A., Eisenberg, N., Champion, C., Gershoff, E. T., & Fabes, R. A. (2003). The relation of parental emotionality and related dispositional traits to parental expression of emotion and children's social functioning. *Motivation and Emotion*, 27(1), 27–56.
- Dahinten, V. S., Shapka, J., & Willms, J. D. (2007). Adolescent children of adolescent mothers: The impact of family functioning on trajectories of development. *Journal of Youth & Adolescence*, 36(2), 195–212.
- Demers, I., Bernier, A., Tarabulsy, G. M., & Provost, M. A. (2010). Mind-mindedness in adult and adolescent mothers: Relations to maternal sensitivity and infant attachment. *International Journal of Behavioral Development*, 34(6), 529–537.
- DeOliveira, C. A., Moran, G., & Pederson, D. R. (2005). Understanding the link between maternal adult attachment classifications and thoughts and feelings about emotion. *Attachment & Human Development*, 7(2), 153–170.
- de Paúl, J., & Domenech, L. (2000). Childhood history of abuse and child abuse potential in adolescent mothers: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 24(5), 701–713.

- Deutscher, B., Fewell, R. R., & Gross, M. (2006). Enhancing the interactions of teenage mothers and their at-risk children: Effectiveness of a maternal-focused intervention. *Topics in Early Childhood Special Education, 26*(4), 194–205.
- De Wolff, M. S., & van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development, 68*(4), 571–591.
- Di Blasio, P. (2000). *Psicologia del bambino maltrattato*. Bologna: Il Mulino.
- Diener, M. L., Mangelsdorf, S. C., McHale, J. L., & Frosch, C. A. (2002). Infants' behavioural strategies for emotion regulation with fathers and mothers: Associations with emotional expressions and attachment quality. *Infancy, 3*(2), 153–174.
- D'Odorico, L. (1990). *L'osservazione del comportamento infantile*. Milano: Raffaello Cortina.
- Downing, G. (2001). *Changing procedural representations*. Manoscritto non pubblicato. Paris: France.
- Downing, G. (2005). Emotion, body, and parent–infant interaction. In J. Nadel & D. Miur (Eds.), *Emotional development: Recent research advances* (pp. 229–249). Oxford: Oxford University Press.
- Downing, G. (2007). A different way to help. In S. Greenspan & S. Shanker (Eds.), *Human development in der 21st century: Visionary ideas from systems scientists* (pp. 200–225). Cambridge, GB: Cambridge University Press.
- Downing, G., Bürgin, D., Reck, C., & Ziegenhain, U. (2008). Interfaces between intersubjectivity and attachment: Three perspectives on a mother–infant inpatient case. *Infant Mental Health Journal, 29*(3), 278–295.
- Downing, G., Wortmann-Fleischer, S., von Einsiedel, R., Jordan, W., & Reck, C. (2013). Video intervention therapy with parents with a psychiatric disturbance. In K. Brandt, B. Perry, S. Seligman, & E. Tronick (Eds.), *Infant and early childhood mental health: Core concepts and clinical practice*. (pp. 261–280). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Driscoll, J. R., & Easterbrooks, M. A. (2007). Young mothers' play with their toddlers: Individual variability as a function of psychosocial factors. *Infant & Child Development, 16*(6), 649–670.
- Dubowitz, H., Black, M., Kerr, M. A., Starr, R. G., & Harrington, D. (2000). Fathers and child neglect. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 154*(2), 135–141.
- Dukewich, T. L., Borkowski, J. G., & Whitman, T. L. (1996). Adolescent mothers and child abuse potential: An evaluation of risk factors. *Child Abuse & Neglect, 20*(11), 1031–1047.
- East, P., & Jacobson, L. (2003). Mothers' differential treatment of their adolescent childbearing and nonchildbearing children: Contrasts between and within families. *Journal of Family Psychology, 17*(3), 384–396.

- Easterbrooks, M. A., Chaudhuri, J. H., & Gestsdottir, S. (2005). Patterns of emotional availability among young mothers and their infants: A dyadic, contextual analysis. *Infant Mental Health Journal, 26*(4), 309–326.
- Edwards, R. C., Thullen, M. J., Isarowong, N., Shiu, C. S., Henson, L., & Hans, S. L. (2012). Supportive relationships and the trajectory of depressive symptoms among young, African American mothers. *Journal of Family Psychology, 26*(4), 585–594.
- Egeland, B., & Erickson, M. (2004). Lessons from STEEP: Linking theory, research and practice on the well-being of infants and parents. In A. Sameroff, S. McDonough, & K. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems* (pp. 213-242). New York, NY: Guilford Publications, Inc. (Tr. it. Lezioni tratte dallo STEEP: Collegare teoria, ricerca e pratica per il benessere di bambini e genitori. In A. Sameroff, S. McDonough, & K. Rosenblum (a cura di), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*. Bologna: Il Mulino, 2006).
- Emde, R. N. (1991). Positive emotions for psychoanalytic theory: Surprises from infancy research and new directions. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 39*(Suppl), 5–44.
- Emde, R. N., Everhart, K. D., & Wise, B. K. (2004). Therapeutic relationships in infant mental health and the concept of leverage. In A. Sameroff, S. McDonough e K. Rosenblum (Eds.) *Treating parent-infant relationship problems*. New York: Guilford Press. (Tr. it. Relazioni terapeutiche nella salute mentale infantile e il concetto di fulcro. In A. Sameroff, S. McDonough & K. Rosenblum (a cura di), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*. Bologna: Il Mulino, 2006).
- Emery, J., Paquette, D., & Bigras, M. (2008). Factors predicting attachment patterns in infants of adolescent mothers. *Journal of Family Studies, 14*(1), 65–90.
- Eshbaugh, E. M. (2008). Teen mothers: Marriage, cohabitation, and educational achievement. *Journal of Family Social Work, 11*(1), 3–16.
- Evans, C. A., & Porter, C. L. (2009). The emergence of mother–infant co-regulation during the first year: Links to infants’ developmental status and attachment. *Infant Behavior & Development, 32*(2), 147–158.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. Lapsley, A., & Rosiman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children’s externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development, 81*(2), 435–456.
- Feldman, R. (2010). The relational basis of adolescent adjustment: trajectories of mother-child interactive behaviors from infancy to adolescence shape adolescents' adaptation. *Attachment & Human Development, 12*(1-2), 173–192.
- Field, T., Healy, B. T., Goldstein, S., & Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother–infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology, 26*(1), 7–14.

- Figueiredo, B., Bifulco, A., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Teenage pregnancy, attachment style, and depression: A comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. *Attachment & Human Development, 8*(2), 123–138.
- Figueiredo, B., Tendais, I., & Dias, C. C. (2014). Maternal adjustment and maternal attitudes in adolescent and adult pregnant women. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology, 27*(4), 194–201.
- Finer, L. B., & Zolna, M. R. (2011). Unintended pregnancy in the United States: Incidence and disparities, 2006. *Contraception, 84*(5), 478–485.
- Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (1999). *The primary triangle. A developmental systems view of mothers, fathers and infants*. New York: Basic Books. (Trad. it. *Il triangolo primario*. Milano: Raffaello Cortina, 2000).
- Fivaz-Depeursinge, E., Corboz-Warnery, A., & Keren, M. (2004). The primary triangle: Treating infants in their families. In A. Sameroff, S. McDonough, & K. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems* (pp. 123-151). New York: Guilford Press. (Tr. it. Il triangolo primario: Il trattamento dei bambini nelle loro famiglie. In A. Sameroff, S. McDonough & K. Rosenblum (a cura di), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino* (pp. 153-182). Bologna: Il Mulino, 2006).
- Flaherty, S. C., & Sadler, L. S., (2011). A review of attachment theory in the context of adolescent parenting. *Journal of Pediatric Health Care, 25*(2), 114–121.
- Fletcher, J., Fairtlough, A., & McDonald, L. (2013). Engaging young parents and their families in a multi-family group work intervention: Lessons from a pilot in England. *Practice: Social Work in Action, 25*(3), 151–167.
- Florsheim, P., Burrow-Sánchez, J. J., Minami, T., McArthur, L., Heavin, S., & Hudak, C. (2012). Young parenthood program: Supporting positive paternal engagement through coparenting counseling. *American Journal of Public Health, 102*(10), 1886–1892.
- Florsheim, P., & Smith, A. (2005). Expectant adolescent couple interactions and subsequent parenting behaviors. *Infant Mental Health Journal, 26*(6), 504–520.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press. (Tr. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Milano: Raffaello Cortina, 2005).
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in Self-Organization. *Development and Psychopathology, 9*(4), 679–700.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-Functioning Manual, version 5.0, for application to Adult Attachment Interviews*. London: University College London.
- Ford, J. (2010). Complex adult sequelae of early life exposure to psychological trauma. In R. A. Lanius, E. Vermetten, & C. Pain (Eds.), *The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic* (pp. 69-76). New York: Cambridge University Press. (Tr. it. Sequele

- complesse nell'adulto dell'esposizione precoce a trauma psicologico. In R. A. Lanius, E. Vermetten, & C. Pain (a cura di), *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia* (pp. 69-76). Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2012).
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 87–422.
- Francesconi, M. (2008). Adult outcomes for children of teenage mothers. *Scandinavian Journal of Economics*, 110(1), 93–117.
- Fukkink, R. G. (2008). Video feedback in the widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 904–916.
- Furstenberg, F. F., Brooks-Gunn, J., & Chase-Lansdale, L. (1989). Teenaged pregnancy and child-bearing. *American Psychologist*, 44(2), 313–320.
- Futris, T. G., & Schoppe-Sullivan, S. J. (2007). Mothers' perceptions of barriers, parenting alliance, and adolescent fathers' engagement with their children. *Family Relations*, 56(3), 258–269.
- Garner, P. W., Rennie, K. M., & Miner, J. L. (1996). Sharing attention to toys: Adolescent mother-toddler dyads. *Early Development & Parenting*, 5(2), 101–110.
- Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2003). Studying infant temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire. *Infant Behavior & Development*, 26(1), 64–86.
- Geeraert, L., Van den Noortgate, W., Grietens, H., & Onghena, P. (2004). The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta-analysis. *Child Maltreatment*, 9(3), 277–291.
- George, C., Kaplan, M., & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview*. Manoscritto non pubblicato, University of California, Berkeley.
- Giardino, J., Gonzalez, A., Steiner, M., & Fleming, A. S. (2008). Effects of motherhood on physiological and subjective responses to infant cries in teenage mothers: A comparison with non-mothers and adult mothers. *Hormones and Behavior*, 53(1), 149–158.
- Giedd, J. N. (2005). Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 77–85.
- Gomby, D. (2007). The promise and limitations of home visiting: Implementing effective programs. *Child Abuse & Neglect*, 31(8), 793–799.
- Grienenberger, J., Kelley, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, 7(3), 299–311.



- Guarino, A., Di Blasio, P., D'Alessio, M., Camisasca, E., & Serantoni, G. (2008). *PSI. Parenting Stress Index-Forma breve. Per l'identificazione precoce di sistemi relazionali genitore-bambino stressanti*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali.
- Haft, W., & Slade, A. (1989). Affect attunement and maternal attachment: A pilot study. *Infant Mental Health Journal, 10*(3), 157–172.
- Hamburg, B. A. (1986). Subsets of adolescent mothers: Developmental, biomedical, and psychosocial issues. In J. B. Lancaster & B. A. Hamburg (Eds.), *School-age pregnancy and parenthood, biosocial dimensions*. New York: Aldine, De Gruyter.
- Hennighausen, K., & Lyons-Ruth, K. (2005). Disorganization of behavioral and attentional strategies toward primary attachment figures: From biologic to dialogic processes. In S. Carter, L. Ahnert, K. E. Grassmann, S. Hrady, M. Lamb, S. Porges, & N. Sachser (Eds.), *Attachment and bonding: A new synthesis. Dahlem Workshop Report n. 92* (pp. 269-301). Cambridge, MA: MIT Press.
- Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy & P. Shavers (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 395-433). New York: The Guilford Press. (Tr. it. L'Adult Attachment Interview: Prospettive storiche e attuali. In J. Cassidy & P. R. Shaver (a cura di), *Manuale dell'attaccamento, teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti, 2002).
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A., & Marks, J. S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy: Long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics, 113*(2), 320–327.
- Hillson, J. M. C., & Kuiper, N. A. (1994). A stress and coping model of child maltreatment. *Clinical Psychology Review, 14*(4), 261–285.
- Hofacker, N., & Papousek, M. (1998). Disorders of excessive crying, feeding, and sleeping: The Munich interdisciplinary research and intervention program. *Infant Mental Health Journal, 19*(2), 180–201.
- Hoffman, S. D., & Maynard, R. A. (2008). *Kids having kids: Economic costs and social consequences of teen pregnancy* (2nd ed.). Washington: Urban Institute Press.
- Hollingshead, A. A. (1975). *Four-factor index of social status*. Manoscritto non pubblicato. New Haven, CT: Yale University.
- Horwitz, S. M., Bruce, M. L., Hoff, R. A., Harley, I., & Jekel, J. F. (1996). Depression in former school-age mothers and community comparison subjects. *Journal of Affect and Disorder, 40*(1-2), 95–103.
- Howard, K. S., Lefever, J. E., Borkowski, J. G., & Whitman, T. L. (2006). Fathers' influence in the lives of children with adolescent mothers. *Journal of Family Psychology, 20*(3), 468–476.
- Howes, C. (1999). Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp.

- 671–687). New York: Guilford Press. (Tr. it. La relazione di attaccamento nel contesto di caregiver multipli. In J. Cassidy & P. R. Shaver (a cura di), *Manuale dell'attaccamento: Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti, 2002).
- Huang, C. Y., Costeines, J. Kaufman, J. S., & Ayala, C. (2014). Parenting stress, social support, and depression for ethnic minority adolescent mothers: Impact on child development. *Journal of Child and Family Studies*, *23*(2), 255–262.
- Ierardi, E., Riva Crugnola, C., Gazzotti, S., Ferro, V., & Albizzati, A. (2013). Mother-infant interaction in infancy and attachment and psychopathological risk at 6 years: A longitudinal study. *6th International Attachment Conference, August 31-September 1, Pavia, Italy, Medimond International Proceedings*, 41–45.
- Istat (2014). *Iscritti in anagrafe per nascita*. Disponibile su <http://demo.istat.it/altridati/IscrittiNascita/index.html>.
- Jaffee, S., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2001). Why are children born to teen mothers at risk for adverse outcomes in young adulthood? Results from a 20-year longitudinal study. *Development and Psychopathology*, *13*(2), 377–397.
- Jaffee, S. R., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Taylor, A. (2003). Life with (or without) father: The benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child Development*, *74*(1), 109–126.
- Jahromi, L. B., Umana-Taylor, A. J., Updegraff, K. A., & Lara, E. E. (2012). Birth characteristics and developmental outcomes of factors. *International Journal of Behavioral Development*, *36*(2), 146–156.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2008). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. New York/London: Taylor and Francis Group.
- Juffer, F., Hoksbergen, R. A. C., Riksen-Walraven, J. M. A., & Kohnstamm, G. A. (1997). Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *38*(8), 1039–1050.
- Jutte, D. P., Roos, N. R., Brownell, M. D., Briggs, G., MacWilliam, L., & Roos, L. L. (2010). The ripples of adolescent motherhood: Social, educational, and medical outcomes for children of teen and prior teen mothers. *Academic Pediatrics*, *10*(5), 293–301.
- Kalinauskiene, L., Cekuoliene, D., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & Kusakovskaja, I. (2009). Supporting insensitive mothers: The Vilnius randomized control trial of video-feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment security. *Child: Care, Health and Development*, *35*(5), 613–623.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1989). The intergenerational transmission of abuse. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. New York: Cambridge University Press.

- Kitzman, H. J., Olds, D. L., Cole, R. E., Hanks, C. A., Anson, E. A., Arcoletto, K. J., Luckey, D. W., Knudtson, M. D., Henderson, C. R. Jr, & Holmberg, J. R. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *164*(5), 412–418.
- Kleiber, B. V., & Dimidjian, S. (2014). Postpartum depression among adolescent mothers: A comprehensive review of prevalence, course, correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology, Science and Practice*, *21*(1), 48–66.
- Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2006). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment, differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology*, *20*(2), 266–274.
- Kok, R., Linting, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Jaddoe, V. W .V., Hofman, A., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2013). Maternal sensitivity and internalizing problems: Evidence from two longitudinal studies in early childhood. *Child Psychiatry and Human Development*, *44*(6), 751–765.
- Koniak-Griffin, D., Lesser, J., Uman, G., & Nyamathi, A. (2003). Teen pregnancy, motherhood, and unprotected sexual activity. *Research in Nursing and Health*, *26*(1), 4–19.
- Krishnakumar, A., & Black, M. M. (2003). Family processes within three generation households and adolescent mothers' satisfaction with father involvement. *Journal of Family Psychology*, *17*(4), 488–498.
- Krpan, K. M., Coombs, R., Zinga, D., Steiner, M., & Fleming, A. S. (2005). Experiential and hormonal correlates of maternal behavior in teen and adult mothers. *Hormones and Behavior*, *47*(1), 112–122.
- Lacroix, V., Pomerleau, A., & Malcuit, G. (2002). Properties of adult and adolescent mothers' speech, children's verbal performance and cognitive development in different socioeconomic groups: A longitudinal study. *First Language*, *22*(2), 173–196.
- Landry, S. H., Smith, K. E., & Swank, P. R. (2006). Responsive parenting, establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills. *Developmental Psychology*, *42*(4), 627–642.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., & Pain, C. (2010). *The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic*. New York: Cambridge University Press (Tr. it. *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2012).
- Leaman, S. C., & Gee, C. B. (2008). Intimate partner violence among adolescent and young adult mothers. *Journal of Family Violence*, *23*(6), 519–528.
- Lee, Y. (2009). Early motherhood and harsh parenting: The role of human, social, and cultural capital. *Child Abuse & Neglect*, *33*(9), 625–637.

- Lee, Y., & Guterman, N. B. (2010). Young mother-father dyads and maternal harsh parenting behavior. *Child Abuse & Neglect*, *34*(11), 874–885.
- Leerkes, E. M. (2010). Predictors of maternal sensitivity to infant distress. *Parenting: Science and Practice*, *10*(3), 219–239.
- Leerkes, E. M. (2011). Maternal sensitivity during distressing tasks: A unique predictor of attachment security. *Infant Behavior & Development*, *34*(3), 443–446.
- Leerkes, E. M., Blankson, A. N., & O'Brien, M. (2009). Differential effects of maternal sensitivity to infant distress and non-distress on social-emotional functioning. *Child Development*, *80*(3), 762–775.
- Lehti, V., Niemelä, S., Heinze, M., Sillanmäki, L., Helenius, H., Piha, J., Kumpulainen, K., Tamminen, T., Almqvist, F., & Sourander, A. (2012). Childhood predictors of becoming a teenage mother among Finnish girls. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, *91*(11), 1319–1325.
- Lehti, V., Sourander, A., Klomek, A., Niemelä, S., Sillanmäki, L., Piha, J., Kumpulainen, K., Tamminen, T., Moilanen, I., & Almqvist, F. (2011). Childhood bullying as a predictor for becoming a teenage mother in Finland. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *20*(1), 49–55.
- Letourneau, N. L., Stewart, M. J., & Barnfather, A. K. (2004). Adolescent mothers: Support needs, resources, and support-education interventions. *Journal of Adolescent Health*, *35*(6), 509–525.
- Le Van, C. (1998). *Le grossesses à l'adolescence normes sociales, réalités vécues*. Paris: L'Harmattan.
- Lewin, A., Mitchell, S. J., Beers, L. S., Feinberg, M. E., & Minkovitz, C. S. (2012). Coparenting in teen mothers and their children's fathers, evidence from the early childhood longitudinal study–birth cohort. *Academic Pediatrics*, *12*(6), 539–545.
- Lewin, A., Mitchell, S. J., Waters, D., Hodgkinson, S., Southammakosane, C., & Gilmore, J. (2014). The protective effects of father involvement for infants of teen mothers with depressive symptoms. *Maternal and Child Health Journal*, in stampa.
- Lieberman, A. F., & Pawl, J. H. (1993). Infant–parent psychotherapy. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 427–442). New York: Guildford Press. (Tr. it. Psicoterapia genitore-bambino. In C. H. Zeanah (a cura di), *Manuale di salute mentale infantile*. Milano: Masson, 1996).
- Liotti, G., & Farina, B. (2012). Introduzione. In R. A. Lanius, E. Vermetten & C. Pain (a cura di), *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.

- Lipman, E. L., Georgiades, K., & Boyle, M. H. (2011). Young adult outcomes of children born to teen mothers: Effects of being born during their teen or later years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(3), 232–241.
- Logsdon, M. C., Birkimer, J. C., Simpson, T., & Looney, S. (2005). Postpartum depression and social support in adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 34*(1), 46–54.
- Logsdon, M. C., & Koniak-Griffin, D. (2005). Social support in postpartum adolescents: Guidelines for nursing assessments and interventions. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 34*(6), 761–768.
- Long, M. S. (2009). Disorganized attachment relationships in infants of adolescent mothers and factors that may augment positive outcomes. *Adolescence, 44*(175), 621–633.
- Lounds, J. J., Borkowski, J. G., Thomas, L., Maxwell, S. E., & Weed, K. (2005). Adolescent parenting and attachment during infancy and early childhood. *Parenting: Science and Practice, 5*(1), 91–118.
- Lyons-Ruth, K. (2006). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanalytic Inquiry, 26*(4), 595–616.
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J., Easterbrooks, M. A., Obsuth, I., Hennighausen, K., & Vulliez-Coady, L. (2013). Parsing the construct of maternal insensitivity: Distinct longitudinal pathways associated with early maternal withdrawal. *Attachment & Human Development, 15*(5-6), 562–582.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D., Grunebaum, H., & Botein, D. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development, 61*(1), 85–98.
- Lyons-Ruth, K., & Easterbrooks, M. A. (2006). Assessing mediated models of family change in response to infant home-visiting: A two-phase longitudinal analysis. *Infant Mental Health Journal, 27*(1-2), 55–69.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization. Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 520-554). New York: Guilford Press. (Tr. it. La disorganizzazione dell'attaccamento. In J. Cassidy & P. R. Shaver (a cura di), *Manuale dell'attaccamento: Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti, 2002).
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2003). Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal Unresolved and Hostile-Helpless states of mind on the AAI. *Attachment & Human Development, 5*(4), 330–352.
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Developmental Psychology, 49*(4), 672–689.

- Madigan, S., Moran, G., & Pederson, D. R. (2006). Unresolved states of mind, disorganized attachment relationships, and disrupted interactions of adolescent mothers and their infants. *Developmental Psychology, 42*(2), 293–304.
- Madigan, S., Vaillancourt, K., & Mckibbin, A. (2012). The reporting of maltreatment experiences during the Adult Attachment Interview in a sample of pregnant adolescents. *Attachment & Human Development, 14*(2), 119–143.
- Madigan, S., Wade, M., Tarabulsy, G., Jenkins, J. M., & Shouldice, M. (2014). Association between abuse history and adolescent pregnancy: A Meta-analysis. *Journal of Adolescent Health, 55*(2), 151–159.
- Main, M., Goldwyn, R., & Hesse, E. (2002). *Adult Attachment Scoring and classification systems (Version 7.1)*. Manoscritto non pubblicato, University of California at Berkeley.
- Main, M., & Hesse, E. (1992). Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori. In M. Ammaniti & D. Stern (a cura di), *Attaccamento e Psicoanalisi*. Bari: La terza.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton, & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the society for research in child development, 209*(50), 66–104.
- Manlove, J., Ikramullah, E., Mincieli, L., Holcombe, E., & Danish, S. (2009). Trends in sexual experience: Contraceptive use, and teenage childbearing, 1992-2002. *Journal of Adolescent Health, 44*(5), 413–423.
- Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R. K., & Tamminen, T. (2004). Early mother-infant interaction, parental mental health and symptoms of behavioral and emotional problems in toddlers. *Infant Behavior & Development, 27*(2), 134–149.
- Marchegiani, I., & Grasso, M. (2007). Gravidanze in adolescenza: Un'indagine esplorativa. *Infanzia e adolescenza, 6*(3), 178–196.
- Martin, A., Brazil, A., & Brooks-Gunn, J. (2013). The socioemotional outcomes of young children of teenage mothers by paternal coresidence. *Journal of Family Issues, 34*(9), 1217–1237.
- Mayers, H. A., Hager-Budny, M., & Buckner, E. B. (2008). The Chances for Children teen parent-infant project: Results of a pilot intervention for teen mothers and their infants in inner city high schools. *Infant Mental Health Journal, 29*(4), 320–342.
- Mayers, H. A., & Siegler, A. L. (2004). Finding each other using a psychoanalytic-developmental perspective to build understanding and strengthen attachment between teenaged mothers and their babies. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 3*(4), 44–465.

- McDonald, L., Conrad, T., Fairtlough, A., Fletcher, J., Green, L., Moore, L., & Lepps, B. (2009). An evaluation of a groupwork intervention for teenage mothers and their families. *Child and Family Social Work, 14*(1), 45–57.
- McDonough, S. C. (1993). Interaction Guidance: Understanding and treating early infant-caregiver relationship disturbances. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 414-426). New York, NY: Guilford Press. (Tr. it. Guida all'interazione: capire e trattare i disturbi delle relazioni precoci genitore-bambino. In C. H. Zeanah (a cura di), *Manuale di salute mentale infantile*. Milano: Masson, 1996).
- McDonough, S. C. (2004). Interaction guidance, promoting and nurturing the caregiving relationship. In A. Sameroff, S. McDonough, & K. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems* (pp. 79-86). New York: Guilford Press. (Tr. it. Guida all'interazione, promuovere e sostenere la relazione di caregiving. In A. Sameroff, S. McDonough, & K. Rosenblum (a cura di), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino* (pp. 107-126). Bologna: Il Mulino, 2006).
- McHale, J. P., & Fivaz-Depeursinge, E. (1999). Understanding triadic and family group interactions during infancy and toddlerhood. *Clinical Child and Family Psychology Review, 2*(2), 107–127.
- Meade, C., Kershaw, T. S., & Ickovics, J. R. (2008). The intergenerational cycle of teenage motherhood: An ecological approach. *Health Psychology, 27*(4), 419–429.
- Meadows-Oliver, M., & Sadler, L. S. (2010). Depression among adolescent mothers enrolled in a high school parenting program. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 48*(12), 34–41.
- Meins, E. (1997). *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove: Psychology Press. (Tr. it. *Sicurezza e sviluppo sociale della conoscenza. Nuove prospettive per la teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina, 1997).
- Mesman, J. (2010). Maternal responsiveness to infants: Comparing micro- and macro-level measures. *Attachment & Human Development, 12*(1-2), 143–149.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1999). The association between parental reports of attachment style and family dynamics and offspring's reports of adult attachment style. *Family Process, 38*(2), 243–257.
- Milan, S., Lewis, J., Ethier, K., Kershaw, T., & Ickovics, J. R. (2004). The impact of physical maltreatment history on the adolescent mother–infant relationship: Mediating and moderating effects during the transition to early parenthood. *Journal of Abnormal Child Psychology, 32*(3), 249–261.
- Miller, L., Gur, M., Shanok, A., & Weissman, M. (2008). Interpersonal psychotherapy with pregnant adolescents: Two pilot studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(7), 733–742.

- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Families therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press. (Tr. it. *Guida alle tecniche di terapia familiare*. Roma: Astrolabio, 1982).
- Moffitt, T. E. (2002). Teen-aged mothers in contemporary Britain. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 43(6), 727–742.
- Mollborn, S., & Dennis, J. A. (2012). Investigating the life situations and development of teenage mothers' children: Evidence from the ECLS-B. *Population Research and Policy Review*, 31(1), 31–66.
- Mollborn, S., & Morningstar, E. (2009). Investigating the relationship between teenage childbearing and psychological distress using longitudinal evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(3), 310–326.
- Moore, M. R., & Brooks-Gunn, J. (2002). Adolescent parenthood. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting. Vol. 3: Being and becoming a parent (2nd ed.)* (pp. 173-214). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Moran, G., Pederson, D. R., & Krupka, A. (2005). Maternal unresolved attachment status impedes the effectiveness of interventions with adolescent mothers. *Infant Mental Health Journal*, 26(3), 231–249.
- Morinis, J., Carons, C., & Quigley, M. A. (2013). Effect of teenage motherhood on cognitive outcomes in children: A population-based cohort study. *Archives of disease in childhood*, 98(12), 259–264.
- Mullany, B., Barlow, A., Neault, N., Billy, T., Jones, T., Tortice, I., Lorenzo, S., Powers, J., Lake, K., Reid, R., & Walkup, J. (2012). The Family Spirit Trial for American Indian teen mothers and their children: CBPR rationale, design, methods and baseline characteristics. *Prevention Science*, 13(5), 504–518.
- Nicolson, S., Judd, F., Thomson-Salo, F., & Mitchell, S. (2013). Supporting the adolescent mother–infant relationship: Preliminary trial of a brief perinatal attachment intervention. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6), 511–520.
- Nievar, M. A., Van Egeren, L. A., & Pollard, S. E. (2010). A meta-analysis of home visiting: Moderators of improvements in maternal behavior. *Infant Mental Health Journal*, 31(5), 499–520.
- Noll, J. G., Shenk, C. E., & Putnam, K. T. (2009). Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: A meta-analytic update. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(4), 366–378.
- Oberlander, S. E., Black, M. M., & Starr, R. H. (2007). African American adolescent mothers and grandmothers: A multigenerational approach to parenting. *American Journal of Community Psychology*, 39(1-2), 37–46.
- Olds, D., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Jr., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., Sidora, K., Morris, P., Pettitt, L., & Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life



- course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 278(8), 637–643.
- Olds, D. L., Hill, P. L., O'Brien, R., Racine, D., & Moritz, P. (2003). Taking preventive intervention to scale: The nurse-family partnership. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), 278–290.
- Olds, D. L., Kitzman, H. J., Cole, R. E., Hanks, C. A., Arcoleo, K. J., Anson, E. A., Luckey, D. W., Knudtson, M. D., Henderson, C. R. Jr, Bondy, J., & Stevenson, A. J. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(5), 419–424.
- Osofsky, J. D., Eberhart-Wright, A., Ware, L. M., & Hann, D. M. (1992). Children of adolescent mothers: A group at risk for psychopathology. *Infant Mental Health Journal*, 13(2), 119–131.
- Osofsky, J. D., Hann, D. M., & Peebles, C. (1993). Adolescent parenthood: Risks and opportunities for mothers and infants. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 106-199). New York: Guildford Press. (Tr. it. Genitori adolescenti: Rischi e opportunità per madri e bambini. In C. H. Zeanah (a cura di), *Manuale di salute mentale infantile*. Milano: Masson, 1996).
- Oxford, M. L., Gilchrist, L. D., Lohr, M. J., Gillmore, M. R., Morrison, D. M., & Spieker, S. J. (2005). Life course heterogeneity in the transition from adolescence to adulthood among adolescent mothers. *Journal of Research On Adolescence*, 15(4), 479–504.
- Papoušek, M., Schieche, M., & Wurmser, H. (2008). *Disorders of Behavioral and Emotional Regulation in the first years of life*. Washington, DC: Zero to Three Press.
- Pears, K. C., Pierce, S. L., Kim, H. K., Capaldi, D. M., & Owen, L. D. (2005). The timing of entry into fatherhood in young, at-risk men. *Journal of Marriage and Family*, 67(2), 429–447.
- Pelaez, M., Field, T., Pickens, J. N., & Hart, S. (2008). Disengaged and authoritarian parenting behavior of depressed mothers with toddlers. *Infant Behavior & Development*, 31(1), 145–148.
- Pillhofer, M., Spangler, G., Bovenschen, I., Kuenster, A. K., Gabler, S., Fallon, B., Fegert, J. M., & Ziegenhain, U. (2014). Pilot study of a program delivered within the regular service system in Germany: Effect of a short-term attachment-based intervention on maternal sensitivity in mothers at risk for child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, in stampa.
- Poehlmann, J., & Fiese, B. H. (2001). The interaction of maternal and infant vulnerabilities on developing attachment relationships. *Development and Psychopathology*, 13(1), 1–11.
- Pomerleau, A., Scuccimarri, C., & Malcuit, G. (2003). Mother-infant behavioural interactions in teenage and adult mothers during the first six months postpartum: relations with infant development. *Infant Mental Health Journal*, 24(5), 495–509.

- Rafferty, Y., Griffin, K. W., & Lodise, M. (2011). Adolescent motherhood and developmental outcomes of children in Early Head Start: The influence of maternal parenting behaviors, well-being, and risk factors within the family setting. *The American Journal of Orthopsychiatry*, *81*(2), 228–245.
- Raval, V., Goldberg, S., Atkinson, L., Benoit, D., Myhal, N., Poulton, L., & Zwiars, M. (2001). Maternal attachment, maternal responsiveness and infant attachment. *Infant Behavior & Development*, *24*(3), 281–304.
- Reck, C., Noe, D., Stefenelli, U., Fuchs, T., Cenciotti, F., Stehle, E., Mundt, C., Downing, G., & Tronick, E. Z. (2011). Interactive coordination of currently depressed inpatient mothers and their infants during the postpartum period. *Infant Mental Health Journal*, *32*(5), 542–562.
- Reddy, V., Hay, D., Murray, L., & Trevarthen, C. (1997). Communication in infancy: Mutual regulation of affect and attention. In G. Bremner, A. Slater, & G. Butterworth (Eds.), *Infant development. Recent advances* (pp. 247-273). Hove, East Sussex: Psychology Press.
- Reid, V., & Meadows-Oliver, M. (2007). Postpartum depression in adolescent mothers: An integrated review of the literature. *Journal of Pediatric Health Care*, *21*(5), 289–298.
- Riggs, L., Holmbeck, G., Paikoff, R., & Bryant, F. B. (2004). Teen mothers parenting their own teen offspring: The moderating role of parenting support. *Journal of Early Adolescence*, *24*(3), 200–230.
- Riva Crugnola, C. (2007). *Il bambino e le sue relazioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Riva Crugnola, C., Gazzotti, S., Ierardi, E., Moiola, M., & Albizzati, A. (2012a). Motherhood in adolescence, interactive styles, mother and infant affective state and dyadic emotional regulation. *Infant Mental Health Journal*, *33*(Suppl. 3), 17.
- Riva Crugnola, C., Gazzotti, S., & Spinelli, M. (2012b). Le interazioni tra genitore-bambino. In C. Riva Crugnola (a cura di), *La relazione genitore-bambino. Tra adeguatezza e rischio* (pp. 169-199). Bologna: Il Mulino.
- Riva Crugnola, C., Gazzotti, S., Spinelli, M., Ierardi, E., Caprin, C., & Albizzati, A. (2013a). Maternal attachment influences mother-infant styles of regulation and play with objects at nine months. *Attachment & Human Development*, *15*(2), 107–131.
- Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Albizzati, A., & Downing, G. (in stampa). Promoting responsiveness, emotion regulation and attachment in young mothers and infants (PRERAYMI): An implementation of Video Intervention Therapy and psychological support. In H. Steele & M. Steele, *Handbook of attachment-based interventions*. New York: Guilford Press.
- Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Costantino, E., & Boati, L. (2012c). Modelli di prevenzione e intervento rivolti a genitori e bambini nella prima infanzia. In C. Riva Crugnola (a cura di), *La relazione genitore-bambino. Tra adeguatezza e rischio* (pp. 201-233). Bologna: Il Mulino.

- Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Gazzotti, S., & Albizzati, A. (2013b). Emotion regulation and maternal attachment in adolescent mothers and their infants, risk assessment and video feedback intervention. *6th International Attachment Conference, August 31- September 1, Pavia, Italy, Medimond International Proceedings, 21–26.*
- Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Gazzotti, S., & Albizzati, A. (2014a). Motherhood in adolescent mothers, maternal attachment, mother-infant styles of interaction and emotion regulation at three months. *Infant Behavior & Development, 37(1), 44–56.*
- Riva Crugnola, C., Moioli, M., Ierardi, E., Gazzotti, S., Boati, L., Costantino, E., Caiati, L., Lanzi, R., & Albizzati, A. (2014b). Madri adolescenti: Due minori a rischio. *Mondo Pediatrico, 1, 32–37.*
- Romano, E., Zoccolillo, M., & Paquette, D. (2006). Histories of child maltreatment and psychiatric disorder in pregnant adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45(3), 329–336.*
- Rossi, G. (1994). La rilevazione del SES in due contesti culturali italiani. Poster presentato alla Conferenza "Lo stile dell'interazione madre-bambino in differenti contesti culturali italiani", 14 Ottobre, Potenza, Università degli studi della Basilicata.
- Royce, C., & Balk, S. (1996). The relationship of partner support to outcomes for teenage mothers and their children: A review. *Journal of Adolescent Health, 19(2), 86–93.*
- Ruedinger, E., & Cox, J. E. (2012). Adolescent childbearing: Consequences and interventions. *Current opinion in pediatrics, 24(4), 446–452.*
- Ryan, R. M. (2012). Marital birth and early child outcomes: The moderating influence of marriage propensity. *Child Development, 83(3), 1085–1101.*
- Ryan-Krause, P., Meadows-Oliver, M., Sadler, L. S., & Swartz, M. (2009). Developmental status of children of teen mothers: Contrasting objective assessments with maternal reports. *Journal of Pediatric Health Care, 23(5), 303–309.*
- Sadler, L. S., Anderson, S. A., & Sabatelli, R. M. (2001). Parental competence among African American adolescent mothers and grandmothers. *Journal of Pediatric Nursing, 16(4), 217–233.*
- Sadler, L. S., & Clemmens, D. A. (2004). Ambivalent grandmothers raising teen daughters and their babies. *Journal of Family Nursing, 10(2), 211–231.*
- Sadler, L. S., Slade, A., Close, N., Webb, D. L., Simpson, T., Fennie, K., & Mayes, L. C. (2013). Minding the Baby: Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home-visiting program. *Infant Mental Health Journal, 34(5), 391–405.*
- Sameroff, A. J. (2004). Ports of entry and the dynamics of mother-infant interventions. In A. Sameroff, S. McDonough, & K. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems* (pp. 79-86). New York: Guilford Press. (Tr. it. Vie di ingresso e dinamiche degli

- interventi effettuati sulla relazione madre-bambino. In A. Sameroff, S. McDonough, & K. Rosenblum (a cura di), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino* (pp. 23-50). Bologna: Il Mulino, 2006).
- Sameroff, A. J., & Emde R. N. (1989). Relationships disturbances in early childhood. A developmental approach. New York: Basic Books. (Tr. it. *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Torino: Bollati Boringhieri, 1991).
- Sameroff, A., McDonough, S., & Rosenblum K. (2004). *Treating parent-infant relationship problems*. New York: Guilford Press. (Tr. it. *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*. Bologna: Il Mulino, 2006).
- Savio Beers, L. A., & Hollo, R. E. (2009). Approaching the adolescent-headed family: A review of teen parenting. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 39(9), 216–233.
- Scabini, E., & Iafrate, R. (2003). *Psicologia dei legami familiari*. Bologna: Il Mulino.
- Schaffer, M. A., Goodhue, A., Stennes, K., & Lanigan, C. (2012). Evaluation of a public health nurse visiting program for pregnant and parenting teens. *Public Health Nursing*, 29(3), 218–231.
- Schechter, D. S., Coots, T., Zeanah, C. H., Davies, M., Coates, S. W., Trabka, K. A., Marshall, R. D., Liebowitz, M. R., & Myers, M. M. (2005). Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample: Violence-related posttraumatic stress and reflective functioning. *Attachment & Human Development*, 7(3), 313–331.
- Secco, M. L., Profi, S., Kennedy, E., Walsh, A., Letourneau, N., & Stewart, M. (2007). Factors affecting postpartum depressive symptoms of adolescent mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 36(1), 47–54.
- Sellers, K., Black, M., Boris, N. W., Oberlander, S. E., & Myers, L. (2011). Adolescent mothers' relationships with their own mothers: Impact on parenting outcomes. *Journal of Family Psychology*, 25(1), 117–126.
- Sharp, E. A., Ispa, J. M., Thornburg, K. R., & Lane, V. (2003). Relations among mother and home visitor personality, relationship quality, and amount of time spent in home visits. *Journal of Community Psychology*, 31(6), 591–606.
- Sheftall, A. H., Schoppe-Sullivan, S. J., & Futris, T. G. (2010). Adolescent mothers' perceptions of the coparenting relationship with their child's father: A function of attachment security and trust. *Journal of Family Issues*, 31(7), 884–905.
- Sickel, A., Dillard, D., Trickett, P., Putnam, F., & Noll, J. (2014). Post trauma moderators in the childhood sexual abuse–teenage pregnancy/teenage childbirth relationships. *International Journal of Childbirth Education*, 29(1), 10–20.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269–281.

- Slade, A. (2007). Disorganized mother, disorganized children: The mentalization of affective dysregulation and therapeutic change. In D. Oppenheim & D. F. Goldsmith (Eds.), *Attachment theory in clinical work with children: Bridging the gap between research and practice* (pp. 246-249). New York: Guilford Press. (Tr. it. Madre disorganizzata, bambino disorganizzato. In D. Oppenheim & D. F. Goldsmith (a cura di), *La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini* (pp. 318-351). Roma: Borla, 2010).
- Slade, A., Aber, J. L., Bresgi, I., Berger, B., & Kaplan, M. (2004). *The Parent Development Interview Revised*. Manoscritto non pubblicato. New York: City University of New York.
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005a). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7(3), 283–298.
- Slade, A., Sadler, L., De Dios-Kenn, C., Webb, D., Currier-Ezepchick, J., & Mayes, L. (2005b). Minding the baby: A reflective parenting program. *Psychoanalytic Study of the Child*, 60, 74–100.
- Smith, M. M., & Grenyer, B. F. S. (1999). Psychosocial profile of pregnant adolescents in a large Australian regional area. *Australian Journal of Rural Health*, 7(1), 28–33.
- SmithBattle, L. (2006). Helping teen mothers succeed. *The Journal of School Nursing*, 22(3), 130–135.
- SmithBattle, L., Lorenzo, R., & Leander, S. (2013). Listening with care: Using narrative methods to cultivate nurses' responsive relationships in a home visiting intervention with teen mothers. *Nursing Inquiry*, 20(3), 188–198.
- Sommer, K., Whitman, T. L., Borkowski, J. G., Schellenbach, C., Maxwell, S., Keogh, D., Schellenbach, C., Maxwell, S., & Keogh, D. (1993). Cognitive readiness and adolescent parenting. *Developmental Psychology*, 29(2), 389–398.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press. (Tr. it. *Lo sviluppo delle emozioni. I primi anni di vita*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000).
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person*. New York: Guilford Press.
- Stacks, A. M., Muzik, M., Wong, K., Beeghly, M., Huth-Bocks, A., Irwin, J. L., & Rosenblum, K. L. (2014). Maternal reflective functioning among mothers with childhood maltreatment histories: Links to sensitive parenting and infant attachment security. *Attachment & Human Development*, 16(5), 515–533.
- Steele, M., & Baradon, T. (2004). Clinical use of the adult attachment interview in parent-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 25(4), 284–299.

- Steele, M., Murphy, A., & Steele, H. (2010). Identifying therapeutic action in an attachment-centered intervention with high risk families. *Clinical Social Work Journal*, 38(1), 61–72.
- Steele, H., & Steele, M. (2008). On the origins of reflective functioning. In F. Busch (Ed.), *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications. Psychoanalytic inquiry book series*, 29 (pp. 133-158). New York, NY: Analytic Books.
- Steele, M., Steele, H., Bate, J., Knafo, H., Kinsey, M. Bonuck, K., Meisner, P., & Murphy, A. (2014). Looking from the outside in: The use of video in attachment-based interventions. *Attachment & Human Development*, 16(4), 402–415.
- Stevenson Barratt, M., & Roach, M. A. (1995). Early interactive processes: Parenting by adolescent and adult single mothers. *Infant Behavior & Development*, 18(1), 97–109.
- Stevens-Simon, C., Nelligan, D., & Kelly, L. (2001). Adolescents at risk for mistreating their children. Part I, prenatal identification. *Child Abuse & Neglect*, 25(6), 737–751.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books. (Tr. it. *La costellazione materna, il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*. Torino: Boringhieri, 1995).
- Stern, D. N., Sandler, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweiler, N., & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The “something more” than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79(Pt 5), 903–921.
- Stiles, A. S. (2010). Case study of an intervention to enhance maternal sensitivity in adolescent mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 39(6), 723–733.
- Strunk, J. A. (2008). The effect of school-based health clinics on teenage pregnancy and parenting outcomes: An integrated literature review. *Journal of School Nursing*, 24(1), 13–20.
- Sullivan, K., Clark, J., Castrucci, B., Samsel, R., Fonseca, V., & Garcia, I. (2001). Continuing education mitigates the negative consequences of adolescent childbearing. *Maternal and Child Health Journal*, 15(3), 360–366.
- Sweet, M. A., & Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75(5), 1435–1456.
- Tamis-Lemonda, C. S., Shannon, J., & Spellmann, M. (2002). Low-income adolescent mothers’ knowledge about domains of child development. *Infant Mental Health Journal*, 23(1-2), 88–103.
- Tan, L. H., & Quinlivan, J. A. (2006). Domestic violence, single parenthood, and fathers in the setting of teenage pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 38(3), 201–207.

- Thompson, S. D., & Crase, S. J. (2004). Fathers of infants born to adolescent mothers: A comparison with non-parenting male peers and adolescent mothers. *Children and Youth Services Review, 26*(5), 489–505.
- Thompson, M. S., & Peebles-Wilkins, W. (1992). The impact of formal, informal, and societal support networks on the psychological well-being of black adolescent mothers. *Social Work, 37*(4), 322–328.
- Toga, A. W., Thompson, P. M., & Sowell, E. R. (2006). Mapping brain maturation. *Trends in neurosciences, 29*(3), 148–159.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy. A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.) *Before speech, the beginnings of human communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tronick, E., Als, H., & Brazelton, T. B. (1980). Monadic phases: A structural descriptive analysis of infant-mother face-to-face interaction. *Merrill-Palmer Quarterly, 26*(1), 3–24.
- Tronick, E. Z., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., & Stern, D. N. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal, 19*(3), 290–299.
- Tronick, E. Z., Messinger, D. S., Weinberg, M. K., Lester, B. M., Lagasse, L., Seifer, R., Bauer, C., Shankaran, S., Bada, H., Wright, L. L., Poole, K., & Liu, J. (2005). Cocaine exposure is associated with subtle compromises of infants' and mothers' social-emotion behavior and dyadic features of their interaction in the face-to-face Still-Face Paradigm. *Developmental Psychology, 41*(5), 711–722.
- Tronick, E. Z., & Weinberg, M. K. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. In L. Murray & P. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 54–81). New York, NY: Guilford Press.
- Valentino, K., Nuttall, A. K., Comas, M., Borkowski, J. G., & Akai, C. E. (2012). Intergenerational continuity of child abuse among adolescent mothers: Authoritarian parenting, community violence, and race. *Child Maltreatment, 17*(2), 172–181.
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin, 117*(3), 387–403.
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*(2), 225–249.
- Van Zeijl, J., Mesman, J., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Juffer, F. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 994–1005.

- Venkatesh, K. K., Phipps, M. G., Triche, E. W., & Zlotnick, C. (2014). The relationship between parental stress and postpartum depression among adolescent mothers enrolled in a randomized controlled prevention trial. *Maternal Child Health Journal*, *18*(6), 1532–1539.
- Ventura, S. J., & Hamilton, B. E. (2011). *U.S. teenage birth rate resumes decline*. NCHS Data Brief no. 58. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Ventura, S. J., Mosher, W. D., Curtin, S. C., Abma, J. C., & Henshaw, S. (2001). Trends in pregnancy rates for the United States, 1976-1997: An update. *National Vital Statistics Reports*, *49*, 1–9.
- Waddell, M. (2009). Why teenagers have babies. *Infant Observation, International Journal of Infant Observation and Its Applications*, *12*(3), 271–281.
- Wahn, E. H., Nissen, E., & Ahlberg, B. M. (2005). Becoming and being a teenage mother: How teenage girls in South Western Sweden view their situation. *Health Care for Women International*, *26*(7), 591–603.
- Ward, M. J., & Carlson, E. A. (1995). Association among adult attachment representations, maternal sensitivity, and the mother-infant attachment in a sample of adolescent mothers. *Child Development*, *66*(1), 69–79.
- Weinberg, M. K., & Tronick, E. Z. (1999). *Infant and caregiver engagement phases system*. Manoscritto non pubblicato. Boston: Harvard Medical School.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. (2008). Individual differences in infant–caregiver attachment: Conceptual and empirical aspects of security. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment, 2nd ed.* (pp. 78-101). New York: Guilford Press. (Tr. it. Differenze individuali nell'attaccamento bambino-genitore: Aspetti concettuali ed empirici sulla sicurezza. In J. Cassidy & P. R. Shaver (a cura di), *Manuale dell'attaccamento: Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti, 2010).
- Wendland-Carro, J., Piccinini, C. A., & Millar, W. S. (1999). The role of an early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction. *Child Development*, *70*(3), 713–721.
- Whitman, T. L., Borkowski, J. G., Keogh, D. A., & Weed, K. (2001). *Interwoven lives: Adolescent mothers and their children*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Whitson, M. L., Martinez, A., Ayala, C., & Kaufman, J. S. (2011). Predictors of parenting and infant outcomes for impoverished adolescent parents. *Journal of Family Social Work*, *14*(4), 284–297.
- Wildsmith, E., Manlove, J., Jekielek, S., Moore, K. A., & Mincieli, L. (2012). Teenage childbearing among youth born to teenage mothers. *Youth Society*, *44*(2), 258–283.
- Woods, E. R., Obeidallah-Davis, D., Sherry, M. K., Eminger, S. L., Simms, E. U., Dixon, R. R., Missal, S. M., & Cox, J. E. (2003). The parenting project for teen mothers: The impact of a



- nurturing curriculum on adolescent parenting skills and life hassles. *Ambulatory Pediatrics*, 3(5), 240–245.
- Woodward, L., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2001). Risk factors and life processes associated with teenage pregnancy: Results of a prospective study from birth to 20 years. *Journal of Marriage & Family*, 63(4), 1170–1184.
- Young, M. D., Deardorff, J., Ozer, E., & Lahiff, M. (2011). Sexual abuse in childhood and adolescence and the risk of early pregnancy among women ages 18–22. *Journal of Adolescent Health*, 49(3), 287–293.
- Zaccagnini, C., & Zavattini, G. C. (2007). La genitorialità come “processo evolutivo”. Una riflessione nella prospettiva della Teoria dell'Attaccamento. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2, 199–252.
- Zeanah, C. H. (2012). *Handbook of infant mental health (third edition)*. New York: Guilford Press.
- Ziegenhain, U. (2007). Promoting sensitivity and parenting competencies in teenage mothers [Foerderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen bei jugendlichen Muettern]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(8), 660–675.
- Zoccolillo, M., Meyers, J., & Assiter, S. (1997). Conduct disorder, substance dependence, and adolescent motherhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(1), 152–157.
- Zuravin, S. J., & Di Blasio, F. A. (1996). The correlates of child physical abuse and neglect by adolescent mothers. *Journal of Family Violence*, 11(2), 149–166.

## Ringraziamenti

Ringrazio immensamente i miei genitori perché senza di loro non avrei potuto raggiungere i miei traguardi e perché sono sempre i primi ad ascoltarmi, sostenermi, incoraggiarmi e stimolarmi; sono un bellissimo e preziosissimo insegnamento di vita e spero di essere a mia volta un genitore come loro.

Un ringraziamento di cuore a Lorena per essere prima di tutto un'amica unica e poi una collega davvero speciale, mi sei sempre stata accanto, supportandomi e ascoltandomi senza giudicarmi. Ci ricorderemo sempre che noi siamo "quelle del giovedì" e che basta uno sguardo per capirsi o forse che il bello è che a volte non ci serve neanche quello.

Ringrazio la prof.ssa Riva Crugnola per l'opportunità unica che mi ha dato di seguire un progetto stimolante e interessante che mi ha permesso di arricchire le mie conoscenze e le mie esperienze professionali e per avermi seguito con preziosi insegnamenti e consigli in tutti gli anni del dottorato.

Ringrazio Margherita per tutto quello che ha costruito e soprattutto per aver creduto in me, con tutto quello che ho imparato da lei, diventare madre sarà un'esperienza diversa.

Ringrazio inoltre le mie colleghe Simona, Laura ed Elisabetta per il loro lavoro con le nostre mamme e Pietro per il suo prezioso aiuto nelle analisi dei dati.

Infine un fortissimo grazie alla mia amica Manu per aver condiviso tante avventure insieme in questi anni nonostante "la nostra vecchiaia che avanza".