



Dipartimento di psicologia dello sviluppo e della socializzazione (DPSS)

Corso di laurea triennale in scienze psicologiche della personalità, dello sviluppo e delle relazioni interpersonali

**LA GRAVIDANZA IN ADOLESCENZA E GIOVANE ETÀ ADULTA: POSSIBILI
CONSEGUENZE SULLO SVILUPPO DEL BAMBINO**

**Teenage and emerging adulthood pregnancy: potential consequences on child
development**

Relatrice

Proff.sa Simonelli Alessandra

Laureanda: Gobbato Giulia

Matricola: 2047247

Anno accademico 2023/2024

INDICE

Introduzione	3
CAPITOLO 1	5
GIOVANI OGGI: CARATTERISTICHE E COMPITI DI SVILUPPO	5
<i>1.1 L'adolescente</i>	5
<i>1.2 Compiti di sviluppo</i>	7
<i>1.3 Cambiamenti sociali</i>	8
CAPITOLO 2	13
GENITORIALITÀ	13
<i>2.1 Definizione del costrutto</i>	13
<i>2.2 Funzioni del genitore</i>	14
<i>2.3 Adolescenza e maternità</i>	15
CAPITOLO 3:	19
IL BAMBINO. POSSIBILI RISCHI PER IL SUO SVILUPPO	19
<i>3.1 La relazione tra la giovane mamma e il suo bambino</i>	19
<i>3.2 La teoria dell'attaccamento</i>	20
<i>3.2.2 L'attaccamento nei bambini di madri teen</i>	25
<i>3.3 Disturbi del comportamento e sviluppo delle competenze sociali</i>	29
<i>3.4 La trascuratezza</i>	31
<i>3.5 Il funzionamento cognitivo</i>	33
SUPPORTO E INTERVENTO	35
<i>4.1 Modalità di intervento</i>	35
<i>4.2 Il "PRERAYMI"</i>	38
<i>4.3 La nonna materna</i>	41
<i>4.4 Conclusione</i>	46
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	55
SITOGRAFIA	59

Introduzione

Il seguente lavoro “*La gravidanza in adolescenza e giovane età adulta: possibili conseguenze sullo sviluppo del bambino*” ha lo scopo di prendere in considerazione la giovane età materna come possibile fattore di rischio per lo sviluppo e l’adattamento positivo del bambino. La gravidanza tra le giovani donne è ad oggi un fenomeno meno diffuso in Italia e in tutti i nei paesi industrializzati e sviluppati rispetto al passato.

La motivazione che mi ha spinto ad analizzare questo fenomeno ad oggi circoscritto rispetto a un tempo è però a me molto cara.

Grazie all’esperienza di tirocinio prima e volontariato poi in una comunità mamma-bambino del territorio è cresciuto il mio interesse verso l’età evolutiva e in particolare verso le situazioni di fragilità e vulnerabilità.

Ho avuto l’opportunità di osservare quotidianamente le interazioni tra le mamme e i loro bambini in tutti i momenti della giornata e di relazionarmi in prima persona con le utenti della comunità. La decisione di dedicarmi al tema della gravidanza nelle adolescenti e nelle giovani adulte nasce quindi dalla mia esperienza personale, che mi ha messo in contatto con coetanee la cui vita è molto diversa dalla mia per molteplici ragioni. Questo ha suscitato il mio interesse verso l’evento che probabilmente ha trasformato maggiormente la loro vita: la gravidanza.

La ricerca, strutturata in quattro capitoli, in primo luogo prende in considerazione cosa ad oggi intendiamo con adolescenti e con il neologismo *emerging adults* (Arnett, 2000), con uno sguardo sociologico prima e psicologico poi il quale analizza le peculiarità, i cambiamenti e le caratteristiche psicologiche distintive di queste fasi evolutive.

A questo quadro viene poi aggiunto l’evento della gravidanza e l’arrivo di un bambino, spesso inaspettato e non desiderato, per cui le caratteristiche delle mamme *teen* vengono prese in analisi come possibili fattori di rischio per lo sviluppo del nascituro.

Mettendo in luce come la giovane età materna predisponga allo sviluppo di pattern di attaccamento insicuro o disorganizzato (Ainsworth et al., 1978) i quali a loro volta possono essere base fertile per lo sviluppo di psicopatologie; o ancora possa ostacolare lo sviluppo di competenze sociali soddisfacenti e comportare possibili ritardi sul piano dello sviluppo cognitivo.

La ricerca si conclude con un'analisi di possibili interventi e azioni supportive che la famiglia, gli esperti e la rete sociale possono mettere in atto per assicurare un miglior sviluppo possibile al bambino e una condizione di salute mentale ottimale alla giovane madre che le consenta di assolvere la sua funzione genitoriale nel miglior modo possibile.

CAPITOLO 1

GIOVANI OGGI: CARATTERISTICHE E COMPITI DI SVILUPPO

È importante al fine della discussione dell'argomento centrale di tesi comprendere le caratteristiche della fase evolutiva dell'adolescenza e soprattutto come questa fase si declina nella nostra società tanto complessa e differente rispetto a quella del secolo scorso.

1.1 L'adolescente

L'adolescenza viene definita come il periodo di transizione tra la pubertà e l'età adulta, ha inizio attorno agli undici anni e termina attorno ai diciotto, quando l'individuo risulta essere adulto anche legalmente.

All'interno di una definizione così semplice, come quella sopra indicata, è descritto un periodo dello sviluppo umano estremamente complesso. Durante l'adolescenza l'individuo è protagonista di un cambiamento che potremmo definire a "tutto tondo"; l'adolescente è soggetto a cambiamenti non solo fisici ma anche psicologici, emotivi, cognitivi e sociali sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.

Uno dei molteplici cambiamenti che l'adolescente si trova ad affrontare è quello fisico, sia per quanto riguarda il genere femminile che per il genere maschile, le modificazioni sono molteplici ed evidenti. Questo tipo di cambiamento, proprio perché più evidente anche agli occhi dell'altro, può creare nell'adolescente insicurezza, timidezza e talvolta anche uno stato di ansia. Lo sviluppo puberale è normativo ed è fondamentale per il raggiungimento dello status adulto, ma maturazione corporea precoce e tardiva (anticipata o posticipata rispetto all'età media in cui avvengono la maggior parte dei cambiamenti) risultano essere associate a una serie di variabili considerate rilevanti per

il benessere dell'adolescente quali: la popolarità tra i pari, lo sviluppo di caratteristiche personali ma anche esiti psicopatologici (Helms & Turner, 1995).

In particolare: per quanto riguarda il genere maschile ad una maturazione puberale precoce è associata una maggiore popolarità tra i pari e una tendenza a un vissuto positivo dei cambiamenti legati alla fase adolescenziale. Mentre i ragazzi che si sviluppano tardivamente risultano maggiormente preparati ad affrontare tali cambiamenti, mostrando livelli di autocontrollo, consapevolezza e abilità sociali maggiori, a cui però spesso si affiancano livelli di autostima inferiori rispetto ai pari che vivono uno sviluppo anticipato (Jones & Bayley, 1950).

Prendiamo ora in considerazione le ragazze: le ragazze che si sviluppano precocemente, tendenzialmente, sono maggiormente esposte allo sviluppo di psicopatologie (Mendle et al., 2007); questo perché non hanno ancora sviluppato strategie di coping adeguate a fronteggiare tali cambiamenti, non sono ancora "*Developmentally ready*" ovvero pronte, mature, per affrontare in modo positivo i cambiamenti legati allo sviluppo adolescenziale (Rierdan & Koff, 1993). Le strategie di coping risultano invece essere maggiormente sviluppate nelle ragazze che affrontano tardivamente lo sviluppo puberale. Per questo motivo le ragazze che maturano prima hanno una più alta predisposizione allo sviluppo di psicopatologie quali disturbi internalizzanti, Disturbi del Comportamento Alimentare e risultano maggiormente inclini verso comportamenti a rischio quali: uso e abuso di droghe e alcol e condotte sessuali non protette che possono portare a gravidanze indesiderate.

Nel periodo dell'adolescenza vi è un notevole sviluppo cognitivo sia in termini qualitativi che quantitativi principalmente nelle aree della memoria, dell'attenzione, della velocità di elaborazione, nelle capacità di organizzazione e nella metacognizione.

Lo sviluppo cognitivo, nello specifico quello legato alla metacognizione, nell'adolescente è fondamentale per lo sviluppo della personalità e dell'identità personale; l'adolescente sviluppa anche un nuovo senso del sé e un sistema personale di credenze e valori (Helms & Turner, 1995; Evernerd & VanderWerfforteten, 1983; Harris & Liebert, 1984).

Lo sviluppo di una nuova identità recisa e differente rispetto alla loro identità infantile e alle figure dei *caregiver* è sicuramente uno dei temi cardine della maturazione adolescenziale. Di questa tematica parla E. Erikson (1968) nella sua "*Teoria dello sviluppo psico-sociale*", il quale oltre alla necessità della formazione di un'identità personale nel corso dell'adolescenza mette in luce come questo processo tanto naturale quanto complesso possa portar ad una vera e propria "crisi d'identità", un senso di confusione e di smarrimento legato all'idea che l'adolescente ha di sé; nello specifico generata dalla possibile discrepanza tra l'idea che aveva di sé stesso e la persona che invece sta diventando (Erikson, 1968).

1.2 Compiti di sviluppo

Nel precedente paragrafo sono stati presi in considerazione i principali cambiamenti che l'adolescente si trova ad affrontare, i quali sono molteplici e profondi e possono portare, se non affrontati nel modo corretto a un vissuto negativi degli stessi.

L'adolescente è stato fino ad ora descritto come un individuo soggetto a una serie di cambiamenti naturali, normativi e funzionali al raggiungimento della tappa di sviluppo successiva.

Una variabile fondamentale per lo sviluppo umano è però l'ambiente: il contesto familiare, sociale e culturale in cui l'individuo è inserito.

Havighurst (1972) riconosce dei “Compiti di sviluppo” che l’individuo deve affrontare in un determinato periodo della sua vita il cui raggiungimento porta alla felicità e al benessere, non che al successo nei compiti di sviluppo successivi, mentre il fallimento porta a infelicità nell’individuo, alla disapprovazione sociale e a difficoltà nella realizzazione dei compiti successivi.

I compiti di sviluppo derivano da tre elementi: la maturazione biologica e fisica dell’individuo, l’insieme dei valori e degli ideali integrati nel sistema del sé e della personalità e infine la pressione culturale e sociale a cui l’individuo è inevitabilmente sottoposto. (Havighurst, 1972)

I compiti di sviluppo dell’adolescenza sono i seguenti (Havighurst, 1948/1982):

1. Realizzare relazioni nuove e mature con coetanei di entrambi i sessi.
2. Raggiungere un ruolo sociale maschile o femminile.
3. Accettare il proprio fisico e utilizzare il proprio corpo in modo positivo.
4. Raggiungere l’indipendenza emotiva dei genitori e altri adulti.
5. Preparazione al matrimonio e alla vita familiare.
6. Preparazione per una carriera lavorativa.
7. Acquisire un insieme di valori e un sistema etico.
8. Desiderare e mettere in atto comportamenti responsabili dal punto di vista sociale.

1.3 Cambiamenti sociali

Negli ultimi vent’anni c’è stata una vera e propria riconcettualizzazione, non solo in termini di compiti di sviluppo relativi alla fase adolescenziale ma proprio per quanto riguarda il concetto della stessa.

Come detto al capitolo 1.1, l'adolescenza si frappona tra l'infanzia e l'età adulta ma negli ultimi decenni quest'idea si sta facendo sempre più debole lasciando spazio alla teoria del "*Emerging Adulthood*" (Arnett, 2000).

Letteralmente "adulthood emergente"; fa riferimento all'intervallo di vita che va dai 18 ai 25 anni circa, postulata da Arnett (2000), questa teoria distingue l'"*Emerging adulthood*" sia dall'adolescenza che dall'età adulta. L'"*Emerging Adulthood*" è la fase "di mezzo", delle possibilità, dell'egocentrismo ma anche dell'incertezza e dello sviluppo di un'identità nuova. (Arnett, 2004). Il tema dello sviluppo identitario è centrale nell'adolescenza, quando l'individuo inizia a percepirsi psicologicamente e fisicamente distinto dalle figure di accudimento dell'infanzia; ma l'"*Emerging Adulthood*" è caratterizzata dall'esplorazione identitaria attiva, principalmente in tre aree: nel lavoro, nelle relazioni amorose e nella visione del mondo (Arnett, 2000)

Le esperienze lavorative si concentrano maggiormente sulla preparazione al ruolo lavorativo adulto; le relazioni amorose tendono ad essere più durature e meno superficiali anche se in molti casi non vi è ancora una totale stabilità; grazie allo sviluppo cognitivo e alle numerose possibilità esperienziali legate a questa fase di vita il giovane adulto sviluppa una o più, nuove, visioni del mondo.

Possiamo affermare quindi che il lungo processo di definizione identitaria inizia nel corso dell'adolescenza ma ha luogo principalmente nella fase dell'adulthood emergente, tramite un'esplorazione attiva della stessa (Schwartz et al., 2013).

Non sorprende che a questa fase di sviluppo sia associato il picco percentuale di comportamenti a rischio (uso di droghe, abuso di alcol, condotte sessuali non protette, guida in stato di ebbrezza) (Chou et al., 2005; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014) i quali sono interpretabili come comportamenti di esplorazione identitaria ma i cui esiti possono essere negativi (Arnett, 2004).

L'esito positivo o meno di questi comportamenti è determinato da diversi fattori quali: le caratteristiche dell'individuo e i suoi vissuti infantili e adolescenziali, l'ambiente familiare e sociale, le relazioni con i pari e lo stato socioeconomico della famiglia d'origine. Ancora una volta risulta determinante l'ambiente; avere genitori supportivi e relazioni positive con i pari può diminuire la probabilità di esiti negativi legati ai comportamenti a rischio (Luecken et al., 2009; Orth et al., 2008).

Negli ultimi decenni nelle società occidentali si sono verificati numerosi e profondi cambiamenti sociali i quali giustificano la ridefinizione anche teorica delle tappe di sviluppo. È importante sottolineare come questi cambiamenti siano avvenuti primariamente nelle società occidentali e industrializzate; quindi l'adulthood emergente non va considerata come una fase universale e transculturale ma come una tappa di sviluppo fortemente determinata da fattori culturali e sociali.

I principali cambiamenti sociali che han portato alla teorizzazione del' *“Emerging Adulthood”* (Arnett, 2000) sono tre: (1) il livello d'istruzione della popolazione è estremamente aumentato, quindi il percorso formativo si è esteso: i giovani tra i 25 e i 34 anni con un titolo di istruzione universitario sono il 28% a fronte del 10% del 2001 (Save the Children, 2022). Questo porta ad una proroga dell'ingresso nel mondo del lavoro con conseguente posticipazione del raggiungimento dell'autonomia economica, fondamentale per la costruzione di una totale autonomia. (2) “Status residenziale”: a causa della mancanza dell'autonomia economica diventa più complesso abbandonare la casa d'origine. Molti giovani grazie all'università o esperienze lavorative fanno esperienza di uno stato di semi-autonomia, ma tendenzialmente, soprattutto in Italia, l'età media i cui un giovane si trasferisce in modo definitivo è notevolmente aumentata: infatti circa il 61,2% dei giovani resta nella casa di famiglia fino alla soglia dei 35 anni (istituto nazionale di statistica [ISTAT], 2023). (3) Legato ai due cambiamenti sociali

precedenti, si può notare nelle società occidentali una posticipazione del matrimonio e un innalzamento dell'età media in cui si diventa genitori. Per quanto riguarda il matrimonio: nel 2022 l'età media in Italia era di 32 anni per le donne e 35 per gli uomini, circa due anni in più rispetto al 2012 e 8 anni in più rispetto al 1995 (ISTAT, 2021). Anche per quanto riguarda la maternità l'età media nel periodo 2001-2019 è aumentata di circa quattro anni per un'età media nel 2021 di 32,4 anni (ISTAT, 2023).

A conseguenza dei cambiamenti sopra citati anche la concezione dell'adulto è mutata, un tempo la transizione adolescente-adulto avveniva quando una persona modificava il suo status sociale, acquisendo autonomia economica attraverso un lavoro stabile e attraverso l'esperienza del diventare genitore.

Ad oggi in parte non è più così: per raggiungere lo status adulto è importante acquisire autonomia emotiva, decisionale ed economica. (Arnett, 2001, 2003; Facio & Micocci, 2003; Macek & et al., 2007; Mayseless & Scharf, 2003; Nelson et al., 2004). Gli *emerging adutlhoods* (Arnett, 2000) non considerano quindi i cambiamenti di status sociale come base per il raggiungimento dell'età adulta ma è curioso osservare come, secondo le ricerche, il diventare genitore sia spesso sufficiente a dare un senso soggettivo di status adulto. La genitorialità secondo la visione dei giovani occupa un posto basso tra gli "indicatori dello status adulto", questo nella popolazione generale, ma tra gli adulti emergenti che hanno fatto esperienza di *parenting* spesso l'esperienza della genitorialità è sufficiente per il raggiungimento della condizione adulta (Arnett,1998).

CAPITOLO 2

GENITORIALITÀ

2.1 Definizione del costrutto

Nel dizionario alla voce genitorialità si legge: condizione di genitore e l' idoneità a ricoprire effettivamente il ruolo di padre o di madre (Treccani, 2023).

Dal punto di vista psicologico e sociale il costrutto della genitorialità risulta più ampio e complesso. La genitorialità è ad oggi considerata uno status autonomo e processuale dell'essere umano, è ritenuta preesistente rispetto all'esperienza dell'essere biologicamente genitori, infatti il concepimento declina la genitorialità nella sua espressione funzionale, la quale risulta essere sicuramente fondamentale ma non necessaria alla connotazione della genitorialità stessa (Fava Vizziello, 2003).

Nella società contemporanea non viene attribuita alla genitorialità una valenza normativa, viene concepita come una condizione umana volontaria la quale può essere quindi voluta e ricercata tanto quanto evitata e indesiderata.

In quest'ottica quindi la genitorialità non è più solo un ruolo (madre, padre) ma è una funzione che si estrinseca nel *“prendersi cura dell'altro”* considerandone tempi e bisogni. La funzione genitoriale è complessa, rimanda a un'ampia serie di temi e significati. È una *“funzione di funzioni”* ovvero un insieme di altre funzioni ad essa subordinate come ad esempio quella di accudimento e protezione.

La funzione genitoriale è in parte biologicamente determinata; è guidata da predisposizioni innate le quali vengono inibite o attivate dalle esperienze, si sviluppa in modo autonomo ma processuale a partire da quando l'individuo era oggetto di cura fino a quando diventa donatore di cure verso un altro individuo.

2.2 Funzioni del genitore

La funzione genitoriale è stata definita come un insieme articolato di funzioni complesse (cap. 2.1). Secondo una meta-analisi della letteratura scientifica del 2006 le funzioni genitoriali sono otto (Visentini, 2006):

- (1) La *funzione protettiva*: l'esserci per il bambino, su di essa si basa la relazione *caregiver*-bambino (Brazelton & Greenspan, 2001) e l'attaccamento sul versante sicuro e insicuro.
- (2) La *funzione affettiva*, o "*sintonizzazione affettiva*": è la capacità di entrare in sintonia con la sfera emotiva dell'altro, in questo caso del bambino; struttura la relazione *caregiver* bambino dal punto di vista qualitativo (Stern, 1987).
- (3) La *funzione regolativa*: sottostà alle molteplici esperienze del guardare, ascoltare, prestare attenzione, parlare, modulare l'affetto e il comportamento: è la capacità di regolazione, il ritmo degli scambi tra *caregiver* e bambino (Thervarten, n.d.).
- (4) La *funzione normativa*: capacità di porre al bambino limiti e confini adeguati, permettendogli di fare esperienza e creare le basi per la propria autonomia (Malagoli Togliatti & Ardone, 1993).
- (5) La *funzione predittiva*: riflette la capacità del genitore di predire la successiva tappa di sviluppo del bambino in modo da modificare e regolare le proprie interazioni con lo stesso, promuovendo così lo sviluppo positivo.
- (6) La *funzione significativa*: concerne l'attribuzione di significato alle richieste del bambino in modo tale da permettere a quest'ultimo di imparare a codificare i propri bisogni (Carmer, 1991)
- (7) La *funzione rappresentativa e comunicativa*: consiste nella capacità del genitore di aggiornare le proprie rappresentazioni del bambino (Barnes & Olson, 1985).

È centrale in questa funzione il passaggio dal bambino immaginario, nella mente dei genitori prima della nascita, al bambino reale che si incontra e si conosce dopo la nascita (Stern, n.d.).

- (8) La *funzione triadica*: capacità di costruire un'alleanza cooperativa e positiva con l'altro genitore (se presente) e di creare una relazione empatica con il partner e il bambino.

Altre funzioni genitoriali, non nominate nella meta-analisi del 2006 sopracitata ma di grande interesse per lo sviluppo positivo del bambino sono:

- La *funzione fantasmatica* ovvero la proiezione sul bambino del passato irrisolto dei genitori (Fraiberg, n.d.). Nella relazione bambino-genitore riemergono temi e nuclei irrisolti del genitore con i suoi *caregiver* primari; questo è rilevante al fine di impostare interventi a supporto della relazione genitore-bambino quando necessari.
- La *funzione mentalizzante*: il caregiver attraverso questa funzione struttura nella mente del bambino la capacità di riflettere gli stati mentali propri e altrui; può essere definita anche con la *funzione di rispecchiamento*, che permette di dare senso ai bisogni, agli stati mentali, desideri, emozioni, credenze, obiettivi, intenzioni e motivazioni. È simile alla funzione *significante*.

2.3 Adolescenza e maternità

Come visto al capitolo 1.1, l'adolescenza e l'adulthood emergente sono periodi di sviluppo caratterizzati da cambiamenti e compiti evolutivi ben precisi, i quali ruotano attorno alla formazione e alla definizione identitaria del giovane individuo che si affaccia al mondo adulto.

La gravidanza e la maternità non fanno ad oggi parte dei compiti evolutivi delle giovani donne. I cambiamenti sociali e culturali discussi al capitolo 1.3 hanno portato a una riduzione delle gravidanze tra le giovani donne ma il fenomeno è ancora presente anche nelle società occidentali e, seppur ridotto, merita di essere attenzionato dal punto di vista psicologico e sociale.

Nel 2022 in Italia i bambini nati da mamme con età inferiore ai 20 anni (mamme *teen*) sono circa 3054, lo 0,77% del totale, in diminuzione rispetto all'1,15% del 2012 (ISTAT, 2022).

La maternità è un periodo complesso e stressante per la donna, risulta amplificato se la donna è particolarmente giovane. Le mamme *teen* devono affrontare un maggior numero di difficoltà nei mesi della gravidanza e nel periodo post parto; spesso rimangono incinta e entrano in questa particolare condizione senza le adeguate conoscenze, abilità e risorse per affrontare tutte le modificazioni legate alla maternità; con conseguenze sul loro benessere ma anche sul benessere del bambino.

Essere madre-adolescente rappresenta un binomio estremamente complesso, descritto come *asincronia evolutiva* (Bohr et al., 2012). Con questo concetto si fa riferimento all'interferire della gravidanza nel periodo adolescenziale e dell'adulthood emergente e all'elaborazione di problematiche identitarie legate a queste fasi di sviluppo. La giovane donna non ha ancora terminato il processo di separazione-individuazione, fondamentale per la costruzione di un'identità autentica, spesso è sprovvista della maturità psicologica necessaria per affrontare i cambiamenti legati alla maternità, considerata, dal punto di vista fisico e psicologico, il cambiamento più importante nella vita di una donna adulta: nella madre *teen* vi è una concomitanza di compiti di sviluppo. Non è facile individuare una categoria di giovani donne maggiormente predisposta alle gravidanze precoci, in quanto le condizioni delle giovani mamme possono essere anche

molto differenti tra loro. Secondo un'analisi sistematica degli studi condotti sulla popolazione europea i principali fattori di rischio per le gravidanze precoci sono (Inamura et al., 2007):

1. Condizioni di deprivazione o svantaggio socio economico;
2. Appartenenza a una famiglia destrutturata o non stabile;
3. Bassi livelli di istruzione.

Dal punto di vista psicologico i significati attribuiti a una gravidanza precoce possono essere diversi: prendendo in considerazione il processo di separazione e individuazione, la gravidanza può essere interpretata e vissuta come una “fuga in avanti”, un tentativo di distacco netto dalla famiglia, in particolare dalla figura materna e l'intento di sottrarsi alle difficoltà legate all'adolescenza.

Uno dei compiti di sviluppo fondamentali dell'adolescenza è quello di accettare il proprio corpo e utilizzarlo in modo funzionale, uno dei desideri adolescenziali può essere quello di dimostrare l'uguaglianza di funzionamento tra il proprio corpo e il corpo adulto, nello specifico materno, anche in questa seconda prospettiva la gravidanza rappresenta il desiderio inconscio di liberarsi dalla presenza delle figure adulte (Ammaniti, 2012).

Ancora, la gravidanza in adolescenza può essere tradotta come forma di ribellione o tentativo di compensare vuoti affettivi e identitari.

Una gravidanza precoce raramente conduce alla realizzazione dei desideri di separazione dalla famiglia e di compensazione dei vuoti dell'individuo; di frequente l'effetto ottenuto è opposto, ovvero un riavvicinamento alla famiglia d'origine in quanto la giovane adolescente non è ancora autonoma su molteplici fronti, soprattutto quello economico.

L' *asincronia evolutiva* inserisce maggiori difficoltà nel processo di definizione identitaria e a una minor possibilità di colmare i vuoti identitari che spesso caratterizzano l'adolescente.

Altra tematica è l'abbandono scolastico legato alla scoperta della gravidanza; l'interruzione del percorso d'istruzione pone la giovane madre in una posizione di evidente svantaggio rispetto alle coetanee che terminano il percorso formativo. Condizione di svantaggio evidente soprattutto nell'ottica di inserimento lavorativo post parto la quale si traduce in un'ulteriore difficoltà per la giovane madre nel percorso di conquista della propria autonomia.

La giovane madre si trova in un vortice di emozioni molte volte discordanti tra loro in cui spesso predominano gioia e preoccupazione. Alcune giovani mamme riferiscono un vissuto positivo della maternità, descrivendola come un evento decisivo di passaggio all'età adulta (Roberts et al., 2011), si percepiscono mature e vivono positivamente l'arrivo del loro bambino (Mohammadi et al., 2016). Per altre invece il percorso verso la condizione di madre è costellato da pensieri caratterizzati dal senso di perdita verso la propria condizione di adolescente e le possibilità che da questa derivano, spesso viene riportato un vissuto di solitudine, queste emozioni e vissuti negativi possono portare all'insorgenza di depressione e nei casi più vulnerabili a idealizzazione suicidaria (Wilson-Mitchell et al., 2014).

CAPITOLO 3:

IL BAMBINO. POSSIBILI RISCHI PER IL SUO SVILUPPO

Le adolescenti e le *emerging adults* (Arnett, 2000) che si trovano ad affrontare una gravidanza rappresentano ad oggi una porzione di popolazione definita “a rischio” per lo sviluppo del nascituro in quanto è più difficile per loro impegnarsi in modo maturo, disponibile e sensibile per il loro bambino (Easterbrooks et al., 2005).

3.1 La relazione tra la giovane mamma e il suo bambino

Il bambino alla nascita è completamente dipendente dal *caregiver* di riferimento per almeno i primi due anni, passando da una dipendenza assoluta a una dipendenza relativa (Winnicott, n.d.). Risulta quindi fondamentale la madre e la relazione tra quest’ultima e il suo bambino.

I bisogni del bambino sono molteplici e potremmo definire le funzioni genitoriali (cap. 2.2) come “risposte” a tali bisogni. La madre dovrebbe essere base sicura, fonte di conforto, supporto, e contenimento, deve saper esserci per il proprio bambino, dimostrandosi fisicamente, emotivamente e mentalmente presente per lui, poiché questa relazione primaria lascia tracce profonde nella mente e nella traiettoria evolutiva del bambino (Rutter, 1991).

La “*funzione riflessiva*” è punto chiave della genitorialità positiva; potremmo definirla come intreccio tra la funzione affettiva, regolativa, significativa e mentalizzante viste al capitolo 2.2. Viene considerata la funzione alla base della sensibilità del genitore e consiste nella capacità di quest’ultimo di riflettere i pensieri propri e del proprio bambino allo scopo di comprendere i comportamenti del bambino alla luce degli stati mentali. La madre riflessiva dimostra curiosità nei confronti dei propri stati mentali e

quelli del suo bambino al fine di comprenderne il significato ma anche le emozioni e i pensieri sottostanti e non rispondere solamente ai comportamenti manifesti del proprio bambino (Slade, 2005). È una funzione che si sviluppa con il tempo e risulta essere completamente matura in età adulta (Borelli et al., 2014; Slade et al., 2005). Le difficoltà, di cui già discusso, e la capacità riflessiva non ancora matura influenzano la capacità delle giovani madri di essere madri sensibili e riflessive (Whitman et al., 2001), con conseguenze sullo sviluppo della relazione positiva con il bambino e una relazione di attaccamento più o meno sicura (Slade et al., 2005). Nelle prime interazioni mamma-bambino è centrale anche il ruolo del bambino stesso, in particolare le sue condizioni di salute: peso alla nascita, indice Apgar e eventuali complicazioni durante il parto. In particolare risultano inversamente correlate le problematiche durante il parto e la reciprocità mamma-bambino: in generale un bambino sano offre maggiori stimoli in termini relazionali e permette alla madre di entrare maggiormente in interazione con lui. È fondamentale analizzare la relazione mamma-bambino nei primi mesi e anni di vita perché è quest'ultima che determina la qualità del pattern di attaccamento che il bambino svilupperà (Beebe et al., 2010).

3.2 La teoria dell'attaccamento

In merito alla relazione mamma-bambino non si può non citare la “*Teoria dell'attaccamento*” di Bowlby (1969); la relazione di attaccamento è la reazione che il bambino inizia a sviluppare, fin da subito, con il suo *caregiver* di riferimento.

Si caratterizza per essere una teoria multidisciplinare, particolarmente influenzata dall'etologia e in particolare dai concetti di *imprinting* (Lorenz, 1935) e dal *bisogno di calore* (Harlow & Zimmerman, 1959), dai quali si sviluppa il concetto di *comportamento di attaccamento* (Bowlby, 1969). Quest'ultimo è facilmente osservabile

nel corso della prima infanzia ed è definito come il comportamento che un individuo mostra nel mantenere la prossimità a un altro individuo ritenuto maggiormente capace di affrontare il mondo, come è la mamma nei confronti del bambino. Il comportamento di attaccamento ha una funzione biologica di protezione e ha una propria e specifica motivazione interna: l'attaccamento è un bisogno primario del bambino e non una conseguenza del soddisfacimento di altri bisogni. Il legame mamma-bambino quindi non si forma grazie al soddisfacimento dei bisogni primari, piuttosto grazie a predisposizioni innate e a continuità e stabilità nel rapporto. Grazie alle esperienze ripetute all'interno della relazione di attaccamento il bambino sviluppa delle rappresentazioni mentali definite "*modelli operativi interni*" (MOI), le quali riguardano il sé, l'altro e la relazione con l'altro; operano a un livello pre-simbolico, inconsapevole, allo scopo di essere utilizzati per conoscere e relazionarsi con il mondo (Stern, 1989).

Oltre alla formazione dei MOI il consolidarsi della relazione di attaccamento il bambino apprende stili di regolazione emotiva in base alla disponibilità emotiva del genitore (Cassidy, 1994). In quest'ottica di interazione del bambino con il mondo esterno e di regolazione emotiva, la relazione di attaccamento e i MOI assumono un'importanza notevole per lo sviluppo e il benessere del bambino.

3.2.1 Modelli di attaccamento

Grazie all'utilizzo del paradigma sperimentale della *Strange Situation* (Ainsworth, 1978), osservando il comportamento del bambino al momento della separazione e poi della riunione con il *caregiver* è stato possibile individuare tre pattern di attaccamento (Ainsworth et al., 1978):

- **Attaccamento sicuro (Tipo B):** i bambini con attaccamento sicuro riescono a mantenere un equilibrio tra i comportamenti esplorativi e quelli di attaccamento

hanno fiducia nella disponibilità della madre e riescono ad utilizzarla come base sicura. I bambini sicuri dimostrano alti livelli di fiducia in loro stessi e minor dipendenza nei confronti degli adulti; manifestano maggiore competenza sociale e affettiva nei confronti dei pari (Groth and al. 2014). Le strategie di regolazione emotiva del bambino sicuro si basano sulla capacità di esprimere un'ampia gamma di emozioni, anche negative, e sulla fiducia di ricevere da parte del *caregiver* una risposta adeguata e sintonica. Queste strategie di regolazione pongono solide basi per il futuro adattamento positivo del bambino (Waters et al. 2010; Abraham & Kerns, 2013). La mamma del bambino sicuro è un *caregiver* responsivo, sensibile, con alta capacità riflessiva, in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni e ai comportamenti di attaccamento del bambino (Ainsworth et al., 1974).

- **Attaccamento insicuro ambivalente-resistente (Tipo C):** il bambino con attaccamento ambivalente-resistente non riesce ad utilizzare la madre come base sicura, al momento della separazione da quest'ultima appare eccessivamente spaventato (piange, urla, ricerca continuamente il *caregiver*) e inibito nell'esplorazione dell'ambiente. L'eccessiva attivazione emotiva da parte del bambino ambivalente è funzionale a mantenere la relazione, l'interazione e attirare l'attenzione della mamma, la quale spesso non risponde in modo adeguato ma in modalità inconsistente, risulta eccessiva nel monitoraggio del bambino tanto da inibirne i comportamenti esplorativi e l'interazione con i pari (Cassidy & Berlin, 1994). Con il tempo i bambini ambivalenti si dimostrano nervosi, irritati, accentuando in modo esagerato la dipendenza dal *caregiver* oppure dimostrando ambivalenza nei confronti di quest'ultimo attraverso l'ostilità. Le strategie di regolazione emotiva nel bambino ambivalente si

fondano sull'amplificazione delle emozioni nel tentativo di ottenere attenzione e risposte da parte del *caregiver*. La strategia amplificante porta a un minor sviluppo di strategie di autoconsolazione e autoregolazione, con difficoltà nel raggiungimento dell'autonomia e un livello inferiore di fiducia nelle proprie capacità (Thompson, 2015). Queste caratteristiche predispongono i bambini con questo pattern di attaccamento allo sviluppo di disturbi internalizzanti, quali ansia, depressione e ritiro sociale (Brenning et al. 2012).

- **Attaccamento insicuro evitante (Tipo A):** il bambino con attaccamento evitante sembra non avere fiducia nelle risposte materne e dimostra un distacco e un evitamento della vicinanza con la stessa, tanto che quando vengono riuniti con la madre mostrano una disattivazione dei comportamenti di attaccamento con una preferenza per l'esplorazione di ciò che lo circonda. Il *caregiver* non è disponibile verso il bambino, il quale limita il suo vissuto doloroso tramite la minimizzazione emotiva la quale permette di mantenere una relativa vicinanza con la madre ma senza incorrere nel rischio del rifiuto da parte della stessa (Main, 1981). Spesso l'espressione delle emozioni negative viene inibita dal *caregiver* il quale non ha le competenze e le capacità per gestirle; la ripetizione di questo tipo di esperienze porta il bambino a mettere in atto strategie di evitamento (Cassidy & Kobak, 1988) nei confronti delle emozioni negative (es. rabbia, paura dolore) e ad un allontanamento di queste ultime dal livello di consapevolezza (Bowlby, 1980). Il distanziamento affettivo, la negazione dei propri bisogni, delle emozioni negative, delle relazioni e la pseudo autosufficienza portano questi bambini ad isolarsi e a provare sfiducia nell'altro, la quale viene esternalizzata con aggressività nei confronti dei pari. In questo caso le difficoltà di regolazione emotiva e la strategia di minimizzazione

emotiva predispone il bambino con attaccamento evitante allo sviluppo di disturbi esternalizzanti quali disturbo della condotta e disturbo oppositivo (Greenberg et al., 1993; Rosenstein & Horowitz, 1996; Allen et al., 1996).

I modelli di attaccamento A-B-C presentano una loro organizzazione la quale può dimostrarsi più o meno funzionale, ma è presente una propria struttura coerente; studi successivi hanno dimostrato l'esistenza di un quarto modello di attaccamento il modello disorganizzato (Tipo D) (Main & Hesse, 1990).

- **Attaccamento disorganizzato (Tipo D):** si caratterizza per la messa in atto di comportamenti contraddittori e atipici da parte del bambino, come il *freezing*, il quale mostra anche indici diretti di paura e preoccupazione nei confronti della madre (Main & Solomon, 1986-1990). Il bambino disorganizzato è privo di una strategia coerente. Questo pattern di attaccamento è stato associato a madri abusive, maltrattanti e insensibili nei confronti del proprio bambino, il quale sperimenta un conflitto tra la tendenza innata nel cercare conforto nel *caregiver* e il fatto che sia la madre stessa a suscitargli paura e preoccupazione (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016). Le rappresentazioni in questi bambini sono frammentate, contraddittorie così come la loro esperienza affettiva, spesso caratterizzata da una prolungata disregolazione emotiva. Questo tipo di esperienza impedisce lo sviluppo di un sé coerente con frequenti difficoltà sul piano interpersonale e intrapsichico. Il bambino di fronte a forti emozioni è privo di strategie di regolazione funzionali e si trova solo davanti a forti emozioni senza la possibilità di essere rassicurato, contenuto e sintonizzato con la sfera emotiva della madre. I bambini con attaccamento disorganizzato, anche a causa di implicazioni sul piano somatico, faticano a inibire i propri comportamenti e a inibire i propri impulsi, spesso manifestano esplosioni di

aggressività; le quali si traducono in difficoltà relazionali, minor competenza sociale e frequenti comportamenti esternalizzanti (Hart et al, 1995).

3.2.2 L'attaccamento nei bambini di madri teen

Nella popolazione generale il modello di attaccamento prevalente è quello sicuro con una percentuale del 70% (Broussard, 1995) e la tendenza al mantenimento nel tempo del pattern di attaccamento nei bambini nati da mamme adulte è molto alta, circa l'88% (Main & Cassidy, 1988; Wartner et al., 1994).

Se invece prendiamo in considerazione campioni di madri adolescenti e i loro bambini il quadro osservato è differente: studi dimostrano nei figli di madri *teen* il modello di attaccamento prevalente è quello insicuro (circa 50%) (Spieker & Benslay, 1994; Relatedly et al., 1995) con una percentuale rilevante del modello disorganizzato che oscilla tra il 18% il 23% (Relatedly et al., 1995; Van IJzendoorn et al., 1999). Anche per quanto riguarda il mantenimento del modello di attaccamento nel tempo la percentuale di stabilità è più bassa (dal 30% al 64%) (Egeland & Sroufe, 1981; Schneider-Rosen et al., 1985; Spieker & Booth, 1988).

La letteratura riconosce nella sensibilità materna uno dei principali fattori predittivi dell'attaccamento sicuro, la correlazione è molto evidente nella popolazione generale (Egeland & Farber, 1984; Pederson et al., 1990).

L'associazione sensibilità materna-attaccamento sicuro è però moderata se consideriamo diadi mamma-bambino in cui il livello socio economico della famiglia è basso o sono presenti indici clinici, come nella popolazione delle mamme *teen*, suggerendo come l'instaurarsi di un modello di attaccamento sicuro, insicuro o disorganizzato sia mediato anche da altri fattori (DeWolff & Van IJzendoorn, 1997; Goldsmith & Alansky, 1987).

In un campione di 152 diadi di giovani madri e i loro bambini sono stati misurati molteplici fattori ed è stato valutato l'attaccamento dei bambini all'età di un anno e di cinque anni (Julie et al., 2009), allo scopo di valutare quali elementi, in un campione di madri *teen*, contribuiscano allo sviluppo e al mantenimento nel tempo del modello di attaccamento (Whitman et al., 2001).

Le madri *teen* del campione presentano qualità simili quali: l'età ($M=17.20$; $SD=1.29$), il livello socio economico e quello di istruzione e il punteggio del QI misurato tramite *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS) ($M=86.13$; $SD=11.77$). Nei bambini il 51% è di sesso maschile mentre la restante percentuale di sesso femminile. L'attaccamento è stato valutato nei bambini due volte: all'età di un anno e di cinque anni, al fine di valutare la relazione di attaccamento nella prima infanzia (dalla nascita ai due anni) e nella seconda infanzia (dai tre anni ai sei anni).

Valutando il modello di attaccamento all'età di un anno i dati ottenuti sono i seguenti: la maggioranza dei bambini presentava un attaccamento insicuro (24%) o disorganizzato (45%) e solo il 31% è stato valutato come sicuro. La valutazione effettuata all'età di cinque anni ha mostrato una diversa distribuzione dei pattern di attaccamento con un aumento dei bambini con attaccamento sicuro (41%) e insicuro (41%) e una conseguente diminuzione del modello disorganizzato (18%).

I dati dello studio risultano essere congruenti con altri studi condotti su diadi di madri *teen* e i loro bambini, in cui il modello di attaccamento insicuro è sempre prevalente e la percentuale di attaccamento disorganizzato è fino a tre volte superiore se confrontata con la percentuale in un campione di bambini nati da madri adulte.

Questi dati tanto atipici se relazionati alle percentuali della popolazione generale acquistano significato se vengono valutate le caratteristiche delle mamme *teen*: queste ultime spesso non sono pronte per acquisire il ruolo di madre, dimostrano lacune a

livello di conoscenze sullo sviluppo del bambino e di competenze emotive è inoltre carente il livello di consapevolezza riguardo l'importanza del proprio ruolo di *caregiver* per il benessere del bambino (Sommer et al., 2000).

Le madri giovani dimostrano livelli di *funzione riflessiva* molto bassi: un punteggio medio di 3 su una scala numerica 1-9 (Sadler et al., 2013). Lo "Studio di Berlin" (2002), nell'analisi dell'interazione mamma *teen* e il proprio bambino a 14 mesi, ha evidenziato come le giovani mamme risultano essere più emotivamente distaccate, meno solidali e più invadenti rispetto alle mamme adulte (Berlin et al., 2002), altri studi hanno invece sottolineato l'incapacità delle mamme *teen* nell'abilità di *scaffolding* (Easterbooks et al., 2005).

Nelle 152 diadi di madri giovani e bambini la variabile maggiormente associata all'attaccamento sicuro nel bambino di un anno, oltre alla responsività materna, è la preparazione cognitiva della madre verso la genitorialità la quale ha un effetto diretto sull'attaccamento del bambino durante la prima infanzia e spiega il 20% della varianza dei comportamenti genitoriali. Possiamo concludere quindi che la preparazione cognitiva e i comportamenti genitoriali sono in grado di predire l'attaccamento sicuro durante il periodo della prima infanzia.

Per quanto riguarda il modello di attaccamento durante la seconda infanzia; anche in questo caso sono significative la responsività e la preparazione cognitiva materna durante la prima infanzia nel determinare il pattern di attaccamento durante la seconda infanzia a prescindere dai livelli di queste due variabili durante la seconda infanzia. Molti studi hanno dimostrato l'importanza della responsività e preparazione cognitiva precoce la quale determina lo sviluppo sociale anche nel bambino di 30 mesi e nell'adolescente (Landry et al., 2001; Wakschlag & Hans, 1999). Questi risultati vanno a corroborare la teoria secondo la quale la qualità dell'interazione mamma- bambino

durante il primo anno di vita è determinante al fine di porre le basi per un futuro sviluppo positivo del bambino (Ainsworth et al., 1998), soprattutto in particolari situazioni in cui è maggiormente probabile che il bambino durante la seconda infanzia sia coinvolto in cambiamenti e eventi per lui stressanti, come nel caso dei bambini nati da madri adolescenti (Barnett et al., 1999; Whitman et al., 2001).

Nelle 152 diadi, il 41% dei bambini ha mantenuto stabile il suo pattern di attaccamento nel tempo, in questo campione tendenzialmente chi aveva un attaccamento sicuro ad un anno mostrava un attaccamento sicuro anche a cinque anni; è importante sottolineare come il 51% del campione dimostrava un attaccamento insicuro a un anno ma un modello di attaccamento sicuro a cinque anni, indicando un miglioramento qualitativo della relazione con il *caregiver*; la maggior parte delle modificazioni dei modelli di attaccamento segue una direzione positiva passando da disorganizzato a insicuro o da insicuro a sicuro, tuttavia l'8% dei bambini ha dimostrato un cambiamento negativo, passando da un attaccamento sicuro o insicuro ad attaccamento disorganizzato.

In questo campione le modificazioni del modello di attaccamento sembrano essere “la norma” questo fenomeno può essere ricondotto a cambiamenti nelle relazioni familiari, alla nascita di fratelli, cambiamenti della figura di attaccamento primaria; fenomeni molto frequenti tra le giovani madri.

Per quanto riguarda la stabilità nel tempo del modello di attaccamento vanno considerate due variabili: la responsività materna e la stimolazione verbale. Alti livelli di responsività materna predicono lo sviluppo e il mantenimento di un legame sicuro nel bambino di un anno ma non riescono a spiegare la transizione da attaccamento insicuro a sicuro nel bambino di cinque anni. La variabile correlata alla modificazione positiva del pattern di attaccamento è la stimolazione verbale (Julie et al., 2009): i bambini che mostravano attaccamento insicuro nella prima infanzia ma sicuro durante la seconda

infanzia avevano madri molto attive e stimolanti dal punto di vista verbale. I bambini attraverso l'acquisizione del linguaggio entrano maggiormente in relazione con il mondo e soprattutto con il *caregiver*, per cui aiutare il bambino e stimolarlo in modo opportuno può aiutarlo nell'esplorazione degli ambienti e promuovere lo sviluppo positivo del legame mamma-bambino. Tuttavia, oltre ad essere poco coinvolte emotivamente, le giovani mamme tendono anche a essere meno contingenti e sintonizzate nelle risposte verbali ai segnali dei loro bambini, quali il pianto le vocalizzazioni e lo sguardo (Pomerleau et al., 2003), anche la stimolazione verbale tende ad essere meno presente nella popolazione delle mamme *teen* rispetto alla popolazione delle madri adulte (Coll et al., 1986; Pomerleau et al., 2003) contribuendo così ancora una volta a predisporre i loro bambini allo sviluppo di un pattern di attaccamento insicuro o disorganizzato.

3.3 Disturbi del comportamento e sviluppo delle competenze sociali

Nel caso delle giovani madri risulta essere riduttivo utilizzare solo il modello di attaccamento e la valutazione della relazione mamma-bambino come fattori predittivi dello sviluppo più o meno positivo del bambino. Proprio grazie alla loro caratteristiche peculiari e differenti rispetto alle mamme adulte per le mamme *teen* è necessario utilizzare un modello della genitorialità detto "*modello additivo*" (Ketterlinus et al., 1991; Chase-Lansdale et al., 1991). L'idea alla base del modello è che oltre all'attaccamento tra i bambini e le giovani madri vi siano altri fattori aggiuntivi in grado di spiegare un ulteriore varianza nello sviluppo delle competenze sociali e di problemi comportamentali durante l'infanzia e l'adolescenza del bambino (Greenberg et al., 1993; Lyons-Ruth et al., 1993). In questa prospettiva gli *outcomes* dello sviluppo devono essere valutati come il risultato delle molteplici interazioni tra diversi fattori.

I fattori considerati sono la depressione e l'autostima della madre, questo perché entrambe sono correlate ad atteggiamenti e comportamenti nei confronti del bambino i quali possono essere più o meno positivi e vantaggiosi per quest'ultimo. A causa delle condizioni di svantaggio in cui le giovani mamme si trovano e delle preoccupazioni ad essere associate, i livelli di depressione tra le mamme *teen* risultano essere particolarmente elevati e correlati ad alti punteggi di apprensione per il loro futuro, per il bambino, per la loro educazione, per le relazioni con i pari e per la famiglia (Colletta, 1983). Alla depressione sono associate specifiche pratiche genitoriali quali: livelli ridotti di attenzione e responsività nei confronti del bambino, intrusività, poca sintonizzazione emotiva, minor disciplina nell'educazione associata spesso a modalità brusche di intervento nei confronti del bambino (Gelfand & Teti, 1990).

Prendendo in considerazione lo sviluppo di disturbi del comportamento esternalizzati la depressione spiega un ulteriore 13% della varianza, percentuale che si va ad aggiungere al 14% della varianza ricondotta al modello di attaccamento in bambini di 4 anni e mezzo nati da madri *teen* (Totale 27%) ; mentre per quanto riguarda i disturbi del comportamento internalizzanti la depressione sembra spiegare il 15% della varianza e l'attaccamento un ulteriore 16% (Totale 31%) (Hubbs-Tait et al., 1994).

I disturbi del comportamento influiscono negativamente sulla traiettoria di sviluppo del bambino; nello specifico i disturbi del comportamento esternalizzanti, quali il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), disturbo della condotta e disturbo oppositivo; sono associati a: condanne penali in adolescenza (Farrington et al., 1990) e a diagnosi psichiatriche e ad uso di sostanze in età adulta (Mannuzza et al., 1990; Robins & Mcevoy, 1990). Mentre i disturbi internalizzanti nell'infanzia, come ansia, depressione e ritiro sociale, sono associati a problematiche affettive in età adulta (Quinton et al., 1990).

La competenza sociale è fondamentale per lo sviluppo sano e positivo del bambino, tanto da essere considerata tra i fattori più influenti per l'adattamento psicologico futuro dello stesso (Parker & Asher, 1987), risultano primarie le abilità sociali le quali permettono al bambino di essere accettato dai pari e di tessere con quest'ultimi relazioni amicali.

Nell'analisi delle abilità sociali nei bambini di 54 mesi, il modello di attaccamento non è risultato efficace per la previsione delle abilità sociali dei bambini nella relazione con i pari, risulta invece rilevante il livello di autostima della madre, il quale spiega circa il 19% delle pratiche genitoriali delle mamme adolescenti le quali vanno a loro volta ad influire in modo positivo nelle abilità sociali del bambino se sono stabili e di qualità. Mentre a bassi livelli di autostima nella madre sono associate pratiche genitoriali instabili e di bassa qualità che influiscono negativamente sullo sviluppo delle abilità sociali del bambino (Hubbs-Tait et al., 1994).

3.4 La trascuratezza

I bambini nati da madri *teen* risultano essere maggiormente esposti a comportamenti negligenti da parte delle loro madri, a causa della loro giovane età e del loro frequente basso livello socio economico (Brown et al, 1998; Gauthier et al., 1996; Lee & George, 1999; Pianta et al., 1989; Zuravin, 1988). I comportamenti di trascuratezza dalle madri sono sempre il risultato dell'interazione tra diversi fattori che interagiscono tra loro in modo bidirezionale, il modello da tenere in considerazione è il "*Modello ecologico della trascuratezza infantile*" (Belsky, 1980, 1993), il quale si rifà alla "*Teoria bioecologica dello sviluppo*" (Bronfenbrenner, 1979).

Nel campione preso in considerazione ("*Notre Dame Parenting Project*", Whitman et al. 2001) i fattori che predicono comportamenti di trascuratezza nei confronti del

bambino sono due: il passato di negligenza a sua volta vissuto dalla madre e la relazione mamma-bambino. Gli studi non sono ancora chiari per quanto riguarda la trasmissione intergenerazionale della genitorialità negligente, ma i figli nati da madri che a loro volta hanno un vissuto di trascuratezza sono maggiormente esposti a essere a loro volta trascurati (Kaufman & Zigler, 1987), circa il 9% della varianza dei comportamenti di trascuratezza è spiegata dal vissuto negligenza a sua volta esperito dalla madre (Lounds, et al., 2006). Vi è correlazione anche tra trascuratezza e relazione mamma-bambino (Bousha & Twentyman, 1984) la quale risulta significativa sia per quanto riguarda evidenti comportamenti negligenti, spesso segnalati dai servizi, ma anche per livelli inferiori e più difficilmente segnalabili di trascuratezza i quali vanno ad influenzare il funzionamento socio-emotivo del bambino (Lounds et al., 2006). I bambini che durante la prima e la seconda infanzia fanno esperienza di genitorialità negligente tendono ad essere maggiormente aggressivi, irrequieti; la letteratura evidenzia il legame tra trascuratezza e comportamenti esternalizzanti (Manly et al., 2001) i quali possono essere osservati già nel bambino di 24 mesi (Erikson et al., 1989) e sono osservabili durante tutto il periodo dell'infanzia (Herrenkohl et al., 1991; Hoffman-Plotkin & Twentyman, 1984).

I bambini maltrattati o trascurati tendono ad essere meno competenti dal punto di vista sociale, manifestando difficoltà nell'adattamento sociale e nella relazione con i pari (Herrenkohl et al., 1991; Bolger et al., 1998).

Le madri *teen* spesso non possiedono le competenze adeguate ad insegnare ai loro figli le abilità sociali e di adattamento proprio a causa degli alti livelli di stress che spesso le caratterizzano e alla frequente immaturità nella regolazione socio-emotiva. Inoltre le madri che si dimostrano meno responsive e interagiscono meno con i loro bambini sono maggiormente predisposte a mettere in atto comportamenti negligenti nei confronti dei

loro bambini (Bousha & Twentyman, 1984; Ney et al., 1994), questo può spingere i bambini comportarsi in modo irrequieto al fine di attirare le attenzioni della madre, seppur negative, e a sviluppare disturbi del comportamento esternalizzanti (Kolko et al., 1993; Rubin et al. 2003). Nei bambini trascurati non sono infrequenti anche i disturbi internalizzanti frutto di problematiche a livello socio emotivo (Erickson & Egeland, 1996; Manly et al., 2001). Nello specifico mettendo a confronto bambini e bambine con vissuti di trascuratezza; le femmine tendono a mostrare un maggiore disagio internalizzante mentre i maschi maggiori problematiche esternalizzanti (Bolger & Patterson, 2001; National Research Council, 1993).

3.5 Il funzionamento cognitivo

Tutti i fattori sopra citati, quali il modello di attaccamento, disturbi del comportamento, la negligenza e la giovane età materna espongono il bambino a esiti di sviluppo sfavorevoli anche sul piano cognitivo e scolastico. Sono frequenti le diagnosi di ritardo mentale lieve: circa il 10% dei bambini nati da madri teen potrebbe potenzialmente ricevere questo tipo di diagnosi prima dell'adolescenza, un tasso tre volte superiore se paragonato al tasso della popolazione generale (Broman, 1981). Sono frequenti anche ritardi nello sviluppo del linguaggio, nel funzionamento visuo-motorio ma anche nella prontezza di risposta e nella qualità delle performance scolastiche alla scuola primaria (Sommer et al., 2000; Whitman et al., 2001). Circa il 50% dei bambini nati e cresciuti con madri giovani ripete un anno scolastico prima dei 17 anni (Brooks-Gunn & Furstenburg, 1986). Bambini di 8-10 anni nati da madri *teen* ottengono frequentemente risultati scadenti a livello scolastico, circa una deviazione standard inferiori rispetto ai punteggi medi nelle prove di lettura, matematica e intelligenza generale. Questi risultati sono determinati anche dall'intelligenza materna la quale spiega il 19% della varianza

per quanto riguarda l'intelligenza generale e l'8% e il 10% della varianza del rendimento rispettivamente in compiti di matematica e di lettura (Lounds et al., 2006).

CAPITOLO 4:

SUPPORTO E INTERVENTO

In quanto popolazione a rischio le mamme *teen* e i loro bambini hanno bisogno di interventi supportivi adeguati che rispondano in modo mirato ed efficace ai loro bisogni. L'OMS (2006) individua diversi bisogni fondamentali delle madri adolescenti, tra cui il supporto informativo e psicologico e il sostegno scolastico. Vanno sempre tenuti in considerazione compiti e bisogni evolutivi specifici dell'adolescenza (Havighurst, 1972) e dell'*emerging adulthood* (Arnett, 2000); a tale scopo è necessario che ogni programma supportivo e di intervento rivolto alle giovani madri rispetti la presenza di tali compiti evolutivi e utilizzi metodologie adeguate a questa fase evolutiva, al fine di incrementare le capacità di *parenting* e di agevolare il percorso di transizione verso l'età adulta (McGowan et al., 2008).

4.1 Modalità di intervento

Le metodologie di supporto volte alle giovani madri sono molteplici ma l'efficacia di tali modalità dipende dalle caratteristiche di ogni storia e situazione specifica, dalle caratteristiche della madre e dalle caratteristiche bambino e della loro relazione considerata, secondo la prospettiva transazionale, il soggetto dell'intervento stesso (Sameroff et al., 2004). Nel mettere in atto qualsiasi tipo di intervento vanno sempre considerati tutti gli ambienti in cui il bambino è inserito di cui subisce l'influenza ma sui quali anche lui stesso agisce: in quest'ottica il focus è la dimensione relazionale.

Molti studi sottolineano l'importanza dell'appoggio precoce alla giovane madre, a partire dalla fase di gestazione e considerando quest'ultima come tappa iniziale dello sviluppo del bambino, non solo fisico ma anche psicologico, in termini di costruzione della relazione di attaccamento con la madre (Janis & Feldman, 2007).

Il centro degli interventi tutti deve essere sempre quello di creare una rete di supporto attorno alla giovane madre e al suo bambino, che permetta alla diade di sviluppare un buon livello di benessere favorendo il superamento da parte della madre della crisi evolutiva che sta vivendo (Lehmann et al., 2013).

Alcune modalità di supporto specifiche per le mamme *teen* sono:

Gli “*School-based programs for adolescent parents*” (Batten & Stowen, 1996): il fine è quello di conciliare la frequenza scolastica con l’accudimento del figlio, agganciando la madre a diversi servizi del territorio prima che si allontani in modo definitivo dal sistema scolastico. In questo modo vengono massimizzate le opportunità non solo formative ma anche lavorative, permettendo così alla madre di sviluppare in modo graduale una propria indipendenza e autonomia. Una declinazione degli “*School-based programs for adolescent parents*” (Batten & Stowen, 1996) sono gli “*High school-based care child center*” (Sadler et al., 2003; Mayers et al., 2008). Quest ultimi hanno un duplice fine: quello di sostenere lo sviluppo materno, attraverso la promozione della frequenza scolastica e di attività lavorative, ma proteggono anche lo sviluppo del bambino assicurando cure di qualità e *training* volti a migliorare le abilità di *parenting* nel *caregiver* primario. Non ostante la loro efficacia questi interventi sono però rivolti alla minoranza delle madri *teen* che ancora è inserita nel contesto scolastico e non ha abbandonato la scuola prima o a causa della gravidanza.

I “*Multi family groups programs*” (Save the Children, 2011; Fletcher et al., 2013) sono efficaci in situazioni in cui la giovane madre è socialmente isolata e culturalmente deprivata; questo tipo di interventi avviene solitamente in gruppi multifamiliari, di cui fanno parte la giovane madre, il *partner* e la e la nonna materna, se presenti e vi è una stretta collaborazione con del personale specializzato. Un altro approccio basato sul senso di comunità è il “*Comunity-based peer group programs*” (De La Rey & Parekh,

1996), il cui punto di forza l'incontro con i pari e la condivisione delle medesime esperienze all'interno di un contesto supportivo e protetto.

L' *Home visiting* è uno degli strumenti principali e di maggior efficacia a sostegno della genitorialità fragile. Questo tipo di supporto viene elargito tramite visite domiciliari, più o meno frequenti, in particolari momenti della giornata quali l'allattamento, il risveglio e l'addormentamento del bambino, da parte di psicologi e assistenti sociali. Tendenzialmente viene consigliato un inizio precoce di tali visite al fine di massimizzare l'efficacia dell'intervento, per cui nella maggior parte dei casi le visite iniziano nel periodo gestazionale e terminano al compimento di uno o due anni del bambino. Gli obiettivi sono molteplici: il miglioramento della relazione mamma-bambino, il potenziamento delle funzioni familiari e genitoriali, l'incremento della sensibilità materna e delle sue conoscenze sullo sviluppo infantile (Speranza & Mattei, 2007; Middlemiss & McGiugan, 2005). Il vantaggio di questi interventi è quello di riuscire a raggiungere un ampio ventaglio di madri superando la carenza motivazionale e l'impossibilità agli spostamenti, tratti caratteristici delle madri *teen* (Middlemiss & McGiugan, 2005). L'efficacia di questa tipologia di interventi è dimostrata da molteplici studi, come quello di Ammaniti, Speranza, Tambelli, Odorisio e Visamara (2007); i quali hanno valutato in maniera positiva un programma di intervento precoce di *Home visiting* in madri con rischio depressivo, psicosociale o a doppio rischio (sia rischio depressivo che psicosociale). Lo studio sopracitato ha confermato l'efficacia dell'intervento precoce di *home visiting* (nei tempi e modalità dagli autori proposti) osservando già dai sei mesi di vita del bambino una diminuzione delle emozioni negative e dei comportamenti di indifferenza nei confronti del bambino, un potenziamento della sensibilità materna e della cooperazione nell'interazione mamma-bambino (Ammaniti et al., 2007).

4.2 II “PRERAYMI”

“Promoting responsiveness, emotion regulation and attachment in young mothers and infants” (PRERAYMI) (Crugnola et al., 2013) è un programma di intervento che ha radici teoriche nella Teoria dell’attaccamento (Bowlby, 1969) rivolto alle giovani madri. È un progetto accademico svoltosi dal 2006 al 2011 in collaborazione con l’ospedale San Paolo di Milano e il dipartimento di psicologia dell’università Bicocca di Milano. Lo scopo dell’intervento è il miglioramento della relazione mamma-bambino, l’aumento della sensibilità e responsività materna, il miglioramento della regolazione emotiva nella diade e la promozione della formazione di un modello di attaccamento sicuro.

Il programma di supporto è stato erogato ad un campione di giovani madri di età media di 18.75 (SD=1,43) con livello socio- economico medio basso e basso nel 85% del campione. Il 71% ha abbandonato gli studi e il 72% vive con la famiglia d’origine, nella maggior parte dei casi la gravidanza è stata dichiarata come non programmata e il 90% delle mamme è a sua volta figlia di una madre *teen*. Le caratteristiche del gruppo di controllo a cui non è stato applicato l’intervento sono molto simili alle caratteristiche del campione che ha usufruito dell’intervento. I bambini invece sono stati seguiti dal secondo al nono mese di vita, per un totale di circa 15 incontri di cui il primo è un colloquio anamnestico e di valutazione dei fattori di rischio e di protezione di ogni diade madre-bambino. L’intervento è caratterizzato anche dalla somministrazione di test specifici sia alla mamma che al bambino e al termine del percorso sono previsti due incontri di *follow up* ai 14 e ai 24 mesi del bambino.

La peculiarità di tale studio è la multidisciplinarietà e l’utilizzo combinato di tre diverse modalità d’intervento: il video feedback, la consulenza psicologica e l’educazione allo sviluppo del bambino.

L'intervento terapeutico tramite l'utilizzo dei video (VIT) (Dowing et al., 2008) prevede l'utilizzo di caratteristiche della terapia cognitivo comportamentale assieme a caratteristiche della psicoterapia (Steele et al., 2014). Consiste nell'osservazione in seduta tra madre e esperto di video registrazioni in ambiente naturale di interazioni mamma-bambino nel gioco libero (massimo 10 minuti), nel rinforzo da parte del terapeuta degli aspetti positivi dell'interazione e nella messa in discussione assieme al *caregiver* delle criticità e disfunzionalità osservate nella relazione mamma-bambino. L'obiettivo della terapia con l'utilizzo delle video registrazioni è quello di aumentare la sensibilità materna ma anche la consapevolezza da parte del *caregiver* dei propri comportamenti, attraverso l'auto osservazione e la riflessione guidata dal terapeuta sui propri comportamenti e quelli del proprio bambino. Il vantaggio della terapia tramite video è la possibilità di poter osservare, anche molteplici volte, i dettagli dell'interazione diadica e poterli discutere assieme alla madre osservando così il "film esterno" quindi il comportamento oggettivo ma anche il "film interno" ovvero le emozioni, gli stati d'animo e i pensieri che la madre associa a tali comportamenti (Tronick et al., 1998; Beebe et al., 2010). Nel programma "PRERAYMI" le sessioni di video terapia sono 6, hanno inizio al terzo mese di vita del bambino e proseguono fino al raggiungimento dei 9 mesi.

Alle madri facenti parte del progetto sono state offerte 6 sedute di terapia allo scopo di integrare la loro nuova identità materna nel percorso di transizione all'età adulta e in casi specifici affrontare tematiche relazionali passate o presenti non ancora risolte.

Gli incontri di formazione sullo sviluppo del bambino (Papousek et al., 2008), tenuti da uno psicomotricista, sono mensili (6 incontri totali) con lo scopo di aumentare le conoscenze materne sulla crescita e lo sviluppo motorio e cognitivo del bambino, monitorato attraverso l'utilizzo delle scale Bayley (2005).

I risultati dell'utilizzo del programma "PRERAYMI" sul gruppo sperimentale a cui è stato erogato l'intervento sono decisamente positivi. Già a tre mesi nelle mamme riceventi il trattamento si è osservato un aumento della sensibilità materna e una diminuzione dei comportamenti di tipo intrusivo; si è osservata anche una diminuzione della messa in atto di comportamenti passivi da parte del bambino con il parallelo aumento dei comportamenti di tipo cooperativo. I livelli di sensibilità materna e di comportamenti cooperativi raggiunti hanno permesso di definire le relazioni mamma-bambino come adeguate (Crittenden, 1998).

In riferimento al modello della mutua regolazione mamma- bambino di Tronik (2007), nelle mamme che han usufruito del programma di intervento è aumentata anche la capacità di "riparazione" relazionale a fronte di una rottura nell'iterazione diadica con il loro bambino, aumento che non è stato invece rilevato nel gruppo di controllo.

L'intervento "PRERAYMI" è risultato efficace anche per quanto riguarda l'interazione triadica, ovvero tra mamma, bambino e un oggetto esterno, questo indica anche un aumento nella madre della capacità di *scaffolding* nei confronti del proprio bambino.

È di fondamentale importanza osservare come i miglioramenti osservati siano visibili già quando il bambino ha tre mesi, questo sottolinea nuovamente l'importanza di supportare fin da subito con costanza le giovani madri. Una recente meta analisi ha dimostrato come incontri di supporto frequenti elargiti già dai primi mesi di vita del bambino si sono dimostrati di doppia efficacia rispetto a incontri elargiti con meno frequenza (Geeraert et al., 2004; Nievar et al., 2010). Il programma "PRERAYMI" si è dimostrato efficace a prescindere dal modello di attaccamento della madre del bambino, valutato nel corso della ricerca tramite AAI, (Main et al., 1987), ciò significa che il pattern di attaccamento della madre è una variabile ininfluyente per quanto riguarda l'efficacia di tale trattamento, questo si traduce in un grande vantaggio se consideriamo

la popolazione delle madri *teen*, la quale presenta una maggiore presenza del modello di attaccamento insicuro.

È infine ipotizzabile che l'enorme efficacia del modello di intervento sopra descritto sia conseguente all'utilizzo di tecniche tra loro diverse e l'utilizzo quindi della multidisciplinarietà in un'ottica di aiuto e integrazione reciproca tra esperti e discipline differenti (Crugnola et al.,2016).

4.3 La nonna materna

Una delle principali fonti di supporto per le neo mamme, giovani e adulte, è sicuramente la figura della mamma, nonna materna del bambino, la quale si pone come figura di riferimento ed è assieme al partner, se presente, è una delle fonti di sostegno più importanti per le neo mamme e i loro bambini (Wandersman & Kahn,1980).

Quando però prendiamo in considerazione la popolazione delle mamme *teen* il quadro diventa maggiormente complesso in quanto spesso la giovane mamma è ancora dipendente, anche economicamente, dalla madre e dalla famiglia in generale.

Uno studio ha dimostrato come nelle madri adolescenti il contatto con la madre fosse associato a maggiori problematiche comportamentali nei bambini (Unger & Cooley, 1992); la direzione dei risultati dello studio non è però chiara e gli autori suggeriscono la possibilità che nel campione dell'esperimento del '92 le madri più in difficoltà sollecitassero maggiormente il supporto materno senza il quale, probabilmente, gli *outcomes* nei bambini sarebbero stati peggiori rispetto a quelli registrati.

La miglior condizione per lo sviluppo di un pattern di attaccamento sicuro nel bambino è quella in cui la neo mamma riceve supporto sia dal partner che dalla madre, una situazione in cui la giovane mamma può sentirsi realizzata e valorizzata in tutti i suoi

ruoli: mamma, compagna e figlia indipendente ma capace di chiedere aiuto (Spieker & Bensley, 1994).

Questa condizione è la più frequente tra le neo mamme adulte ma non tra le mamme *teen*, in cui nella maggior parte dei casi la nonna materna acquista un ruolo centrale nel sostegno alla giovane mamma e nella crescita del bambino, talvolta così centrale da diventare la figura di riferimento primaria per il bambino stesso.

In queste situazioni è fondamentale la relazione mamma-nonna, le quali possono porsi in maniera diversa nei confronti del bambino e non condividere le scelte educative per lo stesso (Apfel & Seitz, 1991), non va trascurato il fatto che il conflitto genitore-figlia adolescente è caratteristica principe dell'adolescenza ed è fondamentale per il processo di formazione di identità della ragazza. Il conflitto madre-nonna non è però associato positivamente allo sviluppo del bambino (Jones et al., 2003). Nel periodo post natale è dimostrato come i conflitti mamma-nonna aumentino in particolar modo nel periodo che va dalla nascita del bambino ai sei mesi successivi, stesso periodo in cui però la vicinanza emotiva è correlata negativamente con il conflitto ma positivamente con gli affetti positivi; quindi più la nonna esprime vicinanza e supporto emotivo alla giovane mamma minori saranno le probabilità di incorrere in conflitti e maggiore sarà la presenza di affetti positivi nella relazione (Sellers et al., 2011).

È importante quindi valutare le relazioni mamma-bambino, mamma-nonna e bambino-nonna per valutare quale possa essere condizione maggiormente favorevole sia per lo sviluppo del bambino ma anche per la salute mentale della mamma *teen*.

Nel 1991 Apfel e Seitz attraverso interviste a giovani mamme hanno individuato quattro modelli di adattamento familiare alla genitorialità adolescenziale associati più o meno positivamente con la transizione alla genitorialità della ragazza ad oggi considerati ancora validi.

I quattro modelli sono (A) Sostituzione genitoriale, (B) Supplemento genitoriale, (C) Supporto genitoriale e (D) Apprendistato genitoriale; ogni modello ha le sue specificità, i suoi vantaggi e i suoi limiti elencati in seguito:

(A) **Sostituzione genitoriale:** in questo modello la nonna materna assume il ruolo di *caregiver* primario nei confronti del bambino, le responsabilità genitoriali della madre sono ridotte o nulla, spesso a causa anche della carenza in termini di competenze genitoriali dimostrate. In questi casi la mamma del bambino è libera di proseguire il percorso scolastico e una vita in linea con quella dei suoi pari non genitori, non sviluppando però alcuna competenza genitoriale e sperimentando un sentimento di inadeguatezza e un vissuto di perdita nei confronti del proprio bambino. Per quest'ultimo però può essere positivo sviluppare una relazione di attaccamento con la nonna la quale spesso si dimostra matura per assumersi la responsabilità dello sviluppo del bambino.

(B) **Supplemento genitoriale:** in questo secondo modello le cure verso il bambino sono suddivise tra la nonna e la mamma o altri membri della famiglia; quali: fratelli, zii, cugini. Anche in questo modello la madre ha la possibilità di proseguire il percorso scolastico sapendo di poter contare sul supporto della madre per quanto riguarda la crescita del piccolo. Anche in questo modello la madre sviluppa capacità genitoriali. Il bambino potrebbe inoltre creare un legame più forte con il *caregiver* di supporto alla madre demotivando quest'ultima a intraprendere azioni nei confronti del suo bambino e alimentando vissuti di insicurezza (Zukerman et. al., 1979). Questo modello può essere fonte di conflitto tra mamma e nonna, di attriti familiari e tensioni le quali vanno considerate come fattore un di rischio nei confronti del bambino.

(C) **Supporto genitoriale:** in questo modello la giovane madre è la fonte primaria di cure verso il bambino, la nonna esprime il suo supporto attraverso frequenti contatti e visite, sostegno economico e *baby-sitting* occasionale. L'assunzione alla base di questo modello è che la giovane mamma abbia le capacità necessarie per occuparsi del suo bambino. Alcune mamme possono scegliere di occuparsi del loro bambino altre per diverse ragioni si vedono costrette a farlo: la famiglia può non essere disponibile ad aiutarla, conflitti l'hanno portata ad allontanarsi dalla famiglia. In questo modello i confini tra i ruoli sono ben definiti, la madre si identifica come tale e la nonna tende a intromettersi meno nella relazione mamma-bambino la quale risulta rafforzata. Anche la relazione mamma-nonna risulta essere più armoniosa e con meno conflitti. Il rischio però è che la madre non sia sufficientemente matura per adempiere alle funzioni genitoriali e che il supporto fornito dalla nonna possa essere, in alcune situazioni, non sufficiente, portando la diade mamma-bambino a vivere una vera e propria crisi la quale può sfociare in trascuratezza, abuso o abbandono del bambino. In questi casi sarebbe necessario passare ad un modello di Supporto genitoriale o Sostituzione genitoriale. Queste esperienze però risultano essere fattori di rischio per lo sviluppo del bambino e il benessere della madre la quale può vivere con grande sofferenza il fallimento nel suo ruolo di madre. Per questi motivi le costellazioni familiari che rientrano in questo terzo modello risultano essere maggiormente a rischio di esito negativo, pur essendoci però una percentuale di *outcomes* positivi anche in questo modello.

(D) **Apprendistato genitoriale:** in questo modello la nonna si pone come "mentore" nei confronti della figlia. L'assunto alla base di tale modello è che la giovane madre non abbia capacità genitoriali innate le quali sbocciano con

l'arrivo del bambino ma che quest'ultima abbia le possibilità di svilupparle e diventare una madre adeguata con l'aiuto e la guida della nonna. Le nonne in questo modello cercano di sostenere e guidare le figlie nella transizione alla genitorialità in modo sensibile e attento senza però sostituirle nel ruolo di *caregiver* primario nei confronti del bambino ma il fine è quello di educarle ad acquisire tale ruolo in modo consapevole e maturo. I vantaggi di questo modello sono diversi: le madri risultano essere più sicure e con livelli di autostima maggiori, non vi è sovrapposizione di ruoli tra mamma e nonna, in quanto l'obiettivo di queste nonne è quello di dare la possibilità alle loro figlie di diventare madri competenti, calde e responsive ma non di sostituirle nel loro ruolo di madri. La relazione mamma-bambino beneficia di tale situazione risultando più forte e sicura. Il rischio di questo modello è quello di porre troppa enfasi sulla maternità della ragazza la quale è totalmente assorbita in questo ruolo trascurando il percorso accademico e quindi le possibilità per il proprio futuro. Inoltre affinché il modello del genitore apprendista abbia esito positivo sono necessari due elementi: una nonna attenta, chiara e direttiva ma non intrusiva e una mamma altrettanto attenta e recettiva.

Proprio nel modello dell'apprendistato genitoriale risulta fondamentale una buona relazione mamma-figlia con grande vicinanza emotiva e prevalenza di affetti positivi i quali correlano, come già detto, in modo negativo con il conflitto diventando così fattore protettivo per tutto il nucleo familiare (Sellers et al., 2011).

I quattro modelli sopra citati descrivono quattro diverse modalità di supporto che la madre può offrire alla figlia per accompagnarla nella sua transizione alla genitorialità, ognuno dei pattern ha le possibilità per portare a termine una transizione positiva ad eccezione del modello (A) della Sostituzione genitoriale in cui di fatto non avviene la

transizione. I modelli (B) e (C), rispettivamente Supplemento e Supporto genitoriale risultano avere maggiori rischi intrinseci, ne deriva che il modello che predice in maniera maggiormente positiva la transizione alla genitorialità della giovane mamma e il modello (D) dell'Apprendistato genitoriale (Apfel & Seitz, 1991). Inoltre le relazioni mamma-figlia in cui il livello di conflitto è basso, ma le madri risultano essere chiare ed esigenti con le loro figlie, risultano essere positivamente associate a livelli più bassi di controllo negativo sul bambino e a più alti livelli di genitorialità responsiva da parte delle giovani mamme nei confronti dei loro figli.

4.4 Conclusioni

Nel 2022 i bambini nati da madri *teen* (madri al di sotto dei 20 anni) sono stati lo 0,77% del totale (ISTAT, 2022), una percentuale in diminuzione ma che segnala la presenza di gravidanze precoci e quindi di una popolazione di mamme e bambini considerati “a rischio” dal punto di vista dello sviluppo positivo del bambino e del benessere di tutto il nucleo.

Ogni fase di sviluppo ha dei compiti di sviluppo definiti e funzionali (Havighurst, 1972).; ad oggi la maternità non appartiene ai compiti evolutivi dell'adolescenza e dell'*emerging adulthood* (Arnett, 2002) i quali orbitano attorno alla ridefinizione dell'identità, la quale tra gli 11 e i 25 anni subisce profondi cambiamenti che prendono avvio nella fase adolescenziale ma hanno carattere maggiormente attivo, nell'adulthood emergente attraverso un'attiva esplorazione dell'identità stessa (Schwartz et al., 2013).

In questo quadro la gravidanza si inserisce come evento intrusivo, spesso inaspettato verso cui la giovane donna presenta lacune a livello di conoscenze, competenze e consapevolezza riguardo al suo futuro ruolo di *caregiver* (Sommer et al., 2000).

Si verifica quella che Bohr definisce *asincronia evolutiva* (Bohr et al., 2012) ovvero una concomitanza di compiti di sviluppo (Havighurst, 1972) appartenenti a fasi evolutive differenti, la quale rende la giovane donna maggiormente vulnerabile e fragile.

Le emozioni provate dalla giovane mamma del periodo della gravidanza sono spesso tra loro discordanti, alcune riferiscono un vissuto positivo della stessa (Roberts et al., 2011; Mohammadi et al., 2016), altre invece un vissuto negativo, di forte preoccupazione il quale nei casi di maggiore vulnerabilità può sfociare in depressione (Wilson-Mitchell et al., 2014).

La combinazione tra i fattori descritti influisce notevolmente sullo sviluppo positivo della relazione mamma-bambino, fondamentale per la crescita del bambino il quale è inizialmente totalmente dipendente dalla madre la quale attraverso le funzioni genitoriali dovrebbe colmare e soddisfare tutti i bisogni del bambino, da quelli primari a quelli più complessi come ad esempio quello di regolazione emotiva.

Una delle funzioni genitoriali maggiormente associata allo sviluppo sano del bambino è la *funzione riflessiva*; funzione il cui fine è la completa comprensione dei pensieri, comportamenti e bisogni del bambino (Slade, 2005). Le madri *teen* presentano tendenzialmente bassi punteggi di funzione riflessiva, in media un punteggio di 3 su una scala 0-9 (Sadler et al., 2013), dato in parte giustificato dal fatto che la funzione riflessiva si sviluppa in modo graduale e risulta essere matura in età adulta (Borelli et al., 2014; Slade et al., 2005) ma che riflette le giovani madri come tendenzialmente distaccate e intrusive (Berlin et al., 2002). La funzione riflessiva influisce sulla sensibilità materna verso il bambino, i due fattori risultano essere positivamente associati, per cui a un basso punteggio di funzione riflessiva si associa un basso punteggio di sensibilità materna nei confronti del bambino.

I fattori sopra citati influenzano notevolmente lo sviluppo del legame di attaccamento (Bowlby, 1969) del bambino: in norma nella popolazione il pattern di attaccamento (Ainsworth et al., 1978) predominante è quello Sicuro (B) (70%) (Broussard, 1995) e la percentuale di stabilità nel tempo del pattern di attaccamento è molto elevata (88%) (Main & Cassidy, 1988; Wartner et al., 1994); se prendiamo in considerazione la popolazione delle madri *teen* la distribuzione dei pattern di attaccamento si presenta differente: il pattern sempre prevalente è quello Insicuro (A e C) (circa il 50%) (Spieker & Benslay, 1994; Relatedly et al., 1995) ma è elevata anche la percentuale di attaccamento disorganizzato (D) che oscilla tra il 18% e il 23% (Relatedly et al., 1995; Van IJzendoorn et al., 1999), inoltre tra le giovani mamme l'instabilità del modello di attaccamento sembra essere normativa, ma tra la prima e la seconda infanzia le modificazioni nel pattern di attaccamento sono nella maggior parte dei casi in senso positivo per lo sviluppo del piccolo (Julie et al., 2009, Whitman et al., 2001).

Le variabili attribuibili alla madre associate maggiormente allo sviluppo del pattern di attaccamento nel bambino sono: (A) la responsività materna e (B) la preparazione cognitiva della stessa al suo nuovo ruolo di madre; le quali se considerate in modo congiunto spiegano fino al 20% della varianza dei comportamenti genitoriali sia nella prima che nella seconda infanzia comportamenti che vanno poi a modellare la relazione mamma-bambino (Landry et al., 2001; Wakschlag & Hans, 1999, Julie et al., 2009).

La preparazione cognitiva al ruolo materno influisce anche sullo sviluppo delle abilità sociali del bambino, assieme alla variabile dell'autostima materna la quale riesce a spiegare il 19% delle pratiche genitoriali che, a seconda della loro qualità più o meno positiva influenzano lo sviluppo delle abilità sociali del piccolo (Hubbs-Tait et al., 1994).

Per quanto riguarda l'instabilità del pattern di attaccamento nei bambini figli di madri *teen*, va specificato che nella maggior parte dei casi si osserva un miglioramento nella relazione mamma-bambino tra la prima e la seconda infanzia, miglioramento correlato con la stimolazione verbale, infatti i bambini che tra la prima e la seconda infanzia hanno modificato il loro pattern di attaccamento in modo positivo hanno madri non solo più responsive ma anche più abili nello stimolare il bambino dal punto di vista verbale (Julie et al., 2009).

La depressione, diffusa tra le madri *teen*, è associata a scarsa attenzione e responsività, poca sintonizzazione emotiva e modalità di intervento brusche nei confronti del bambino (Gelfand & Teti, 1990): considerando lo sviluppo di disturbi di comportamento esternalizzanti nel bambino, la depressione materna spiega il 13% della varianza nello sviluppo di tali disturbi, percentuale che si somma alla varianza determinata dal modello di attaccamento (circa il 14%) per un totale del 27%.

Nel caso dello sviluppo di disturbi del comportamento internalizzanti le percentuali sono simili; la depressione determina il 15% della varianza mentre il pattern di attaccamento un ulteriore 16% (Totale 31%) (Hubbs-Tait et al., 1994).

I disturbi del comportamento sia sul versante internalizzante che esternalizzante risultano quindi molto presenti tra i bambini di madri *teen* con conseguenze sul benessere e l'adattamento futuro degli stessi.

Dal punto di vista clinico va attenzionata la negligenza materna, diffusa tra le giovani mamme in particolare tra quelle che a loro volta hanno sperimentato durante l'infanzia un vissuto di trascuratezza (Kaufman & Zigler, 1987), sono da tenere in particolare considerazione quei casi in cui il bambino fa esperienza di tali vissuti ma non viene preso in carico da esperti e la madre non viene sostenuta da nessun servizio. Tali esperienze influenzano in modo profondamente negativo lo sviluppo socio-emotivo del

bambino (Lounds et al., 2006); gli effetti della negligenza materna sono già visibili nel bambino di 24 mesi il quale risulta essere spesso irrequieto, aggressivo e rimangono osservabili lungo tutta l'età evolutiva rendendo il bambino maggiormente vulnerabile allo sviluppo di disturbi del comportamento esternalizzanti con conseguenti difficoltà nell'adattamento sociale e nella relazione con i pari (Manly et al., 2001; Erikson et al., 1989; Herrenkohl et al., 1991; Hoffman-Plotkin & Twentyman, 1984, Bolger et al., 1998).

I bambini di madri *teen* risultano essere vulnerabili anche sul piano cognitivo con conseguenze a livello di prestazioni scolastiche, spesso considerate insoddisfacenti. Sono frequenti le diagnosi di lieve ritardo mentale, di ritardi nello sviluppo del linguaggio e nello sviluppo visuo-motorio, risulta compromessa, in alcuni casi, anche la velocità di risposta e di riflesso (Broman, 1981; Sommer et al., 2000; Whitman et al., 2001).

Le difficoltà evolutive a cui i bambini nati da madri adolescenti e *emerging adults* (Arnett, 2000) sono maggiormente esposti sono dunque molteplici, ma possono essere attenuati attraverso il supporto familiare e sociale e a modelli di intervento costruiti su misura per le esigenze delle giovani madri.

La nonna materna è una prima fonte di guida e supporto per tutte le donne che diventano madri, ma la loro presenza e aiuto nel caso delle giovani madri è fondamentale per l'esito positivo del processo di transizione alla genitorialità; spesso perché la giovane madre è lei stessa dipendente dalla propria famiglia. Secondo le ricerche di Apfel e Seitz (1991) risultano essere quattro i modelli attraverso cui le mamme possono sostenere la figlia nella transizione alla genitorialità, il modello associato a un maggior numero di *outcomes* positivi è quello dell'"apprendistato genitoriale", in cui la nonna si pone come mentore dei confronti della figlia e vede in lei le potenzialità

per diventare una madre adeguata, non vi è sovrapposizione di ruoli e i conflitti nonna-figlia sono ridotti. Ne giova anche l'autostima della giovane madre la quale si percepisce come maggiormente competente nel suo ruolo di *caregiver* e acquisisce, anche grazie alla madre, le capacità genitoriali.

Risulta maggiormente produttivo intervenire in modo precoce a sostegno della relazione mamma-bambino (Janis & Feldman, 2007), l'obiettivo è quello di creare una rete supportiva nei confronti della diade, permettendo lo sviluppo di una relazione positiva (Lehmann et al., 2013).

Le modalità di supporto e intervento sono molteplici: alcune sono maggiormente efficaci in quelle situazioni in cui la giovane mamma è ancora inserita nel contesto scolastico e sono mirati ad evitare l'abbandono dello stesso, con il fine di conciliare la frequenza scolastica con l'assolvimento delle capacità genitoriali, come avviene negli *"School-based programs for adolescent parents"* (Batten & Stowen, 1996) e gli *"High school-based care child center"* (Sadler et al., 2003; Mayers et al., 2008). Altri invece sono rivolti alle giovani mamme che hanno abbandonato gli studi e vivono socialmente isolate o ritirate come: i *"Multi family groups programs"* (Save the Children, 2011; Fletcher et al., 2013), i *"Community-based peer group programs"* (De La Rey & Parekh, 1996) e gli interventi di *Home visiting* particolarmente efficaci nelle giovani a rischio depressivo e psicosociale (Ammaniti et al., 2007).

Gli interventi che risultano di maggior efficacia sono gli interventi multidisciplinari, i quali coinvolgono esperti di diverse discipline promuovendo la collaborazione e l'utilizzo di tecniche di supporto e intervento diverse tra loro ma che in associazione determinano maggiori esiti positivi (Crugnola et al., 2016).

Un esempio di intervento multidimensionale è il *"Promoting responsiveness, emotion regulation and attachment in young mothers and infants"* (PRERAYMI) (Crugnola et

al., 2013): un programma che pone radici nella Teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969) con l'obiettivo di migliorare la relazione mamma-bambino attraverso l'aumento della sensibilità e responsività materna, promuovendo lo sviluppo di un modello di attaccamento Sicuro. Sono state utilizzate diverse tecniche: la terapia tramite il video *feedback*, la consulenza psicologica e l'educazione allo sviluppo del bambino.

I risultati sono stati decisamente positivi e visibili già nei primi tre mesi di erogazione del trattamento, sottolineando l'efficacia dell'intervento precoce: si è osservato un aumento della sensibilità materna e una diminuzione dei comportamenti di tipo intrusivo, una diminuzione della messa in atto di comportamenti passivi da parte del bambino con il parallelo aumento dei comportamenti di tipo cooperativo è aumentata anche la capacità di "riparazione" relazionale della madre a fronte di una rottura nell'iterazione diadica con il loro bambino (Tronik, 2007).

Alla luce del continuo innalzamento dell'età in cui si affronta la maternità, ad oggi 32,4 anni (ISTAT, 2023), sarebbe interessante valutare, in un'ottica di future ricerche, i possibili effetti dell'età materna avanzata (più di 35 anni) (Collins and Crosignani, 2005) sullo sviluppo del bambino.

Le madri di età avanzata costituiscono una popolazione molto diversa rispetto a quella considerata nella tesi. Tuttavia, sarebbe interessante valutare se, per lo sviluppo del bambino, sia più vantaggioso essere figlio di una madre adolescente o di una madre con un'età superiore alla media nazionale, dato che però è in costante aumento.

Ad oggi sono dimostrate le possibili difficoltà biologiche nel periodo gestazionale e perinatale a cui la madre in età avanzata ha maggiori probabilità di incontrare: sono maggiormente frequenti le nascite pretermine e i nati morti (Pinheiro RL et al., 2019) ma anche le anomalie cromosomiche (Guida genitori, 2020). Sono molto presenti i parti cesareo (47%) se messi a confronto con la popolazione media (Gilbert et al., 1999), i

quali sono associati a una maggiore difficoltà della madre nell'instaurare una relazione positiva con il piccolo (Darvishvand et al., 2018).

Per la donna che diventa madre in età avanzata è maggiore il rischio di sviluppare disturbi di matrice ansioso-depressiva (Carlson, 2011; Aasheim et al., 2012). Il bambino risulta invece maggiormente esposto allo sviluppo di disturbo bipolare (Menezes et al., 2010), disturbi d'ansia (Tearne et al., 2016) e scarso funzionamento sociale (Weiser et al., 2008), risultati di sviluppo simili a quelli osservati nei bambini di madri *teen*.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

AHUNOVNA, M. D. (2021). Important aspects of the psychological characteristics of adolescence. *JournalNX*, 7(02), 59-61.

Ammaniti, M., Speranza, A. M., Tambelli, R., Odorisio, F., & Vismara, L. (2007). Sostegno alla genitorialità nelle madri a rischio: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia. *Infanzia e adolescenza*, 6(2), 67-83.

Apfel, N. H., & Seitz, V. (1991). Four models of adolescent mother-grandmother relationships in Black inner-city families. *Family Relations*, 421-429.

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469.

Arnett, J. J. (2007). Emerging adulthood: What is it, and what is it good for? *Child development perspectives*, 1(2), 68-73.

Ballona, E. S. (2011). *Piccole mamme: rapporto di Save the Children sulle mamme adolescenti in Italia*. Save the Children Italia Onlus. 5.

Crugnola, C. R., Ierardi, E., Gazzotti, S., & Albizzati, A. (2014). Motherhood in adolescent mothers: Maternal attachment, mother–infant styles of interaction and emotion regulation at three months. *Infant Behavior and Development*, 37(1), 44-56.

Darvishvand, M., Rahebi, S. M., & Khalesi, Z. B. (2018). Factors related to maternal-infant attachment. *Shiraz E-Medical Journal*, 19(12).

Dreher, E., & Oerter, R. (1986). Children's and adolescents' conceptions of adulthood: the changing view of a crucial developmental task. In *Development as action in context: Problem behavior and normal youth development* (pp. 109-120). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Erfina, E., Widyawati, W., McKenna, L., Reisenhofer, S., & Ismail, D. (2019). Adolescent mothers' experiences of the transition to motherhood: An integrative review. *International journal of nursing sciences*, 6(2), 221–228.

Feldman, J. B. (2007). The effect of support expectations on prenatal attachment: An evidence-based approach for intervention in an adolescent population. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24, 209-234.

Fish, B., & Condon, S. (1994). A discussion of current attachment research and its clinical applications. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 11, 93-105.

Gilbert, W. M., Nesbitt, T. S., & Danielsen, B. (1999). Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. *Obstetrics & Gynecology*, 93(1), 9-14.

Giovanni Lopez, (2011), *Manuale di valutazione delle capacità genitoriali*. Maggioli editore. 16.

Hubbs-Tait, L., Hughes, K. P., Culp, A. M., Osofsky, J. D., Hann, D. M., Eberhart-Wright, A., & Ware, L. M. (1996). Children of adolescent mothers: Attachment representation, maternal depression, and later behavior problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(3), 416-426.

Hubbs-Tait, L., Osofsky, J. D., Hann, D. M., & Culp, A. M. (1994). Predicting behavior problems and social competence in children of adolescent mothers. *Family relations*, 439-446.

ISTAT, “*La demografia dell’Europa*”,2021

ISTAT, “*Matrimoni, unioni civili, separazioni e divorzi. Anno 2022*”, 2023

ISTAT, “*Natalità e fecondità nella popolazione residente. Anno 2022*”, 2023

Kapur, S. (2015). Adolescence: the stage of transition. *Horizons of holistic education*, 2(3), 233-50.

Lezzi, A. C. (2015). Madri adolescenti: uno studio clinico. *Psychofenia: Ricerca ed Analisi Psicologica*, (31), 121-166.

Lis A., Stella S., Zavattini G.C., (1999). *Manuale di psicologia dinamica*. Il Mulino. 350-353.

Liverani, A., Massa, L., Ercolanese, T. I., Amante, M. T., & Valletta, E. (2015). La gravidanza nell'adolescente: perché dobbiamo e come possiamo prendercene cura. *Quaderni acp*, 22, 241-4.

Long, M. S. (2009). Disorganized attachment relationships in infants of adolescent mothers and factors that may augment positive outcomes. *Adolescence*, 44(175).

Lounds, J. J., Borkowski, J. G., & Whitman, T. L. (2006). The potential for child neglect: The case of adolescent mothers and their children. *Child maltreatment*, 11(3), 281-294.

Lounds, J. J., Borkowski, J. G., Whitman, T. L., Maxwell, S. E., & Weed, K. (2005). Adolescent parenting and attachment during infancy and early childhood. *Parenting: Science and Practice*, 5(1), 91-118.

Margiotta, U., & Zambianchi, E. (2014). Genitorialità: consapevolezza del proprio ruolo educativo e competenze di cittadinanza. *Formazione & insegnamento*, 12(3), 55-70.

Pinheiro, R. L., Areia, A. L., Mota Pinto, A., & Donato, H. (2019). Advanced maternal age: adverse outcomes of pregnancy, a meta-analysis. *Acta medica portuguesa*, 32(3), 219-226.

Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Albizzati, A., & Downing, G. (2016). Effectiveness of an attachment-based intervention program in promoting emotion regulation and attachment in adolescent mothers and their infants: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 7, 152611.

Sadler, L. S., Novick, G., & Meadows-Oliver, M. (2016). "Having a baby changes everything" reflective functioning in pregnant adolescents. *Journal of pediatric nursing, 31*(3), e219-e231.

Schwartz, S. J. (2016). Turning point for a turning point: Advancing emerging adulthood theory and research. *Emerging Adulthood, 4*(5), 307-317.

Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., Luyckx, K., Meca, A., & Ritchie, R. A. (2013). Identity in emerging adulthood: Reviewing the field and looking forward. *Emerging adulthood, 1*(2), 96-113.

Sellers, K., Black, M. 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.

Spieker, S. J., & Bensley, L. (1994). Roles of living arrangements and grandmother social support in adolescent mothering and infant attachment. *Developmental Psychology, 30*(1), 102.

Sussman, S., & Arnett, J. J. (2014). Emerging adulthood: developmental period facilitative of the addictions. *Evaluation & the health professions, 37*(2), 147-155.

Tambelli R., (2022). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Il Mulino. 33, 36-37, 177-182.

Tosto, M., Salerno, A., & Fici, E. (2015). L'esperienza della maternità in adolescenza e le azioni di supporto al benessere psicologico e sociale. *Psicologia clinica dello sviluppo, 19*(2), 219-248.

Wise, S., & Grossman, F. K. (1980). Adolescent mothers and their infants: Psychological factors in early attachment and interaction. *American Journal of Orthopsychiatry, 50*(3), 454.

SITOGRAFIA

Eurostat, “*Teenage and older mothers in EU*”, 2017, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20170808-1>
(Ultimo accesso 3/04/2024)

I. STAT, “*Nati vivi: età e cittadinanza della madre*”, 2024, <http://dati.istat.it/>
(Ultimo accesso 6/04/2024)

Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), “*Il matrimonio è passato di moda o no?*”; 2021. (Ultimo accesso 27/03/2024)

Istituto Superiore di sanità, “*Salute del bambino: l’importanza dei primi anni di vita per lo sviluppo fisico e mentale*” <https://www.epicentro.iss.it/materno/linee-guida-oms-sviluppo-bambini-2020>
(Ultimo accesso 11/04/2024)

Save the Children, “*In vent’ anni in Italia i livelli d’istruzione sono cresciuti più lentamente della media dei paesi OCSE*”, 2022 <https://www.savethechildren.it/press/venti-anni-italia-i-livelli-d%E2%80%99istruzione-sono-cresciuti-pi%C3%B9-lentamente-della-media-dei-paesi>
(Ultimo accesso 27/03/2024)

Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, “*Genitorialità: definizione del termine e funzione*” <https://apc.it/articoli-divulgativi/genitorialita-che-cose/>
(Ultimo accesso 29/03/2024)

State of mind, il Giornale delle Scienze Psicologiche, Schneider M., Ticozzelli L., “*Figli di genitori anziani: analisi delle connessioni tra i vari sistemi socio-psicologici e prospettive per il futuro*” <https://www.stateofmind.it/2021/09/genitori-anziani-figli-futuro/#:~:text=I%20rischi%20psicologici%20per%20la,et%20al.%2C%202012>
(Ultimo accesso 5/06/2024)

Statista, “*Adolescent fertility rate in Italy 2012-2021*”, 2024, <https://www.statista.com/statistics/792691/adolescent-fertility-rate-in-italy/>
(Ultimo accesso 3/04/2023)

Statista, “*Children born from teenager mothers in Italy by regions*”, 2021, <https://www.statista.com/statistics/1273127/children-born-from-teenager-mothers-in-italy-by-region/>
(Ultimo accesso 3/04/2024)

Treccani, “*Genitorialità*”, *Universo del Corpo* 1999, [https://www.treccani.it/enciclopedia/genitorialita_\(Universo-del-Corpo\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/genitorialita_(Universo-del-Corpo)/)
(Ultimo accesso 29/03/2024)

World health Organization, “*Adolescent pregnancy*”, 2024, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
(Ultimo accesso 3/04/2024)