



**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

TESI DI LAUREA

**ATTACCAMENTO, FUNZIONE RIFLESSIVA E COSTRUZIONE DEL
SÉ NEI FIGLI DI MADRI ADOLESCENTI**

RELATRICE:

Prof.ssa Stefania Cristofanelli

STUDENTE: 18 D03 057

Stella Algeri

Sommario

INTRODUZIONE	2
CAPITOLO PRIMO: LO SVILUPPO DEL LEGAME MADRE-FIGLIO TRA ATTACCAMENTO E FUNZIONE RIFLESSIVA	4
1.1 Il costrutto dell'Attaccamento	4
1.2 La Funzione Riflessiva del Sé: l'importanza della relazione madre-bambino e il suo ruolo nello sviluppo	11
1.3 Interazione tra Attaccamento e Funzione Riflessiva del Sé	14
CAPITOLO SECONDO: FATTORI DI RISCHIO PER LO SVILUPPO DI UN ATTACCAMENTO SICURO E PER LA COSTRUZIONE DEL SÉ	17
2.1 Il fallimento delle strategie di attaccamento e alternative difensive: la disorganizzazione dell'attaccamento e il maltrattamento infantile	17
2.2 L'organizzazione del Sé all'interno di un attaccamento disorganizzato: il falso Sé e il Sé alieno	26
2.3 Traumi psicologici precoci e mentalizzazione	28
CAPITOLO TERZO: ATTACCAMENTO E FUNZIONE RIFLESSIVA DEL SÉ NEI FIGLI DI MADRI ADOLESCENTI	30
3.1 L'adolescenza	31
3.1.1 I correlati cognitivi e comportamentali delle modificazioni cerebrali in adolescenza	33
3.1.2 I correlati psichici: fattori di stabilità e cambiamento dall'infanzia all'adolescenza	36
3.2 Madri e adolescenti: la gravidanza nel periodo adolescenziale	44
3.3 Supporto sociale e intervento psicologico	52
3.4 Il ruolo del padre	57
CONCLUSIONI	59
Bibliografia	63

INTRODUZIONE

Il presente elaborato si propone di delineare l'esperienza di maternità in adolescenza, un fenomeno complesso e multidimensionale che ha suscitato crescente interesse nella ricerca psicologica e sociale, con l'obiettivo di indagare se la genitorialità in adolescenza costituisca un fattore di rischio per la costruzione di un'adeguata relazione d'attaccamento tra madre e bambino e per lo sviluppo futuro della funzione riflessiva nei figli. Il focus sulla maternità in adolescenza è motivato dal fatto che essa avviene in un periodo di sviluppo caratterizzato da intensi cambiamenti neurobiologici, fisici, psichici, emotivi e sociali. Quando a questi si aggiungono le responsabilità e i cambiamenti della maternità le sfide possono divenire ancora più complesse; il connubio di questi due eventi può determinare un'«asincronia evolutiva» (Connolly, Heifetz, & Bohr, 2012), contraddistinta dalla duplice e contemporanea acquisizione della rappresentazione di sé come donna e come madre.

Nel primo capitolo verrà fornita una panoramica della letteratura esistente sull'attaccamento e sulla nascita della mente del bambino secondo le traiettorie evolutive tipiche e atipiche. La teoria dell'attaccamento elaborata da John Bowlby (1969) ha avuto un enorme influenza nel campo della psicologia dello sviluppo, della psicoterapia e della psichiatria, poiché il legame di attaccamento tra *caregiver* e bambino, ovvero la prima relazione significativa del bambino, è funzionale non solo perché fornisce le necessità di base per la sopravvivenza, ma anche perché offre supporto emotivo, protezione e conforto (Bowlby, 1999). Svolge dunque un ruolo cruciale nello sviluppo socio-emotivo dell'essere umano dalla nascita fino alla morte, mettendo in luce l'importanza delle relazioni nello sviluppo all'interno di tutto il ciclo di vita. Verranno in seguito analizzati i pattern di attaccamento individuati da Mary Ainsworth e colleghi (1985), importanti nel determinare le rappresentazioni mentali che il bambino ha (e avrà) di se stesso, della sua figura di accudimento e della relazione sé-altro, che si strutturano nell'individuo in Modelli Operativi Interni (MOI). La relazione diadica con il *caregiver*, infine, è cruciale perché è al suo interno che emerge il Sé del bambino, in un processo graduale di conversione delle qualità percettive in qualità affettive, fino a giungere all'acquisizione delle prime forme di regolazione emotiva e all'acquisizione delle capacità di mentalizzazione, capacità che permette di attribuire un significato al proprio e altrui comportamento e di cogliere gli stati psicologici che motivano l'agire (Baldoni, 2013; Fonagy & Target, 2004).

Il secondo capitolo fornisce un'analisi dei fattori che possono minare lo sviluppo di un attaccamento sicuro e della funzione riflessiva, con le annesse conseguenze a livello socio-

emotivo, della personalità, di autoefficacia e di autostima. Per quanto riguarda le strategie di attaccamento disfunzionali e disadattive il focus verte in particolare sulle tipologie di attaccamento insicuro, nello specifico quello disorganizzato. A questo proposito assumono rilevanza come preconditione per la disorganizzazione dell'attaccamento il maltrattamento infantile e il trauma precoce (Disturbo da trauma evolutivo complesso), che, compromettendo numerose aree del funzionamento evolutivo, determinano traiettorie di sviluppo psicopatologiche (van der Kolk, 2005). Una disorganizzazione della relazione si riflette in una disorganizzazione della struttura del Sé, che conseguentemente intacca e indebolisce la capacità di mentalizzazione. Verranno dunque esaminate due possibili conseguenze della privazione dell'esperienza psicologica nucleare necessaria al bambino per costruire il senso del Sé: il falso Sé e il Sé alieno.

Infine, nel terzo ed ultimo capitolo, sarà trattato il tema fulcro di questo elaborato: quello della maternità in età adolescenziale e le sue implicazioni per l'attaccamento e la costruzione del Sé nei figli. Verrà fornita un'analisi dei più importanti cambiamenti neuropsicologici caratterizzanti questo delicato e critico periodo di sviluppo, con particolare focus sui processi di mielinizzazione, *pruning* sinaptico e sviluppo corticale, e sui correlati a livello comportamentale, nello specifico il *decision making*, il controllo del comportamento e la modulazione delle risposte emotive. Verranno poi esaminati i correlati psichici e relazionali dell'adolescenza, con particolare attenzione alle modificazioni e riorganizzazioni relative ai legami di attaccamento, ai Modelli Operativi Interni e alle conquiste tipiche dell'età adolescenziale, tra cui l'autonomia, l'acquisizione di identità, l'intensificazione delle capacità di mentalizzazione, la capacità riproduttiva e soprattutto le relazioni con i pari. Per concludere, l'elaborato propone un'analisi che verte alla comprensione delle dinamiche uniche che caratterizzano la diade composta dalla madre adolescente e il proprio figlio. Le madri adolescenti, che spesso si confrontano con situazioni di svantaggio economico, risorse limitate e forte stress possono incontrare una serie di difficoltà nel fornire un contenimento e un supporto emotivo adeguato ai propri bambini. Ciò, insieme ad altri fattori, renderebbe la gravidanza precoce una situazione di rischio per il legame madre-bambino, per l'acquisizione dell'identità materna e per il futuro sviluppo del figlio (Ierardi, Gazzotti, Albizzati, & Riva Crugnola, 2018). Per questo motivo verranno proposti alcuni interventi di sostegno alla relazione, come il supporto sociale (della famiglia, del partner e dei pari) e l'intervento psicologico, che possono giocare un ruolo cruciale nel migliorare le capacità genitoriali e promuovere uno sviluppo sano nei loro bambini.

CAPITOLO PRIMO: LO SVILUPPO DEL LEGAME MADRE-FIGLIO TRA ATTACCAMENTO E FUNZIONE RIFLESSIVA

Comprendere concetti fondamentali quali l'attaccamento e la funzione riflessiva del Sé è cruciale per esplorare come le relazioni di attaccamento influenzino il funzionamento psicologico e sociale degli individui lungo tutto il corso della loro vita, oltre che determinare le dinamiche e la qualità delle relazioni che l'individuo instaurerà, e, in ultima analisi, la sua struttura di personalità.

Nel corso di questo capitolo verranno approfonditi questi concetti e la loro importanza per la nascita della mente del bambino, oltre che la loro correlazione: le prime modalità relazionali tra *caregiver* e bambino, infatti, vengono interiorizzate da quest'ultimo andando a costituire dei modelli rappresentazionali l'aspetto cardine nella costruzione del Sé e delle successive relazioni che l'individuo instaurerà nel corso del suo sviluppo.

1.1 Il costrutto dell'Attaccamento

Il concetto di attaccamento costituisce un pilastro fondamentale nella comprensione dello sviluppo psicologico umano. La teoria dell'attaccamento, sviluppata da John Bowlby (1969) e successivamente approfondita da Mary Ainsworth (1971, 1978), offre una cornice teorica utile a comprendere l'importanza per il sano sviluppo del bambino di un ininterrotto processo di attaccamento precoce alla madre e le modalità in cui esso avviene.

Bowlby (1969), psichiatra inglese, verso la fine degli anni '50, a seguito delle scoperte relative ai pervasivi effetti patologici che si presentavano in bambini istituzionalizzati o ospedalizzati in seguito alla separazione o perdita della famiglia, propose la teoria dell'attaccamento per definire la qualità del legame che unisce il bambino alla madre, che si organizza nei primi anni di vita. Le esperienze precoci tra neonato e *caregiver* sono fondamentali in quanto influenzano lo sviluppo della mente dell'individuo. L'autore individua una vera e propria predisposizione geneticamente determinata e filogeneticamente trasmessa del bambino a stabilire un legame d'attaccamento, nonché a dare inizio, mantenere e porre fine all'interazione con il *caregiver* e usare questa persona come «base sicura» per l'esplorazione del mondo e lo sviluppo personale del Sé (Bowlby, 1999). È, in tal senso, un primitivo sistema motivazionale allo sviluppo finalizzato alla sopravvivenza dell'individuo e della specie che spinge il bambino ad una specifica relazione con il *caregiver*, ritenuto in

grado di affrontare il mondo in modo adeguato fornendogli, oltre che necessità di base quale il nutrimento, anche sicurezza, conforto e protezione.

Le funzioni di base dell'attaccamento teorizzate da Bowlby (1999) sono:

- a. *Mantenimento della prossimità*. Il soggetto allarmato o preoccupato da una situazione avvertita come minacciosa tende a ricercare conforto della figura d'attaccamento (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Questa naturale inclinazione è propria anche di altri esseri viventi.
- b. *Rifugio sicuro*. È la funzione del *caregiver* come fonte di sostegno e rassicurazione, soprattutto in presenza di pericoli.
- c. *Base sicura*. Ritenuta da Bowlby (1996) la caratteristica più importante, in quanto è il punto da cui partire per l'esplorazione dell'ambiente e al contempo il luogo a cui tornare quando si è stanchi o spaventati. Il *caregiver* costituisce una base sicura, un rifugio, una protezione dai pericoli, ma anche un riferimento sociale attraverso cui interpretare gli stimoli sconosciuti. Questa funzione ha un'enorme importanza per l'equilibrio emotivo del bambino (Bowlby, 1996).

I primi legami di attaccamento si formano verso i sette mesi e si costruiscono con poche persone (di solito, ma non necessariamente, i parenti biologici); potenzialmente tutti i bambini sviluppano tali legami (Main, 2008). Il legame di attaccamento è perseguito dal bambino tramite il comportamento di attaccamento, ovvero «ogni forma di comportamento del piccolo che dia luogo alla vicinanza alla madre» (Bowlby, 1999, p. 183), a cui corrisponde un comportamento di accudimento nei genitori, finalizzato a ridurre la distanza fisica tra il piccolo e il *caregiver*. È, dunque, la guida che orienta il bambino nel controllo della disponibilità di una o più figure di attaccamento e nella loro ricerca come rifugio sicuro in caso di pericolo.

Nell'uomo l'attaccamento è mediato da molti tipi diversi di comportamento, fra i quali i più evidenti sono «il pianto e il richiamo, i vocalizzi e il sorriso, l'aggrapparsi, la suzione non alimentare, la locomozione usata nell'accostarsi, nel seguire, nel cercare» (Bowlby, 1999, p. 239). Tutte queste manifestazioni comportamentali sono dirette verso un particolare oggetto, solitamente la figura di attaccamento, verso cui il bambino si orienta.

La psicologa clinica canadese Mary Ainsworth (1985), altra grande pioniera della teoria dell'attaccamento, ritiene che, per descrivere le diverse modalità di attaccamento, l'intensità del legame di per sé sia un criterio insufficiente. Lo stile di attaccamento che il bambino sviluppa dipenderebbe, infatti, dalla qualità delle cure materne ricevute. Ainsworth mette a

punto, così, la *Strange Situation*, una procedura sperimentale su base osservativa volta ad esaminare il comportamento di attaccamento, il comportamento esplorativo e affiliativo:

«Il metodo della *Strange Situation* è stato concepito per valutare le differenze individuali nell'organizzazione del comportamento di attaccamento alla madre in bambini di un anno» (Bowlby, 1999, p. 322).

Esso consiste in una sequenza di episodi della durata di tre minuti ciascuno, in cui il bambino di un anno viene osservato in tre diverse condizioni: prima mentre si trova in compagnia della madre, poi senza di lei e infine dopo il suo ritorno. Tale procedimento crea una situazione di accumulo di stress, ottimale per studiare le differenze individuali nell'utilizzo della figura di attaccamento come base per il comportamento esplorativo, nella capacità di trovare conforto nella sua presenza, e in generale nell'equilibrio tra attaccamento ed esplorazione (Bowlby, 1999). Ciò che viene rilevato è che quando i bambini sono brevemente separati dal *caregiver* in una situazione a loro sconosciuta, mostreranno diversi modelli comportamentali. La Ainsworth (1978) identificò, inizialmente, tre pattern di risposta, ovvero tre tipologie fondamentali di attaccamento:

- 1) Attaccamento sicuro (B): si tratta di bambini che hanno fatto esperienza, nel primo anno di vita, di una madre "sensibile e responsiva", in grado di riconoscere e rispondere adeguatamente alle loro richieste (Tani, 2011). Il bambino gioca con i giocattoli, mostra segni di disagio o pianto alla separazione dal genitore, interrompendo il comportamento di gioco o di esplorazione e sollecitando una riunione. Al ritorno della madre la accoglie attivamente ricercando il contatto con lei, viene confortato facilmente, si calma e torna a giocare (Main, 2008).
- 2) Attaccamento insicuro-evitante (A): si tratta di quei bambini evitano la vicinanza con la madre quando è presente, e che non mostrano apertamente disagio al momento della separazione. Durante la procedura sono molto più attenti agli oggetti inanimati che agli avvenimenti interpersonali (Tani, 2011). Al ritorno del genitore, i bambini evitano attivamente ogni contatto, allontanandosi, voltandosi o agitandosi quando vengono presi in braccio. Questo tipo di comportamento viene interpretato da alcuni autori come il risultato di meccanismi di difesa: guardando gli oggetti piuttosto che le persone, nascondendo il disagio ed evitando l'intimità, il bambino reprime un senso di bisogno che, secondo la sua esperienza, non sarà comunque soddisfatto (Ainsworth et al., 1978; Main e Stadtman, 1981).

- 3) Attaccamento insicuro-ambivalente (C): i bambini si mostrano preoccupati dagli spostamenti del genitore durante l'intera procedura, talvolta mostrando disagio già prima che avvenga la separazione con la madre. Al ritorno della madre il bambino può mostrarsi attivamente arrabbiato, cercando il genitore e subito dopo resistendo al contatto, o mostrare un atteggiamento passivo. È inconsolabile e non riprende l'esplorazione: invece, resta stabilmente orientato sulla madre e non smette di piangere (Main, 2008). Le basi di questo comportamento sembrano risiedere nell'esperienza d'interazione con un genitore che risponde in modo imprevedibile alle richieste del bambino, e che risulta quindi potenzialmente inaffidabile nei momenti di difficoltà (Tani, 2011). Questa modalità comportamentale si caratterizza per l'estremizzazione dei comportamenti di attaccamento: il bambino pare completamente assorbito dalla figura di attaccamento e dall'ambiente circostante.

In seguito, un gruppo di studiosi formatosi a Berkeley e composto da Mary Main, Judith Solomon e Donna Weston (1982; 1990), individuò un quarto tipo di attaccamento, quello disorganizzato-disorientato. Questa categoria comprende quei bambini che risultavano "inclassificabili" secondo il sistema messo precedentemente a punto dalla Ainsworth (Main & Solomon, 1990; Main & Weston, 1982).

- 4) Attaccamento disorganizzato (D): si tratta di bambini che presentano comportamenti disorganizzati o disorientati in presenza del genitore. Questi bambini durante l'assenza della madre piangono e la cercano attivamente, ma, al momento del ricongiungimento, la evitano e la ignorano apertamente. In altri casi, invece, si avvicinano alla madre e subito dopo aver stabilito il contatto con lei si scostano bruscamente e rimangono immobili come in trance. Sono chiaramente un insieme peculiare e inclassificabile di comportamenti al contempo evitanti e resistenti. Questa tipologia di attaccamento si osserva specialmente nei casi di genitori spaventanti: il *caregiver* è per il bambino fonte sia di paura sia di rassicurazione. A questa situazione paradossale, il bambino risponderà con impulsi e comportamenti contraddittori: si avvicinerà al genitore in quanto rifugio sicuro, ma se ne allenterà in quanto fonte di allarme (Fonagy et al., 2004; Main, 2008).

Gli stili di attaccamento rilevati nella *Strange Situation* sono stati confermati da altri successivi studi (Main, 2008). Dalle ricerche condotte in tutto il mondo risulta che la maggior parte dei bambini ha un attaccamento sicuro e che la distribuzione dei gruppi A, B e C (evitante, sicuro e resistente/ambivalente) varia più all'interno delle nazioni che nel confronto

tra esse (Van Ijzendoorn, 1995). Sulla base di quanto teorizzato da Bowlby (1999), in ambienti che non si discostano fortemente dall'ambiente di adattamento evolutivo ci si aspetta che l'attaccamento sicuro porti a risultati positivi nei bambini in tutti i domini; è stato infatti confermato dalla letteratura di settore che la sicurezza dell'attaccamento è in grado di predire condizioni umane di base più ottimali per un funzionamento adattivo (Van Ijzendoorn, Sagi-Schwartz, & Mesman, 2008). Ciò ha dato il via a studi e ricerche cross-culturali sull'attaccamento, inizialmente nei Paesi occidentali, nello specifico nordamericani ed europei e in seguito nei Paesi non occidentali. I risultati hanno confermato ampiamente l'universalità dell'attaccamento, seppur con qualche variazione nelle strategie comportamentali e nelle modalità di accudimento dovuta alle determinanti contestuali. Inoltre, non solo il fenomeno dell'attaccamento in sé, ma anche le diverse tipologie di attaccamento, sembrano essere presenti in varie culture occidentali e non occidentali. È stato pertanto in questo senso confermato come la teoria dell'attaccamento abbia, dunque, validità interculturale (Van Ijzendoorn et al., 2008).

Inoltre, vari studi (Hamilton, 2000; Waters, Merrick, Treboux, Crowell, & Albersheim, 2000; Weinfield, Sroufe, & Egeland, 2000) hanno rilevato alti livelli di continuità degli stili di attaccamento nel tempo: ciò implica che l'attaccamento che emerge nelle prime fasi della vita continuerà a caratterizzare, anche in futuro, il rapporto tra figura d'attaccamento e bambino, anche se in forme man mano più mature:

«La coppia madre-bambino si sviluppa secondo un proprio stile particolare e raggiunge una stabilità indipendentemente dall'individualità di ciascuno dei due» (Bowlby, 1999, p. 333).

Tuttavia, occorre precisare che, per quanto stabili e persistenti, i modelli di interazione fra madre e bambino possono essere modificati da eventi che si verificano negli anni successivi.

Le strategie di attaccamento che il bambino sviluppa nel corso del tempo vengono strutturate in modelli mentali di relazioni (Tani, 2011).

Bowlby (1996) ipotizza infatti che il comportamento di attaccamento sia organizzato tramite un sistema di controllo all'interno del sistema nervoso centrale. Tali modelli comprendono «il concetto di chi siano le figure di attaccamento, di dove le si possa trovare, e di come ci si può aspettare che reagiscano» (Bowlby, 2000, p. 197) e «il concetto di quanto si sia accettabili o inaccettabili agli occhi delle sue figure di attaccamento» (Bowlby, 2000, p. 197).

Ciò significa che il bambino si crea un'aspettativa circa la disponibilità del *caregiver*, costruita sotto forma di rappresentazione sufficientemente corrispondente all'esperienza

vissuta, di quanto e come la figura di attaccamento sarà disponibile. Tale processo viene controllato da un insieme di meccanismi cognitivi, che iniziano a formarsi a partire dai sette mesi di vita, definiti Modelli Operativi Interni (MOI): schemi affettivi e cognitivi costruiti sulla base dell'esperienza relazionale precoce con il *caregiver*. I contenuti dei MOI riguardano la rappresentazione e l'idea del sé e degli altri e della relazione sé-altro, fornendo all'individuo una vera e propria mappa (Bowlby, 2000). Nell'infanzia i MOI corrispondono ai comportamenti agiti per ottenere la vicinanza del *caregiver*, mentre nell'età adulta rispecchieranno il grado di interiorizzazione della sicurezza esperita precocemente, a cui ricorrere nei momenti critici e di pericolo.

Tali modelli fanno sì, inoltre, che l'individuo organizzi i propri ricordi sulla base di questi schemi (Tani, 2011). Ne consegue che:

- Gli individui che presentano un attaccamento sicuro si aspettano che la figura di attaccamento e (successivamente nella vita) gli altri, si dimostrino sensibili alle sue richieste e rispondano in modo adeguato ai suoi bisogni. Inoltre, svilupperanno un'immagine di sé come degni di amore, saranno in grado di tollerare separazioni temporanee, rispondendovi in modo adattivo, e di far fronte alle difficoltà.
- Al contrario, gli individui che presentano un attaccamento di tipo evitante formeranno un modello mentale della figura di attaccamento e degli altri come generalmente assenti, rifiutanti o ostili. Svilupperanno un'immagine di sé come persone non degne di essere amate e che, in caso di necessità, potranno far conto solo su loro stessi. Ciò conduce all'attivazione di meccanismi difensivi di negazione del bisogno di cura e affetto. Per tali ragioni, questi individui costruiscono rappresentazioni della realtà come stereotipicamente positiva o violenta.
- Coloro che hanno sviluppato un attaccamento di tipo ambivalente avranno acquisito un modello mentale della figura di attaccamento e della realtà esterna come imprevedibili, inaffidabili, pericolose e ostili. Il modello mentale di sé che hanno costruito li rappresenta come vulnerabili e perennemente a rischio, incapaci di far fronte alle difficoltà della vita.
- Infine, gli individui con attaccamento di tipo disorganizzato svilupperanno modelli del sé e degli altri multipli e incoerenti. Tenderanno a rappresentarsi la realtà esterna come catastrofica e a vedere se stessi come continuamente in pericolo, minacciati, e, al contempo, vulnerabili.

In quanto strutture implicite, costruite nel tempo sulla base di esperienze reiterate, i MOI vengono utilizzati in modo inconsapevole per interpretare ed elaborare le informazioni provenienti dal mondo e per dirigere le percezioni e guidare le azioni e i comportamenti del soggetto. In altre parole, si tratta di una rappresentazione mentale dinamica che opera al di fuori della coscienza e ha una funzione di filtro e organizzazione delle esperienze (Tani, 2011). Per quanto stabili, i MOI hanno una natura dinamica che permette ripetuti aggiustamenti sulla base delle esperienze intercorrenti e della traiettoria dello sviluppo dell'individuo. I Modelli Operativi Interni, inoltre, rivestono un ruolo di fondamentale importanza per la teoria dell'attaccamento perché regolano il passaggio da una gestione diadica delle emozioni e dei comportamenti ad una autonoma, spiegando in parte la capacità di regolare le emozioni e il formarsi della personalità (Tani, 2011). Il concetto di chi siano le figure di attaccamento e di come ci si può aspettare che agiscano si riflette nel modello operativo del Sé che l'individuo crea, e la previsione circa la disponibilità del *caregiver* è legata strettamente alle reazioni emotive di paura del bambino di fronte alle situazioni di pericolo. Dunque, il modello operativo interno relativo alla figura di attaccamento e quello relativo al Sé si sviluppano vicendevolmente e in modo complementare (Bowlby, 2000). La formazione precoce di tali modelli, che guideranno l'individuo per tutto l'arco di vita, sottolinea ulteriormente come la prima relazione del bambino sia fondamentale per la costruzione della sua personalità.

Significative interferenze nello sviluppo dell'attaccamento rappresentano un fattore di vulnerabilità e/o di rischio che può sfociare in costellazioni psicopatologiche, specialmente se combinate con altre variabili, tra cui fattori genetici e socio-ambientali.

Due considerazioni conclusive sono necessarie. La prima riguarda il fatto che, pur essendo fondamentale il ruolo dei *caregiver*, è altrettanto fondamentale il ruolo attivo del bambino nella configurazione dei modelli relazionali, congiuntamente alle capacità affettive e cognitive e di elaborazione dell'informazione che svilupperà nel corso del tempo. La seconda, invece, riguarda il fatto che la formazione dei Modelli Operativi Interni non è un processo lineare, bensì estremamente complesso, in cui l'individuo può sviluppare modelli operativi diversi in relazione alle qualità specifiche delle relazioni che intrattiene con figure di attaccamento diverse. Non si deve dimenticare che il bambino spesso cresce in un contesto all'interno del quale coesistono relazioni diverse con figure diverse.

Dunque, la teoria dell'Attaccamento deve sempre essere ricondotta a un modello evolutivo complesso in cui confluiscono differenti e variegate esperienze relazionali, che possono agire come fattori di rischio e/o protezione sulla traiettoria di sviluppo dell'individuo.

1.2 La Funzione Riflessiva del Sé: l'importanza della relazione madre-bambino e il suo ruolo nello sviluppo

Durante i primi due mesi di vita il bambino è attivamente impegnato nella costruzione di un Sé emergente (Stern, 1985).

La Funzione Riflessiva del Sé si sviluppa attraverso le interazioni sociali, a partire dalle figure di attaccamento primarie, durante l'infanzia e, in seguito, in adolescenza. Dalla nascita, gli esseri umani si impegnano in relazioni mimetiche interpersonali, inizialmente attraverso l'imitazione (Ammaniti & Gallese, 2014). Ciò significa che i neonati sono geneticamente predisposti a connettersi ai propri *caregiver* attraverso meccanismi quali l'imitazione e la sintonizzazione affettiva.

Gli individui possiedono la capacità di riconoscere in ciò che vedono qualcosa con cui provano risonanza e di cui si appropriano a livello esperienziale. Essi possono dunque comprendere il significato di esperienze altrui in un primo momento attraverso una simulazione interna, e solo in un secondo momento attraverso una comprensione a livello cognitivo, superiore.

L'intercorporeità è la prima fonte di conoscenza (Ammaniti et al., 2014). È ciò che Ammaniti e Gallese (2014) definiscono *simulazione incarnata*, un processo non introspettivo e non metarappresentazionale che permette all'individuo di riutilizzare i propri stati mentali rappresentati in un formato corporeo per attribuirli agli altri. Oltre che ad una descrizione sensoriale degli stimoli osservati, vengono evocate anche delle rappresentazioni interne degli stati corporei che sono associate ad azioni, emozioni e sensazioni, proprio come se l'individuo stesse eseguendo una simile azione o provando una simile emozione (Ammaniti et al., 2014). Ciò che rende possibile la simulazione incarnata è il meccanismo specchio. I neuroni specchio (Rizzolatti, Fadiga, Gallese, & Fogassi, 1996) sono neuroni visuo-motori localizzati nella corteccia premotoria, e parietale posteriore, specialmente in un'area denominata F5 (circonvoluzione frontale inferiore) e nel lobo parietale inferiore. L'importanza di questi neuroni deriva dal fatto che essi si attivano non solo quando il soggetto esegue un atto motorio, ma anche quando lo stesso atto motorio è compiuto da un altro individuo, e, in particolare, se tale azione è significativa per chi osserva, consentendo una vera e propria rappresentazione motoria correlata allo scopo dell'azione. I neuroni specchio, in ragione della loro funzione, sono stati interpretati come una forma diretta di comprensione dell'azione e di anticipazione dell'intenzione dell'altro. I meccanismi specchio sembrano coinvolti, inoltre, nella capacità di condividere le emozioni e le sensazioni degli altri: quando queste vengono

espresse da altri, assistiamo all'attivazione degli stessi circuiti neurali su cui si fondano le nostre esperienze emozionali e sensoriali. Dunque, la simulazione incarnata, basandosi sul meccanismo dei neuroni specchio, non richiede il coinvolgimento di atteggiamenti proposizionali, ma anzi viene mappata su rappresentazioni di tipo corporeo. È un primo ponte di collegamento tra sé e l'altro: grazie alla simulazione incarnata gli individui cominciano ad esperire gli altri come persone che hanno esperienze simili alle proprie (Ammaniti et al., 2014). È quella che Stern (1985) definisce *sintonizzazione affettiva*, un processo automatico, inconsapevole e continuo di conversione delle qualità percettive in qualità affettive. Grazie ad esso il bambino (attraverso un linguaggio non verbale) comprende che gli stati interni sono esperienze affettive che possono essere condivise, il che gli consente di sviluppare la duplice competenza di segnalazione e riconoscimento delle emozioni. Tale meccanismo è alla base dell'intersoggettività, in quanto consente al bambino di penetrare il mondo dell'altro e comprendere che i propri stati interni possono essere condivisi o diversi da quelli dell'altro. Il *caregiver* fornisce segnali contingenti e caratterizzanti: deve essere responsivo circa i bisogni del bambino, anche se in modo non perfetto, differenziando e amplificando le esperienze sensoriali del neonato.

Le funzioni genitoriali, tuttavia, non comprendono solo l'area dei bisogni primari del bambino, ma rispondono soprattutto al ruolo di contenitore (Bion, 1962). Bion (1962) definisce *reverie* la capacità della madre di fungere da contenitore di pensieri ed emozioni, ovvero gli elementi beta: la prima attività della nostra vita mentale costituita da evacuazioni di stati protosensoriali e protoemotivi. Queste evacuazioni, se raccolte da una mente in grado di accoglierle e metabolizzarle (funzione alfa), possono dare avvio a rappresentazioni simboliche dotate di senso, ovvero gli elementi alfa, utili a costruire l'apparato psichico e la struttura del Sé del bambino (Bion, 1962).

È importante osservare che lo sviluppo della mente del bambino in termini di regolazione affettiva ha due componenti: una competenza autoregolatoria di base del bambino, che è in grado di modulare i propri stati interni (comprese le proprie emozioni negative), e una competenza di regolazione acquisita grazie al *caregiver*. In entrambi i casi, comunque, è di fondamentale importanza il ruolo svolto dal *caregiver* nella restituzione delle emozioni in forma comprensibile al bambino.

Winnicott (1987) fa riferimento al concetto di *madre sufficientemente buona*, una madre che, con contingenza non perfetta, restituisce al bambino il proprio sé e incoraggia il neonato a provare esperienze interne tali da avviare uno scambio con il mondo esterno.

La sintonizzazione con la madre coinvolge una funzione di specchio: il neonato si riconosce nel volto della madre e grazie ad esso attribuisce senso a ciò che accade. Inoltre, poiché in grado di partecipare allo stato affettivo interno del bambino, fornisce un vero e proprio *feedback* al bambino che ha la funzione di modularne gli stati emotivi: il bambino cerca nel genitore una rappresentazione del proprio stato mentale da interiorizzare per poter regolare sentimenti altrimenti ingestibili (Fonagy et al., 2004). Il ruolo di riferimento sociale del genitore, dunque, consente al bambino di valutare le situazioni sconosciute e potenzialmente pericolose osservandone le reazioni emotive (Riva Crugnola, 2002). In tali casi un *caregiver* sicuro eserciterà una funzione di modulazione delle emozioni, contenendo mentalmente lo stato affettivo intollerabile per il bambino, che gradualmente riuscirà a replicare in modo da riconoscere il suo stato mentale ma al contempo modularne i sentimenti e le emozioni. Se l'attaccamento è insicuro il bambino non sarà in grado di utilizzare l'adulto come regolatore (Fonagy et al., 2004).

In tutte le fasi dello sviluppo il ruolo regolatore del genitore è importante, in quanto aiuta il bambino nell'organizzazione delle sue esperienze e comportamenti e ad integrarli nel suo Sé. Infatti, un'altra funzione di fondamentale importanza a cui il *caregiver* assolve è quella di considerare i propri figli come persone pensanti. Questa capacità è stata indicata con il nome di mentalizzazione o funzione riflessiva, ed è in relazione con la qualità dell'attaccamento.

Con il termine *mentalizzazione*¹ (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002) si fa riferimento al «processo mentale attraverso cui un individuo interpreta, implicitamente o esplicitamente, le azioni proprie e degli altri come aventi un significato sulla base di stati mentali intenzionali come i desideri, i bisogni, i sentimenti, le credenze e le motivazioni personali» (Bateman & Fonagy, 2005, p. XV-XVI). Le capacità riflessive si acquisiscono all'interno delle prime relazioni di attaccamento e sono cruciali per l'organizzazione del Sé e per la regolazione emotiva (Baldoni, 2013). Queste facoltà non solo permettono all'individuo di attribuire un significato al proprio e altrui comportamento, ma permettono di cogliere gli stati psicologici sottostanti all'agire che lo motivano, gettando dunque le basi dell'empatia.

La mentalizzazione comprende due componenti: una autoriflessiva, relativa cioè alle rappresentazioni di se stessi, ed una interpersonale, ovvero legata alla rappresentazione degli altri (Fonagy et al., 2004). Ciò è dovuto al fatto che il *caregiver* attribuisce uno stato mentale al bambino con il proprio comportamento, trattandolo come un soggetto agente e pensante

¹ Il termine *funzione riflessiva* è stato introdotto da Peter Fonagy e Target (Fonagy, Steele, Moran, Steele, & Higgitt, 1991; Fonagy & Target, 2001) e rappresenta l'operazionalizzazione a scopo di ricerca del concetto di *mentalizzazione*. Tuttavia, dal punto di vista clinico posso essere utilizzati come sinonimi.

dotato di una propria mente. Tale processo viene infine percepito e riutilizzato dal bambino, permettendo lo sviluppo di un senso nucleare del Sé. La funzione riflessiva del bambino si sviluppa, normalmente, tra i 2 e i 5 anni. La sua acquisizione è segnalata dal passaggio tra due modalità attraverso cui le esperienze interne vengono messe in relazione con quelle esterne (Fonagy et al., 2004).

- La modalità dell'equivalenza psichica: nella prima infanzia il bambino suppone che il mondo interno coincida con la realtà esterna. L'esperienza soggettiva che ne deriva sarà dunque distorta.
- La modalità del far finta: nel gioco il bambino è consapevole che la realtà interna può non riflettere la realtà esterna, e che tale stato interno non abbia implicazioni con il mondo esterno. Dunque, fingendo nel gioco la mente si addestra a distinguere tra fantasia e realtà.

L'integrazione delle due modalità segnala l'acquisizione della modalità riflessiva (mentalizzazione), e ha luogo intorno ai 4 anni d'età: la realtà interna ed esterna possono essere collegate, seppur si differenzino in modo significativo. Ciò ha luogo grazie alla riflessione del bambino sui propri stati mentali, unitamente al gioco con un genitore: questo processo interpersonale (configurandosi come una riedizione del rispecchiamento precedentemente avvenuto) è utile in quanto il *caregiver* dimostra che la realtà può essere distorta tramite il gioco, attraverso il quale può essere introdotta un'esperienza mentale simulata ma reale (Fonagy et al., 2004).

In conclusione, l'acquisizione della funzione riflessiva è un processo intersoggettivo fra il bambino e il *caregiver*, che permette di passare dall'intimità fisica all'intimità psichica.

1.3 Interazione tra Attaccamento e Funzione Riflessiva del Sé

La nostra mente relazionale si sviluppa all'interno dei legami di attaccamento, che costituiscono lo scenario nel quale si articola lo sviluppo del Sé. Conseguentemente, la qualità delle interazioni con le figure di attaccamento influenzerà l'organizzazione della personalità e determinerà le modalità adattive (o disadattive) adottate dal bambino per interagire con il mondo esterno e con gli altri (Fonagy & Target, 2000).

Innanzitutto, esistono forti correlazioni tra regolazione affettiva e attaccamento. È possibile considerare le diverse modalità di attaccamento come strategie di regolazione affettiva in cui le emozioni hanno la funzione di valutare lo stato dell'individuo, l'ambiente esterno, la disponibilità delle figure di attaccamento e il successo (o insuccesso) del comportamento di

attaccamento (Fonagy et al., 2002). Come è stato precedentemente delineato tra *caregiver* e bambino si costituisce un sistema di regolazione affettiva, in cui la madre, anche se con frequenza non perfetta attraverso risposte contingenti e caratterizzanti, accoglie, trasforma e restituisce le emozioni in forma comprensibile al bambino. Tali emozioni, comunicando al *caregiver* un bisogno, attivano in un primo momento il sistema di attaccamento e, in un secondo momento, restituiscono informazioni al bambino circa il suo successo o insuccesso nell'ottenere conforto e protezione. Ne deriva che in uno stile di attaccamento sicuro questo processo è armonico e consente al bambino di provare sicurezza, in quanto interagisce con un *caregiver* capace di accogliere e contenere i suoi bisogni e soddisfarli. In uno stile di attaccamento insicuro, tuttavia, questo processo a due fasi produce conflitto o dissociazione: il bambino non sperimenta sicurezza poiché non viene data una risposta adeguata ai suoi bisogni e alla loro espressione emozionale o perché la risposta non è coerente (attaccamento ambivalente) o perché non c'è risposta (attaccamento evitante). Il bambino allora adotterà strategie per ridurre l'indisponibilità del *caregiver* e aumentare il proprio senso di sicurezza (Fonagy et al., 2002; Fonagy et al., 2004).

Le diverse modalità di regolazione emozionale tendono a permanere nel tempo, influenzando l'adattamento del soggetto lungo il suo sviluppo e portando eventualmente a condotte psicopatologiche. Dunque, si può affermare che la mancata sintonizzazione affettiva con la figura di attaccamento è un fattore critico per la stabilità affettiva dell'individuo (Baldoni, 2013).

La capacità di mentalizzazione dei genitori, unitamente alla loro sensibilità (ovvero la capacità di interpretare in modo adeguato i bisogni e rispondervi in modo adeguato), sono forti predittori della qualità sicura dell'attaccamento. Infatti, genitori capaci di parlare delle proprie emozioni e pensieri, in riferimento soprattutto alle esperienze significative della propria infanzia, hanno maggiori probabilità di avere figli con una configurazione di attaccamento sicuro (Fonagy et al., 1991). Questo è dovuto al fatto che un genitore capace di mentalizzare è un genitore che manifesta *mind-mindedness*, cioè l'inclinazione a trattare il bambino come un essere dotato di mente, funzione studiata da Elisabeth Meins (2002), che favorisce, dunque, nel figlio lo sviluppo di un attaccamento sicuro e di una teoria della mente (Meins, Fernyhough, Wainwright, Das Gupta, Fradley, & Tuckey, 2002).

Il fallimento della funzione riflessiva genitoriale, unitamente a relazioni familiari disfunzionali, impediscono invece nei figli lo sviluppo di capacità di mentalizzazione adeguate. Inoltre, non costituendo più una base sicura per i figli, li espongono più frequentemente ad esperienze di pericolo (Baldoni, 2013). Conseguentemente, in tali

condizioni, i figli tenderanno a sviluppare Modelli Operativi Interni di attaccamento insicuro funzionali per proteggere l'individuo in quel determinato contesto familiare, ma che con il tempo si riveleranno invalidanti in altre aree di vita. Molteplici ricerche hanno confermato queste ipotesi, evidenziando, appunto, che scarse capacità di mentalizzazione sono correlate allo sviluppo di un attaccamento insicuro e a una scarsa capacità di espressione emotiva e di regolazione affettiva, oltre che a patologie psichiche e a comportamenti antisociali (Allen & Fonagy, 2008; Baldoni, 2005; Fonagy et al., 2000).

CAPITOLO SECONDO: FATTORI DI RISCHIO PER LO SVILUPPO DI UN ATTACCAMENTO SICURO E PER LA COSTRUZIONE DEL SÉ

Nel capitolo precedente è stata sottolineata l'importanza della relazione di attaccamento, il cui scopo è proteggere il bambino dai pericoli e, al contempo, favorire l'esplorazione del mondo in ragione di una base sicura a cui tornare per sentirsi confortato e amato. Analoga importanza assume la mentalizzazione (o funzione riflessiva), processo attraverso cui l'individuo impara ad interpretare gli stati mentali, bisogni, credenze e azioni propri e altrui, permettendo lo sviluppo di un senso nucleare del Sé. Ciononostante, esistono alcune situazioni in cui questi meccanismi potrebbero incontrare resistenze e difficoltà.

In questo capitolo verranno in primo luogo esaminati il maltrattamento infantile e le modalità di accudimento spaventanti e spaventate come condizione per l'insorgenza della disorganizzazione dell'attaccamento e per la formazione di Modelli Operativi Interni di tipo disorganizzato. In secondo luogo, verrà analizzato come la disorganizzazione di tale relazione si riflette in una disorganizzazione della struttura del Sé, con i relativi esiti psicopatologici. Infine, verrà considerato come il trauma sia in grado di alterare la funzione riflessiva e dunque la capacità di mentalizzazione.

2.1 Il fallimento delle strategie di attaccamento e alternative difensive: la disorganizzazione dell'attaccamento e il maltrattamento infantile

Lo sviluppo dell'attaccamento del bambino può essere compreso solo in relazione al comportamento reciproco e complementare del suo *caregiver* (Ammaniti et al., 2014). Gli errori interattivi sono frequenti nella diade *caregiver*-bambino. Come illustrato precedentemente, nei primi mesi di vita la sensibilità del *caregiver*, ovvero la sua disponibilità e la capacità di rispondere in modo contingente ai segnali del bambino, è un prerequisito indispensabile per lo sviluppo di un attaccamento sicuro. I bambini insicuri, al contrario, non hanno ricevuto consolazione e protezione dal *caregiver* (perché rifiutante, ambivalente, indifferente o inconsistente) durante situazioni stressanti, e per tale motivo non possono contare su di esso (Ammaniti, 2010; Ammaniti et al., 2014).

Le configurazioni insicure di attaccamento hanno spesso lo scopo di proteggere l'individuo. Esse possono subire riorganizzazioni a seguito di esperienze significative (lutto, malattia, separazione dalla famiglia, divenire genitori ecc.), ma, nella maggior parte dei casi, tendono a mantenersi anche nella vita adulta, rivelandosi nel tempo inadeguate e disadattive (Baldoni,

2013). Tutto ciò ha implicazioni per l'individuo a livello di formazione della personalità, autoefficacia, autostima, e ha un risvolto sulle relazioni sociali (Ammaniti et al., 2014).

Si può supporre che il comportamento disorganizzato/disorientato sia prevedibile ogni qualvolta il bambino è fortemente spaventato dal suo principale rifugio sicuro, cioè dalla figura di attaccamento (Main, 2008). Di particolare rilevanza, infatti, è l'effetto che il maltrattamento e la trascuratezza hanno sull'attaccamento dei bambini. Quando si parla di maltrattamento si fa riferimento ad un fenomeno che si verifica prevalentemente nel contesto familiare. La *World Health Organization* (2006) lo definisce come «tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere» (World Health Organisation, 2006, p. 10).

In bambini maltrattati l'osservazione tramite *Strange Situation* (Ainsworth & Wittig, 1969) ha rilevato un numero di attaccamenti insicuri maggiore rispetto a quello rilevato in bambini non maltrattati (Ammaniti et al., 2014). Tali bambini, in seguito classificati come disorganizzati (Main et al., 1990), erano accomunati dalla relazione con genitori maltrattanti, altamente aggressivi sul piano fisico, verbale e psicologico (Crittenden, 1985). È stato osservato, inoltre, che il comportamento abusante, ostile e controllante dei *caregiver* maltrattanti, viene spesso replicato dai bambini attraverso scambi negativi (Crittenden, 1985; Lorber, Felton, & Reid, 1984). Le famiglie maltrattanti si caratterizzano per dinamiche *caregiver*-bambino fortemente distorte, che si concretizzano in modalità di accudimento inconsistenti, spaventanti, spaventate, dissociate (Hesse & Main, 2006) e insensibili (Lyons-Ruth, Bronfman, & Parsons, 1999). Tali modalità sono una preconditione per l'insorgenza della disorganizzazione dell'attaccamento.

La disorganizzazione dell'attaccamento si verifica in situazioni paradossali, in cui il *caregiver* diviene al tempo stesso fonte di pericolo e paura da un lato, e di protezione e rassicurazione dall'altro (Camisasca, Miragoli, Di Blasio, 2014; Main et al., 1990). Tali dinamiche relazionali prendono forma in una «spirale di paura», che diventa disorganizzante quando il bambino «non trova una soluzione organizzata nel sistema di difesa (attraverso la messa in atto di risposte di fuga o di attacco) o in quello di attaccamento (attraverso la ricerca nel *caregiver* di vicinanza protettiva e conforto)» (Camisasca et al., 2014, p. 16). Conseguentemente, si verifica il crollo di una strategia organizzata: il sistema di attaccamento perde la funzionalità di organizzare la regolazione delle emozioni e il comportamento

d'attaccamento del bambino perde la sua finalità (Barone & Lionetti, 2013). A ciò, infine, seguirà la formazione di MOI di tipo disorganizzato, costituiti da rappresentazioni mentali di sé e dell'altro multiple e incoerenti, non integrate ed intrinsecamente dissociate (Camisasca et al., 2014).

La disorganizzazione dell'attaccamento è considerata un importante fattore di vulnerabilità per lo sviluppo socio-emotivo dell'individuo nel ciclo di vita (Barone et al., 2013). I bambini maltrattati, secondo numerosi studi, presentano maggiori sintomi di internalizzazione (come ansia, depressione e ritiro) ed esternalizzazione (come rabbia, aggressività e comportamento antisociale), presentano maggiori difficoltà nel riconoscere ed esprimere le proprie emozioni e disregolazione emotiva, minore capacità di regolazione dello stress e sintomi post-traumatici (Barone et al., 2013; Camisasca, et al., 2014; Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001; Maughan & Cicchetti, 2002). L'esposizione a maltrattamenti non comporta necessariamente un'evoluzione traumatica: variabili importanti sono le capacità di mentalizzazione dell'individuo, il suo stile di attaccamento, la disponibilità dei *caregiver* e il tipo di evento vissuto (Baldoni, 2013). Tuttavia, ogni individuo utilizza le proprie esperienze passate, depositate nei MOI, per interpretare quelle attuali ed elaborare previsioni su quelle future. Le risposte dell'individuo dipenderanno perciò dalle sue rappresentazioni mentali relative all'attaccamento (Baldoni, 2013).

A prescindere dalla traumaticità di un evento, è stato riscontrato che le vittime di violenza presentano percentuali più elevate di MOI di tipo disorganizzato e percentuali ridotte di MOI di tipo sicuro (Camisasca et al., 2014). Un elemento significativo, che si riferisce al gruppo di bambini che hanno subito maltrattamenti, è l'effetto predittivo che la violenza (specie quando caratterizzata dalla minaccia all'integrità fisica) ha sia sui MOI di tipo disorganizzato, sia sugli esiti post-traumatici (Camisasca et al., 2014). Non solo, ma secondo le autrici la disorganizzazione dell'attaccamento assumerebbe un ruolo centrale nell'organizzazione della struttura di personalità, spiegando completamente o parzialmente i sintomi post-traumatici dei bambini vittime di violenza intrafamiliare.

I MOI di tipo disorganizzato possono prendere diverse traiettorie evolutive: possono mantenersi stabili, evolvendo in strategie di controllo di tipo punitivo o accidentale, o riemergere nel tempo a causa del fallimento di queste stesse strategie di controllo (Camisasca et al., 2014; Liotti, 2006).

- 1) Quando si mantengono stabili nel corso dello sviluppo portano i bambini ad avere nella relazione con il *caregiver* comportamenti disorganizzati/disorientati, caratterizzati da paura, confusione, marcata disregolazione emotiva e dissociazione.

- 2) Alternativamente, i bambini disorganizzati possono sviluppare nei confronti del *caregiver* strategie di controllo di tipo punitivo o accudente, per gestire e orientare in modo organizzato l'attenzione e il comportamento del *caregiver*.
- i bambini che adottano una strategia di tipo punitivo sono prepotenti, rifiutano o umiliano il *caregiver*. Questo comportamento contraddistinto da aggressività potrebbe essere una risposta a minacce o ostilità subite;
 - al contrario, i bambini che adottano una strategia di tipo accudente, assumono un ruolo consolatorio e protettivo nei confronti del genitore, in quanto percepito come vulnerabile o sofferente.
- 3) Infine, esistono situazioni che attivano intensamente il sistema di attaccamento, e che portano alla ricerca di cure, protezione e conforto da parte del *caregiver*. Tali episodi possono portare al crollo delle strategie adottate dai bambini con attaccamento disorganizzato, causando la riemersione di stati mentali dissociati che erano stati temporaneamente soppressi.

Questi complessi meccanismi, caratteristici della disorganizzazione dell'attaccamento, contribuirebbero a spiegare i sintomi dissociativi, i sintomi di rabbia e depressivi nei bambini maltrattati che presentano un attaccamento di tipo disorganizzato (Camisasca et al., 2014).

Per spiegare i sintomi relativi al trauma, invece, si dimostra di importanza cruciale la combinazione tra le caratteristiche della violenza subita (pericolosità e minaccia per l'integrità fisica) e la disorganizzazione dell'attaccamento (Camisasca et al., 2014). Il DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023) definisce il disturbo Post-Traumatico da stress (PTSD) partendo innanzitutto dall'eziopatogenesi del disturbo, che deve essere necessariamente connessa ad un'esperienza traumatica in cui il soggetto esperisce:

- *Sintomi di intrusione*. Comprendono: ricordi ricorrenti, intrusivi e involontari; sogni riguardanti l'evento; agire o sentire come se l'evento stesse accadendo di nuovo in quel momento (allucinazioni e/o perdita di consapevolezza del momento presente) e sofferenza psicologica e/o fisiologica suscitata dal ricordo dell'evento.
- *Sintomi di evasione*. Comprendono l'evitamento di pensieri, sensazioni e ricordi associati al trauma, e di luoghi e persone che innescano il ricordo dell'esperienza traumatica.
- *Effetti negativi sulla cognizione e sull'umore*. Comprendono: perdita di memoria di parti significative dell'evento (amnesia dissociativa); opinioni (o aspettative) negative persistenti ed esagerate su se stessi, sugli altri o sul mondo; pensieri distorti

persistenti sulla causa o sulle conseguenze del trauma che portano a incolpare sé o gli altri; stato emotivo negativo persistente (nello specifico la paura, l'orrore, la rabbia, il senso di colpa, la vergogna); diminuito interesse e partecipazione ad attività significative; sensazioni di distacco e/o di estraneità verso gli altri e persistente incapacità di provare emozioni positive.

- *Eccitazione alterata e reattività*. Comprendono un generale aumento delle risposte di allarme, ipervigilanza, un comportamento imprudente o autodistruttivo, difficoltà di concentrazione, disturbi del sonno e irritabilità.

Il DSM-5TR, tuttavia, prende in considerazione il disturbo Post-Traumatico da stress in riferimento ai soggetti adulti. L'inquadramento diagnostico del PTSD durante l'infanzia è complicato se ci si riferisce ai criteri stabiliti dal DSM: essi non trovano riscontro in età evolutiva in primo luogo perché la struttura psichica del bambino non è in grado di elaborare l'esperienza traumatica e dunque la traumaticità degli eventi può essere percepita e vissuta dai bambini in maniera molto differente, e in secondo luogo perché le risposte a tali eventi cambiano in base alla presenza di fattori di rischio o protettivi (come i *caregiver* e il contesto relazionale) (Scheeringa, Zeanah, Myers, & Putnam, 2004).

Per questo motivo van der Kolk (2005) ha distinto il PTSD da quello che ha definito Disturbo da trauma evolutivo complesso (*Developmental trauma disorder*) (van der Kolk, 2005). Questo disturbo riguarda bambini che hanno vissuto eventi traumatici ad esordio precoce (entro i primi dieci anni di vita) molteplici e/o cronici, soprattutto di tipo interpersonale (maltrattamento psicologico, abuso fisico, trascuratezza, separazione o perdita del *caregiver*) e nel loro sistema di accudimento primario (Cook et al., 2005). L'autore si focalizza sulla natura e sul *timing* degli stressors, e dunque sulla specificità della reazione al trauma da parte dei bambini. Inoltre, coglie diverse aree di compromissione del funzionamento evolutivo (Nicolais, Speranza, Bacigalupi, & Gentile, 2005):

- attaccamento e difficoltà nella sintonizzazione emotiva;
- livello biologico (fenomeni di somatizzazione e problematiche mediche nell'arco di vita);
- disregolazione emotiva del sé, scarsa comprensione degli stati interni del sé e dell'altro e incapacità di comunicare desideri e bisogni;
- dissociazione (alterazioni nello stato di coscienza, depersonalizzazione e amnesia);
- controllo del comportamento (scarsa modulazione degli impulsi, oppositività aggressività verso sé e gli altri, abuso di sostanze);

- cognizione (disregolazione attentiva, difficoltà di apprendimento e nel processamento degli stimoli, difficoltà nel programmare ed anticipare)
- senso del sé (carente, scarso senso della separatezza, disturbi dell'immagine corporea, bassa autostima, senso di vergogna e colpa).

Il trauma, realizzandosi nella relazione, determina un'attivazione cronica del sistema di attaccamento: il bambino in reazione al trauma ricerca la vicinanza con la stessa figura d'attaccamento che ha perpetrato il trauma, nel tentativo di controllare il genitore abusante e identificandosi con esso. L'intento distruttivo dell'abusante verrà a questo punto percepito dal bambino come proveniente dall'interno del proprio Sé.

Liotti (2006) ha ipotizzato che i MOI di tipo disorganizzato, compromettendo nei bambini la capacità di modulare le proprie emozioni negative e di organizzare in modo coerente i ricordi connessi all'esperienza traumatica, favoriscano i suddetti sintomi (Camisasca et al., 2014; Liotti, 2006). Gli eventi psicologici potenzialmente traumatici implicano l'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento e del MOI che lo regola. Aspettative veicolate dal MOI dell'attaccamento sicuro (ovvero aspettative di risposte positive dagli altri e un significato positivo attribuito alle nostre emozioni) riducono gli effetti dolorosi del trauma a livello intrapsichico e guidano efficacemente il comportamento relazionale verso relazioni interpersonali reali, in grado di fornire conforto (Liotti, 2006). Dunque, il MOI dell'attaccamento sicuro dovrebbe costituire un fattore di protezione verso il trauma evolutivo complesso. Al contrario, i MOI dei diversi tipi di attaccamento insicuro, soprattutto i MOI disorganizzati, veicolando aspettative di rifiuto, di intrusività, di inaffidabilità o di ulteriore pericolo in risposta alle proprie richieste di attaccamento, possono intensificare gli effetti negativi di eventi traumatici anziché mitigarli (Liotti, 1999a; 1999b). Infatti, il MOI disorganizzato veicola rappresentazioni non integrate e contraddittorie di sé e dell'altro, che si sommano agli effetti dissocianti del trauma. La disorganizzazione dell'attaccamento, dunque, è un fattore di rischio per lo sviluppo del Disturbo da trauma evolutivo complesso (Camisasca et al., 2014; Liotti, 2006).

Le famiglie in cui si verifica più comunemente la disorganizzazione dell'attaccamento sono anche quelle in cui esiste un maggiore rischio di abuso, maltrattamento e violenza (Carlson, Cicchetti, Barnett, & Braunwald, 1989). Inoltre, la disorganizzazione dell'attaccamento e l'esposizione a traumi psicologici durante lo sviluppo potrebbero concorrere alla dissociazione o scissione caratteristica del Disturbo Borderline di Personalità, costituendone due fattori di rischio (Liotti, 2000).

Patricia Crittenden, ricercatrice americana allieva di Ainsworth, ha esaminato in particolare le famiglie in diverse condizioni di rischio psicosociale, tra cui il maltrattamento (Baldoni, 2013; Crittenden, 1994). Da tali osservazioni la Crittenden (2008) ha sviluppato un approccio teorico, definito Modello Dinamico-Maturativo (*Dynamic-Maturational Model*, DMM) (Crittenden, 1985; 2008), un nuovo tipo di classificazione dell'attaccamento lungo il ciclo di vita basato su quello derivante dalla procedura della *Strange Situation* di Ainsworth. L'innovazione del DMM consiste nell'aver associato il tipo di attaccamento che si instaura tra *caregiver* e bambino all'ambiente che li circonda, ponendo dunque l'attaccamento in continua interazione dinamica con la maturazione e con l'esperienza del soggetto. In tale prospettiva quello dell'attaccamento non viene più inteso come un legame saldo e perlopiù invariabile, bensì come un legame che può mutare e subire delle modificazioni, definite «riorganizzazioni», sia in funzione dello sviluppo, sia in seguito ad eventi importanti, tra cui anche i traumi (Baldoni, 2013; Crittenden, 2008).

Il pericolo gioca un ruolo chiave per l'evoluzione dei processi di attaccamento: ciascuna configurazione di attaccamento che si sviluppa viene ritenuta essere la risposta più adeguata alle situazioni di pericolo che l'individuo ha vissuto, e porta con sé aspetti adattivi e disadattivi (Baldoni, 2013). Centrali sono anche il contesto e la sua capacità di definire e comprendere il pericolo, e le risposte che potenzialmente possono essere attuate per farvi fronte.

Per quanto riguarda l'attaccamento infantile, la Crittenden (1992) ha esteso la metodologia della *Strange Situation*, sviluppata originariamente per bambini tra i 10 e i 18 mesi, per includere tutta l'età prescolare: essa assume il nome di *Preschool Assessment of Attachment* (PAA) (Baldoni, Minghetti, & Facondini, 2012; Crittenden, 1992).

La principale differenza riguarda il pattern D (disorganizzato), che è assente nel DMM: al suo posto viene proposto un pattern detto evitante/ambivalente (A/C), caratterizzato dalla manifestazione in modo alternato di comportamenti tipici sia delle configurazioni evitanti (A) sia delle configurazioni ambivalenti/resistenti (C) e spesso può essere indicativo di problemi comportamentali o psicologici del bambino o del genitore e a condizioni familiari di trascuratezza, maltrattamento o abuso (Baldoni et al., 2012; Crittenden, 1992).

Secondo la prospettiva del DMM possiamo pensare all'attaccamento come ad un continuum, che va da situazioni di relativa sicurezza, garantita dalla relazione con i *caregiver* e con l'ambiente (strategie di attaccamento equilibrate), a condizioni di pericolo via via maggiori che determinano strategie difensive insicure a basso e alto indice, alla loro alternanza, fino ad

arrivare agli stati di disperazione, depressione e impotenza appresa (Baldoni, 2013; Baldoni et al., 2012; Crittenden, 2008).

Il sistema di classificazione del DMM relativo all'attaccamento in età adulta considera anzitutto i soggetti equilibrati (tipo B): essi sono in grado di gestire le proprie emozioni, esprimendole in modo diretto e autentico, rivelano chiaramente le loro intenzioni, integrando aspetti affettivi e cognitivi (Baldoni, 2013; Baldoni et al., 2012). Questo equilibrio emotivo e comportamentale si rivela particolarmente efficace in risposta a minacce di lieve entità che non provengono dalle figure di attaccamento, permettendo una reazione adeguata e proporzionata alla situazione. I soggetti insicuri distanzianti (tipo A) tendono a inibire, distorcere o falsificare le proprie reazioni emotive e il proprio funzionamento cognitivo (tramite l'idealizzazione o esonero delle figure di attaccamento dalle loro responsabilità), privilegiando l'utilizzo di un pensiero razionale che permetta di controllare meglio gli eventi (Baldoni, 2013; Baldoni et al., 2012).

Al contrario i soggetti insicuri preoccupati (tipo C), tendono a esagerare o esprimere in modo scisso e alternato la propria affettività (esprimendo solo rabbia o vulnerabilità) e falsificano e distorcono il proprio funzionamento cognitivo (fino al punto di mentire o non riconoscere le contraddizioni). Questo ha spesso il fine di costringere l'altro a prestare loro attenzione e ad assumere il proprio punto di vista (Baldoni et al., 2012; Baldoni, 2013). Queste strategie sono più comuni nei soggetti che hanno vissuto la propria infanzia in condizioni relativamente sicure. Sono presenti, tuttavia, strategie di attaccamento insicure ad alto indice (A+ e C+) proprie di chi ha vissuto in situazioni costanti di pericolo poiché utili per fronteggiare le minacce.

Nessuno stile di attaccamento è universalmente migliore, in quanto ognuno di essi ha vantaggi e limiti (Baldoni, 2013; Crittenden, 1997). In circostanze di pericolo grave, percepito come incontrollabile, se le strategie convenzionali di un dato stile di attaccamento non riescono a garantire sicurezza, possono emergere reazioni difensive alternative, più primitive ed estreme, tra cui (Baldoni, 2013; Crittenden, 2008):

- L'alternanza dell'espressione di strategie difensive distanzianti e preoccupate (Tipo A/C), controllando il pericolo, può aiutare a fronteggiare la minaccia. Spesso, tuttavia, questa strategia non riesce nel suo intento, portando all'insorgenza di sintomi psicopatologici. Questa dinamica è particolarmente evidente in coloro che soffrono di PTSD, che alternano continuamente tentativi di sopprimere il ricordo dell'evento traumatico, di rimuoverlo dalla coscienza, a periodi in cui sono consumati dall'ossessione per tale evento (Baldoni, 2013; Baldoni et al., 2012).

- La disperazione (*desperation*) è uno stato di impotenza che porta gli individui a cercare attivamente aiuto senza riserve, rappresentando un segnale di speranza e un adattamento cruciale in situazioni critiche. Tuttavia, ha un alto costo psicofisico e per tale motivo può essere mantenuta per un periodo di tempo limitato (Baldoni, 2013; Baldoni et al., 2012).
- La depressione (Dp) è una condizione funzionale che si verifica quando la minaccia persiste o l'aiuto non è stato efficace, e modifica e limita lo stile di attaccamento di base. Il soggetto riconosce l'inefficacia delle proprie difese ma si sente impotente rispetto al cambiamento. L'attenzione è concentrata verso l'interno dell'individuo, il che ne aumenta la vulnerabilità se la minaccia è esterna. Tuttavia, ha anche un risvolto adattivo: può consentire un risparmio energetico e favorire un cambiamento psicologico che porta a una nuova rappresentazione di sé e del mondo, superando così la depressione stessa (Baldoni, 2013; Baldoni et al., 2012).
- Nei casi più estremi dove il pericolo è costante e non vi è soluzione, l'individuo può sperimentare una condizione di impotenza appresa (*learned hopelessness/helplessness*), dove ogni tentativo di protezione del Sé diventa vano e la vulnerabilità è totale. L'individuo si sente privo di controllo e sopraffatto da sentimenti di abbandono e sfiducia, sprofondando in una sensazione di disperazione (Baldoni, 2013; Baldoni et al., 2012). L'impotenza appresa è contraddistinta da:
 - a) rinuncia (*giving-up*): è l'abbandono di strategie difensive precedentemente adottate in situazioni analoghe, che ora non sono più efficaci.
 - b) condanna (*given-up*): la sofferenza, il dolore e la paura sono visti come inevitabili e vengono accettati passivamente, nell'attesa che in futuro si presentino nuove opportunità di soddisfazione o assistenza.

In conclusione, è importante sottolineare che i vari stili di attaccamento non solo si differenziano per come permettono di gestire le situazioni di stress e pericolo, ma possono anche contribuire a crearle (Crittenden, 1997). Ad esempio, gli individui sicuri, che sono cresciuti in un ambiente perlopiù sereno, possono avere difficoltà a riconoscere ed evitare situazioni di pericolo; coloro che tendono a distanziare le proprie emozioni potrebbero non riuscire a percepire i propri segnali di disagio psicologico o fisico (come paura e/o dolore), esponendosi a situazioni di rischio psicopatologico; infine, gli individui preoccupati potrebbero essere inconsapevoli di quanto il loro comportamento possa contribuire a creare conflitti relazionali e situazioni minacciose (Baldoni, 2013).

2.2 L'organizzazione del Sé all'interno di un attaccamento disorganizzato: il falso Sé e il Sé alieno

Come scrivono Ammaniti e Gallese (2014, p. 202): «il “sé” in connessione alla figura protettiva e di accudimento, nel contesto intersoggettivo è in primo piano il “noi”, con una comune condivisione e intimità mentale».

Lo sviluppo di un Sé psicologico e riflessivo e della capacità di mentalizzazione dipendono dalla relazione di attaccamento. Pertanto, una disorganizzazione di tale relazione si riflette in una disorganizzazione della struttura del Sé, che conseguentemente indebolisce la capacità di mentalizzazione (Bateman et al., 2005). L'incapacità a mentalizzare, oltre a derivare da carenze nelle capacità dei genitori, è spesso correlata allo sviluppo di un attaccamento di tipo insicuro, soprattutto disorganizzato, a cui sono associate un insieme di problematiche a livello emotivo e di regolazione degli affetti (Baldoni, 2014; Bateman et al., 2005), patologie psichiatriche e comportamenti antisociali (Baldoni, 2005).

L'insorgenza di un attaccamento insicuro nel bambino può essere interpretata come la conseguenza del comportamento difensivo del genitore. Un genitore distanziante può non essere in grado di comprendere e riflettere le emozioni del figlio, mentre un genitore preoccupato può rappresentarle in modo eccessivamente intenso. In ciascun caso il bambino non riesce a interiorizzare una rappresentazione adeguata del proprio stato mentale (Fonagy, 1999).

Fonagy (2002) sostiene che alcune forme di psicopatologia possono essere associate al fallimento dei processi di sintonizzazione e rispecchiamento nella relazione *caregiver*-bambino (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Il rispecchiamento affettivo di un *caregiver* non “caratterizzato” può avere un impatto significativo sul bambino: quest'ultimo si sentirà sopraffatto dalla natura contagiosa della propria angoscia, perché il suo sconvolgimento provoca nel genitore un'emozione identica. Le reiterate esposizioni al rispecchiamento non caratterizzato possono rinforzare la modalità dell'equivalenza psichica, in quanto l'esperienza interna del bambino sembra riprodursi regolarmente nell'esperienza esterna (Lingiardi et al., 2014).

A fronte dell'atteggiamento non sufficientemente riflessivo del caregiver e di un ambiente primario che non si adatta ai suoi bisogni il neonato può adottare alcune difese (Baldoni, 2015). Una di esse è la formazione di un senso di vuoto interno, di un “falso Sé”, concettualizzato da Donald Winnicott (1965) come un Sé compiacente e incapace di funzioni riflessive (Fonagy et al., 2004). Esso costituisce una vera e propria «cortina protettiva dietro la

quale il soggetto si trincerava per non dover mostrare un nucleo esistenziale che non è stato confermato nel legame relazionale materno» (Farsi, 2021, p. 3). Il bambino è, in altre parole, indotto a internalizzare il Sé emotivo del genitore nascondendo l'esistenza del vero Sé a causa di richieste ambientali intollerabili. Tale funzione difensiva comporta due vantaggi significativi: il primo è di salvaguardare il Vero Sé, fragile e inadeguato, dal disastro esistenziale che dovrebbe affrontare se decidesse di relazionarsi con l'ambiente esterno; il secondo è di «sostituire una realtà interiore vulnerabile con una dimensione psichica che nella sua stessa inautenticità trae la propria forza esistenziale» (Farsi, 2021, p. 3). Infatti, tramite il rinforzo della modalità del “far finta”, il soggetto utilizza una grandiosità immaginata per compensare un Sé vuoto, sviluppando così una vulnerabilità alla patologia narcisistica (Lingiardi et al., 2014).

Anche i *caregiver* spaventanti, aggressivi e/o abusanti non sono in grado di riflettere in modo contingente sull'esperienza interna del bambino, deprivandolo così di un'esperienza psicologica nucleare necessaria a costruire il proprio Sé (Bateman et al., 2005). Dovendosi proteggere dal pericolo che la mente non benevola del *caregiver* costituisce, il bambino traumatizzato e privato di un rispecchiamento contingente internalizza le rappresentazioni dello stato interno dei genitori anziché le proprie. Questo genera un'esperienza aliena all'interno del Sé, ovvero un Sé alieno (Fonagy et al., 2002) frammentato che contiene la rappresentazione della cattiveria dell'oggetto e costituisce il tentativo di affrontarla e controllarla attraverso un meccanismo di identificazione con l'aggressore (Fonagy & Target, 2001). In questo modo il bambino percepisce l'intento distruttivo del *caregiver* abusante come proveniente dall'interno del proprio Sé, rendendolo così sopportabile. Ciò esita in un Sé onnipotente e cattivo.

Un parziale fallimento del rispecchiamento avviene sovente, ma in tali casi queste parti aliene nel Sé sono facilmente integrabili grazie alla capacità di mentalizzazione. Tuttavia, nei bambini con attaccamento disorganizzato, le parti aliene e le discontinuità del Sé sono di gran lunga più estese e non integrabili in quanto la capacità di mentalizzazione è compromessa (Lingiardi et al., 2014). I bambini con attaccamento disorganizzato per ristabilire coerenza con il proprio Sé risultano adottare strategie di manipolazione e controllo nei confronti dei *caregiver*, che si concretizzano in atteggiamenti punitivi o accudenti (Main & Cassidy, 1988). Sono inoltre bambini ipervigili nei confronti dei *caregiver* al fine di prevedere il loro comportamento, osservando, però, non le rappresentazioni dei propri stati mentali all'interno dell'altro, bensì gli stati dell'altro che minacciano il proprio senso del Sé (Lingiardi et al., 2014). Questo tipo di organizzazione del Sé derivante da un attaccamento disorganizzato

rappresenta un fattore di vulnerabilità, in quanto l'espulsione della parte aliena persecutoria del Sé, attraverso meccanismi di proiezione difensiva sull'altro, fornisce un senso di controllo e sicurezza illusorio al prezzo di relazioni malsane e disfunzionali (Lingiardi et al., 2014).

2.3 Traumi psicologici precoci e mentalizzazione

I traumi psicologici precoci, unitamente alla disorganizzazione dell'attaccamento, sono i più importanti fattori che possono compromettere lo sviluppo delle capacità di mentalizzazione. Il trauma, infatti, altera gli schemi rappresentazionali delle relazioni interpersonali e il senso di continuità legato alla percezione del Sé. Ciò significa che idee e sentimenti vengono sperimentati seguendo la logica dell'equivalenza psichica, ovvero la descrizione del mondo interno è dipendente e sovrapponibile a quello esterno e conduce alla strutturazione di legami distorti (Lingiardi et al., 2014).

Secondo Bateman e Fonagy (2005) il trauma interagisce a tre livelli con le restrizioni della funzione riflessiva:

- 1) L'intenzionalità malevola del *caregiver* disincentiva il bambino ad assumere la prospettiva degli altri. A questo punto il bambino attua un'inibizione difensiva del pensiero rispetto a sentimenti e pensieri altrui.
- 2) Un disagio precoce eccessivo che il bambino dovrà gestire andrà ad alterare i meccanismi di regolazione dell'arousal, inibendo l'attività corticale delle regioni orbito-frontali collegate alla mentalizzazione.
- 3) Un trauma connesso alla relazione d'attaccamento, che provoca un'attivazione cronica del sistema di attaccamento: il bambino, in risposta al trauma, ricerca la vicinanza del *caregiver*, che però è al contempo la fonte stessa del trauma.

Tutto ciò esita nel collasso delle capacità di mentalizzazione (Lingiardi et al., 2014). Alcune caratteristiche dei disturbi di personalità originano proprio da questa inibizione delle capacità di mentalizzazione. Infatti, deficit della mentalizzazione sono stati riscontrati in pazienti con disturbo borderline di personalità, disturbo da stress post-traumatico e disturbi depressivi (Lingiardi et al., 2014). Per tale motivo Bateman e Fonagy (2005) definiscono il recupero o rinforzo delle capacità di mentalizzazione nel contesto delle relazioni di attaccamento come l'obiettivo primario nei trattamenti di pazienti borderline. Un trattamento in grado di fare ciò è il *Mentalization Based Treatment* (MBT), trattamento basato sulla mentalizzazione che ha il fine di porre la mente del paziente al centro del processo terapeutico per riprendere la

mentalizzazione da dove è stata interrotta nell'ambito delle relazioni di attaccamento (Lingiardi et al., 2014).

CAPITOLO TERZO: ATTACCAMENTO E FUNZIONE RIFLESSIVA DEL SÉ NEI FIGLI DI MADRI ADOLESCENTI

Per gli adolescenti che ancora stanno affrontando sfide cognitive, emotive e di acquisizione di indipendenza e responsabilità, la genitorialità costituisce una maggiore varietà di difficoltà evolutive (Moore & Brooks-Gunn, 2002). Questo capitolo si propone di esaminare in dettaglio i cambiamenti legati all'età adolescenziale come fase della vita caratterizzata da profonde trasformazioni, sia per gli adolescenti stessi sia per coloro che li circondano.

Verranno esaminate in primo luogo le modificazioni a livello cerebrale e comportamentale, dovute principalmente ai processi di mielinizzazione e *pruning* sinaptico e allo sviluppo corticale tipico di questa età. In secondo luogo, verranno discussi gli aspetti di cambiamento (e di stabilità) relativi ai Modelli Operativi Interni e alle relazioni di attaccamento, che, oltre che risentire della qualità dei legami preesistenti con le figure d'attaccamento primarie, durante l'adolescenza si riorganizzano e si ampliano specialmente verso i pari, con cui si instaurano le prime relazioni intime. Questo processo si intreccia con una riattivazione del sistema esplorativo verso la conquista di autonomia ed una riorganizzazione ed evoluzione del Sé autoriflessivo.

La transizione alla genitorialità è un evento critico per i genitori perché implica numerosi cambiamenti biologici, psicologici e sociali, e quando questa avviene in un'età delicata e complessa come l'adolescenza porta ad un conflitto tra i molteplici compiti evolutivi, che ha conseguenze sui giovani genitori e sul bambino. La gravidanza in età adolescenziale rappresenta sfide uniche, che costituiscono una condizione di rischio sia per la madre sia per il bambino: dall'integrazione del ruolo genitoriale come parte dell'identità individuale della giovane, al contrasto tra i bisogni del bambino e dell'adolescente; dall'interruzione del processo di separazione/individuazione dai genitori alla responsabilità che la genitorialità rappresenta; dalla minore capacità di regolazione affettiva nella diade, fino ad arrivare alle rappresentazioni materne delle madri adolescenti. Ciò ha inevitabilmente delle conseguenze sulla qualità dell'attaccamento e sullo sviluppo del bambino a medio e lungo termine. In questi casi si rivelano di fondamentale importanza il supporto sociale (familiare, dei pari e dei partner) e gli interventi concentrati sulla diade madre adolescente-bambino, che promuovono la sensibilità materna, la responsività, la sicurezza dell'attaccamento infantile e la capacità riflessiva delle madri. Infine, il ruolo del padre viene sottolineato per i suoi effetti positivi (diretti e indiretti) sulla madre adolescente e sullo sviluppo del figlio.

3.1 L'adolescenza

L'adolescenza è una fase della vita compresa tra la fanciullezza e l'età adulta caratterizzata da profonde e radicali trasformazioni per l'individuo a livello corporeo, cognitivo e comportamentale (Palmonari, 2001). Come afferma Palmonari (2001, p. 7-8): «l'adolescenza comincia nella biologia e finisce nella cultura». Essa comincia con la pubertà, caratterizzata dalla maturazione biologica e sessuale, variabile da individuo a individuo, che si colloca generalmente tra i 10 e i 14 anni d'età. Il momento in cui si conclude l'età adolescenziale, più difficile da collocare, corrisponde all'emergere dell'autonomia e della responsabilità e alla capacità di instaurare rapporti significativi e intimi con gli altri e con l'ambiente di vita più ampio, dunque convenzionalmente tra i 18 e i 20 anni (Palmonari, 2001).

L'acquisizione di un'identità più stabile anticipa il raggiungimento dell'età adulta: l'individuo è consapevole di essere sempre la stessa persona anche se è cambiato, di essere unico nel proprio genere, diverso da chiunque altro, dotato di una propria peculiare relazione con il mondo ed è in grado di compiere scelte coerenti e responsabili circa il proprio impegno nel mondo sociale e professionale (Palmonari, 2001). Sono stati individuati da Offer (1991) tre diversi percorsi evolutivi in adolescenza (Ammaniti, 2009; Offer, 1991):

- Lo sviluppo continuo riguarda il 23% degli adolescenti. Il soggetto sperimenta un processo di crescita continuativo, con progressioni graduali, la storia familiare è stabile (senza traumi o perdite importanti) e il rapporto con i genitori è sufficientemente positivo. A livello interpersonale gli adolescenti stabiliscono buoni rapporti con i pari, hanno amici e sono capaci di rapportarsi con l'altro sesso e mantenere rapporti intimi significativi. Sono in grado di controllare i loro impulsi e dirigere le proprie risorse verso un compito.
- Il secondo tipo di sviluppo è quello a ondate, che interessa il 35% degli adolescenti. Gli individui vivono una serie di conflitti emotivi e fasi di regressione e progressione, sono meno capaci di indirizzare le proprie risorse verso gli obiettivi, rispetto a coloro che hanno uno sviluppo continuo e rispondono in modo ansioso o depressivo. L'autostima è bassa, c'è più difficoltà nell'instaurare rapporti interpersonali rispetto al gruppo precedente, e la relazione con i genitori è perlopiù conflittuale.
- Il terzo percorso evolutivo è quello a sviluppo tumultuoso, che riguarda il 21% degli adolescenti. Essi mostrano difficoltà comportamentali a casa e a scuola, spesso vivono condizioni complesse ed instabili in quanto la loro storia è costellata da traumi, perdite, conflitti con i genitori e difficoltà nel processo di separazione-individuazione.

Sono individui che tendono ad avere oscillazioni dell'umore, reazioni ansiose e una minore capacità nel controllo degli impulsi. Nelle relazioni con i pari, invece, diversamente da ciò che avviene con i genitori, si creano complicità e dipendenza.

La possibilità di prevedere quali adolescenti incontreranno tali difficoltà è fondamentale per prevenire traiettorie evolutive verso problemi psicopatologici. È necessario dunque andare ad individuare i fattori di rischio insiti nel contesto familiare (educazione rigida e/o psicopatologia), sociale e scolastico (emarginazione e/o violenza), ma anche nel funzionamento psicologico e biologico dell'individuo (Ammaniti, 2009).

Da tenere in considerazione è il fatto che esistono diversi modi di vivere l'adolescenza e, a dare sostanza al fenomeno adolescenziale, contribuiscono una miriade di fattori. Lewin (1999) sottolinea come l'adolescenza non debba essere considerata come un evento improvviso che dà luogo a esiti totalmente positivi o negativi, ma come un lungo periodo in cui si articolano una serie di difficoltà (intrapersonali, interpersonali e sociali), i cosiddetti compiti di sviluppo, che possono essere in parte risolti in modo costruttivo e in parte lasciati irrisolti. Maggiori saranno le risoluzioni costruttive, tanto più potrà dirsi riuscito il percorso di crescita (Palmonari, 2001).

Il concetto di compiti di sviluppo è stato coniato da Havighurst (1948), psicologo evolutivo che sostiene che l'intera vita dell'individuo sia costellata da una serie di compiti che devono essere risolti al momento opportuno. Qualora questo non dovesse avvenire nei tempi previsti, lo sviluppo dell'individuo può venire compromesso. Per quanto concerne i compiti di sviluppo da affrontare durante il periodo adolescenziale, l'autore ne identifica dieci, tutti accomunati dall'elemento costante di ricerca dell'indipendenza (Havighurst, 1948; Palmonari, 2001):

- instaurare relazioni nuove e più mature con i coetanei di ambo i sessi;
- acquisire un ruolo sociale maschile o femminile;
- accettare il proprio corpo e usarlo in modo efficace;
- conseguire indipendenza emotiva dai genitori e dagli altri adulti;
- raggiungere la sicurezza insita nell'indipendenza economica;
- orientarsi verso e prepararsi per un'occupazione o una professione;
- prepararsi al matrimonio e alla vita familiare;
- sviluppare competenze intellettuali e conoscenze necessarie per l'acquisizione di una competenza civica;
- acquisire un comportamento socialmente responsabile;

- acquisire un sistema di valori e una coscienza etica per guidare il proprio comportamento.

Risentendo dei pregiudizi del momento storico in cui questa lista è stata ideata, altri autori hanno tentato di mettere a punto insiemi di fattori più adatti alla situazione di vita degli adolescenti al giorno d'oggi. In ogni caso, a prescindere dalle varie revisioni ed integrazioni, la nozione di compiti di sviluppo comprende sempre il rapporto tra individuo, appartenenza sociale e ambiente più ampio in cui egli si inserisce (Palmonari, 2001).

3.1.1 I correlati cognitivi e comportamentali delle modificazioni cerebrali in adolescenza

L'adolescenza è un periodo dello sviluppo particolarmente importante. Ciò è vero innanzitutto per quanto concerne la maturazione cerebrale, come attestano le notevoli trasformazioni strutturali e funzionali che coinvolgono il cervello, che, benché continuino anche in età adulta, risultano particolarmente impetuose e dinamiche in adolescenza. Numerosi studi (Barnea-Goraly, et al., 2005; Giedd, 2008; Gogtay, et al., 2004; Sowell, Peterson, Thompson, Welcome, Henkenius, & Toga, 2003) hanno dimostrato una serie di cambiamenti rilevanti specialmente a livello della corteccia prefrontale a causa di due processi: la mielinizzazione e il *pruning* sinaptico. Il primo consiste in un incremento della sostanza bianca a causa della mielinizzazione degli assoni, che accresce l'efficacia della trasmissione neuronale, rendendo più rapido il passaggio delle informazioni da un neurone all'altro (Barnea-Goraly et al., 2005).

Il secondo processo si riferisce al fatto che, in continuità con gli stadi precoci dello sviluppo, all'inizio dell'adolescenza si assiste ad un nuovo periodo di sinaptogenesi, ovvero di proliferazione di nuove sinapsi. Ad esso segue poi un processo di *pruning*, ovvero uno sfoltimento delle sinapsi che consiste in un processo che determina il mantenimento delle sinapsi più forti (più utilizzate) a scapito di quelle non utilizzate, che vengono eliminate (Ammaniti, 2009; Poletti, 2009). In questo modo i circuiti vengono sistematicamente ridefiniti. Ciò corrisponde ad una perdita di sostanza grigia a partire dall'età adolescenziale fino a quella adulta inizialmente nell'area sensomotoria, poi nella corteccia frontale, parietale e temporale e, infine, nella corteccia prefrontale (Ammaniti, 2009). Questo processo rispecchia la plasticità e l'adattabilità tipiche di questa fase evolutiva, in quanto all'emergere di nuove connessioni altre scompaiono, in una vera e propria ridefinizione della struttura cerebrale, che terminerà con il raggiungimento dell'età adulta (Casey, Giedd, & Thomas, 2000).

Lo sviluppo a livello corticale segue un percorso evolutivo basato sul genere, raggiungendo la massima densità di materia grigia a differenti età: i lobi occipitali, a differenza degli altri, seguono uno sviluppo lineare; i lobi frontali raggiungono il picco di crescita a 12 anni per i maschi e 11 per le femmine; i lobi parietali raggiungono il picco a 12 anni per i maschi e 10 per le femmine; i lobi temporali sono gli ultimi, raggiungendo il loro picco a 17 anni per entrambi i sessi. La ridefinizione dei circuiti attraverso il *pruning* continua nel lobo frontale fino ai 20 e 30 anni (Ammaniti, 2009; Toga, Thompson, & Sowell, 2006). Secondo Ammaniti (2009) il dimorfismo sessuale sembra essere spiegato dall'esordio delle trasformazioni puberali. Come già anticipato, tale sviluppo si riferisce soprattutto alla corteccia prefrontale, che ha un ruolo in funzioni comportamentali e cognitive, nello specifico rispetto alle funzioni esecutive². Esse comprendono processi di alto livello come la memoria di lavoro, l'attenzione e lo *shifting* attentivo, il *decision-making*, la pianificazione, il *problem solving*, l'inibizione di risposte automatiche e l'autoregolazione (Poletti, 2009). Tali funzioni esecutive possono essere suddivise in due categorie. La prima comprende gli aspetti esecutivi cognitivi (freddi), che non comprendono un'elaborazione emotiva. Sono anzi basati su un'elaborazione più complessa, cognitiva e più lenta (Metcalf & Mischel, 1999), e per tale ragione sono studiati nell'ambito del *problem solving*. Esse hanno una lunga e continua maturazione durante l'intero arco di vita, analogamente alla maturazione delle aree cerebrali ad esse correlate (Poletti, 2009). La seconda comprende gli aspetti esecutivi affettivi (caldi), che riguardano un'elaborazione emotiva degli stimoli, che avviene in modo rapido e semplice, e per questo viene utilizzata soprattutto nelle situazioni di stress (Poletti, 2009). I problemi situati all'interno dei contesti sociali sono quelli che chiamano in causa questi processi esecutivi, in quanto attivano l'elaborazione emotivo/motivazionale dal momento che le risposte degli altri hanno un valore affettivo per l'individuo. Infatti, è stato proposto che la teoria della mente possa svilupparsi in stretta connessione con i processi esecutivi caldi (Moses, Carlson, & Sabbagh, 2005; Poletti, 2009). Per tale motivo questi processi sono studiati in relazione al *decision making*.

È stato riscontrato che alcuni circuiti cerebrali quali quelli coinvolti nella valutazione del rischio e nel controllo degli impulsi non sono ancora del tutto sviluppati (Ammaniti, 2009). Le aree coinvolte nei processi decisionali sono quelle che subiscono i cambiamenti più profondi in adolescenza. La domanda che ci si può porre è se tali cambiamenti cerebrali possano spiegare almeno una parte dei comportamenti rischiosi e impulsivi degli adolescenti.

² Le funzioni esecutive descrivono l'insieme di processi psicologici volti a comportamenti adattivi e orientati a obiettivi futuri (Poletti, 2009; Stuss & Knight, 2002).

Esistono infatti importanti differenze tra il cervello adulto e il cervello adolescente, dal momento che processano le stesse informazioni utilizzando circuiti neuronali diversi, giungendo a diversi risultati: sottoponendo gli adolescenti a compiti decisionali si è riscontrato che questi individuano le scelte ottimali per un risultato favorevole in ritardo rispetto agli adulti (Poletti, 2009). Per esempio, gli adulti tendono a porre domande prima di svolgere una valutazione per poi fornire risposte più adeguate, mentre gli adolescenti tendono a giungere ad una valutazione in maniera più rapida e in modo intuitivo e talvolta superficiale (Ammaniti, 2009). Dunque, l'im maturità dei lobi frontali renderebbe gli adolescenti meno abili rispetto agli adulti nei compiti di *decision making*, oltre che nel valutare le conseguenze circa l'esito degli eventi (Ammaniti, 2009). Inoltre, nei compiti di *decision making* in contesti di rischio negli adolescenti si registra una minore attivazione delle aree preposte al controllo e al monitoraggio del comportamento. Infine, un'ulteriore differenza consiste nella più elevata attivazione negli adolescenti delle aree preposte al *feedback* premio/punizione (Poletti, 2009). I dati non permettono di stabilire una correlazione tra capacità decisionali degli adolescenti e i comportamenti rischiosi (Poletti, 2009). Infatti, è stato sostenuto che nei comportamenti rischiosi giocano un ruolo importante, se non preponderante, le influenze sociali (come il gruppo dei pari), motivazionali e affettive (Ammaniti, 2009; Steinberg, 2005).

Partendo da questi presupposti un possibile modello esplicativo sembra essere il *modello evolutivo delle informazioni sociali* (Nelson, Leibenluft, McClure, & Pine, 2005), secondo cui le informazioni sociali verrebbero processate in modo sequenziale a tre livelli: il nodo della detenzione, il nodo dell'affettività e il nodo cognitivo-regolatore.

Il nodo della detenzione categorizza uno stimolo come sociale e decifra le sue proprietà di base. Comprende infatti la corteccia inferiore occipitale e le aree inferiori della corteccia temporale, aree che determinano le proprietà e la natura dello stimolo, definendo, per esempio, se è animato o meno, se è un conspecifico, quali sono le sue azioni e le sue intenzioni (Poletti, 2009). Successivamente lo stimolo passa al nodo affettivo, che comprende aree che identificano le caratteristiche di rinforzo o punizione dello stimolo: amigdala, ipotalamo e corteccia orbitofrontale. Qui lo stimolo viene rivestito di valenza emotiva (positiva o negativa). Il nodo affettivo, inoltre, regola le risposte automatiche fisiologiche e le risposte cognitive (come, per esempio, la dislocazione dell'attenzione) funzionali ad organizzare una risposta adeguata alla situazione sociale in cui si manifesta lo stimolo (Poletti, 2009). Infine, lo stimolo passa attraverso un sistema più complesso, il nodo cognitivo-regolatore, basato sul funzionamento della corteccia prefrontale. A questo livello lo stimolo passa attraverso un'elaborazione superiore e più profonda che consiste nella

percezione e nell'inferenza sugli stati mentali degli altri, la regolazione di comportamenti non adeguati al contesto sociale e la generazione di una risposta comportamentale diretta allo scopo e adeguata al contesto in cui si trova lo stimolo stesso (Poletti, 2009).

Le aree cerebrali connesse ai vari nodi maturano in momenti differenti. Questa disparità maturativa fa sì che le aree connesse al nodo affettivo maturino prima rispetto a quelle connesse al nodo cognitivo-regolatore, che sono ancora in via di sviluppo; ciò comporta che l'attivazione delle prime non possa essere controbilanciata dalle capacità di controllo del comportamento delle seconde (a carico della corteccia prefrontale) (Poletti, 2009). Dall'elevata attivazione del nodo affettivo deriverebbero la difficoltà degli adolescenti a modulare le risposte emotive a stimoli sociali, la tendenza ad avere generalmente risposte emotive non controllate, la tendenza ad investire nel gruppo di pari e l'elevata sensibilità verso l'accettazione e il rifiuto da parte del gruppo (Steinberg, 2005). Inoltre, questa minore attivazione delle aree prefrontali, ancora non completamente sviluppate, deputate alla valutazione delle scelte e al controllo del comportamento, potrebbe spiegare le scelte più rischiose fatte dagli adolescenti rispetto agli adulti (Poletti, 2009).

3.1.2 I correlati psichici: fattori di stabilità e cambiamento dall'infanzia all'adolescenza

L'adolescenza è un periodo decisivo per la strutturazione della personalità. I pattern di attaccamento e i Modelli Operativi Interni, affondando le loro radici nelle relazioni di attaccamento precoce e sono molto importanti per il successivo sviluppo della personalità nell'adolescenza e nella successiva età adulta. Secondo la teoria dell'attaccamento la propensione a generare relazioni emotive intime con particolari figure, oltre ad essere presente nel neonato, permane durante tutta la vita. Tuttavia, se nella prima e seconda infanzia i legami significativi instaurati sono prevalentemente quelli con i genitori, durante l'adolescenza i legami di attaccamento creatisi precedentemente si consolidano e permangono, in aggiunta alla creazione di nuovi legami in particolare con i pari (Bowlby, 1996). Infatti, nel corso dell'adolescenza si verificano cambiamenti e riorganizzazioni nella gerarchia delle figure di attaccamento, in quanto i legami di attaccamento si espandono comprendendo quelli con altri parenti, con partner sessuali e con i propri pari (Ammaniti, Van IJzendoorn, Speranza, & Tambelli, 2000). Nonostante la presenza di nuovi legami, tuttavia, Bowlby (1996) ritiene che negli adolescenti l'attaccamento ai genitori rimanga ancora forte.

Nell'adolescenza oltre che l'individuo stesso, a cambiare è il contesto in cui egli è immerso. Infatti, il percorso dell'adolescente deve essere visto come l'interazione ed integrazione di un

insieme di situazioni sia intrapsichiche che esterne (Ammaniti, 2002). Per ogni nuova fase di sviluppo, l'individuo negozia continuamente l'integrazione e l'equilibrio tra l'essere in connessione con altri significativi e l'essere autonomi (Ammaniti et al., 2000). Il tempo passato con i genitori e l'intimità affettiva con essi diminuiscono, poiché l'individuo ormai non necessita più dell'accudimento costante dei genitori per sopravvivere. Malgrado questa attivazione meno intensa e urgente, il legame con essi rimane comunque importante per sviluppare la regolazione emotiva, le abilità sociali e per aiutare l'adolescente a sintonizzarsi con l'ambiente sociale, assumendo dunque la funzione di sostegno per comprendere le nuove emozioni che scaturiscono dal confronto con questo nuovo mondo (Ammaniti, 2002).

Gli adolescenti, in ragione della ricerca di autonomia, tollerano separazioni sempre più lunghe dai genitori grazie all'acquisizione di maggiori autonomie e maggiori capacità cognitive, sostituendo la vicinanza fisica con la relazionalità simbolica. Tale ricerca di autonomia, tuttavia, è correlata con l'esistenza di relazioni positive con i genitori, e dunque non si verifica universalmente in tutti gli adolescenti (Ammaniti, 2002). Il desiderio e la curiosità di esplorazione in adolescenza è solitamente molto forte, in quanto l'individuo acquisisce nuove competenze, libertà, conoscenze e intensifica il rapporto con i coetanei. Ciò non esclude tuttavia la possibilità di un'inibizione all'esplorazione: si tratta di una competenza necessaria per acquisire abilità regolatorie da altre fonti (al di fuori dei *caregiver*) e la sua mancanza è collegata al fallimento nella regolazione degli affetti negativi (Ammaniti, 2002). Gli allontanamenti dai genitori corrispondono comunque anche in questa fase dello sviluppo ad un ricongiungimento con essi nel momento di bisogno: specialmente in condizioni di forte stress gli adolescenti continuano a rivolgersi ai genitori, considerandoli sempre come figure d'attaccamento e base sicura (Ammaniti, 2002). Benché permanga il comportamento di base sicura comincia a cambiare: se nell'infanzia il bambino esplora l'ambiente a meno che non sia in condizioni di stress, l'adolescente evita attivamente il genitore e la motivazione all'esplorazione si concretizza nel superamento della dipendenza dai genitori e dunque nell'evitamento di far riferimento ad essi quando possibile (specialmente in presenza dei pari o in condizioni di stress lieve) (Ammaniti, 2002).

In adolescenza acquisiscono sempre più rilevanza le relazioni con i pari, che hanno funzioni diverse rispetto alle relazioni con le figure di attaccamento primarie. La prima differenza sostanziale che contraddistingue il legame con i pari, infatti, è la simmetricità di tali relazioni: con gli adulti le relazioni sono gerarchiche, asimmetriche, e in esse solo uno dei due soggetti (il bambino/adolescente) riceve accudimento, mentre con i pari si instaura una situazione di parità e uguaglianza, in cui tutti ricevono accudimento e sostegno (Ammaniti, 2002). Secondo

Freitag e colleghi (1996) la qualità delle relazioni con i pari è correlata all'organizzazione dell'attaccamento preesistente: gli adolescenti sicuri sono coerenti nel pensare all'accudimento ricevuto dalle figure d'attaccamento e, avendo aspettative positive riguardo alle relazioni, con molta probabilità avranno esperienze simili con i pari; al contrario, gli adolescenti insicuri tendono a comunicare in modo distorto e ad avere aspettative negative sugli altri, il che appare positivamente correlato con disfunzionamenti e basse competenze sociali (Freitag, Belsky, Grossmann, Grossmann, & Scheuerer-Englisch, 1996). Ciò è stato ampiamente confermato dalle ricerche condotte da Sroufe (2005), che ha trovato collegamenti significativi tra l'attaccamento sicuro e le competenze sociali, età per età, dalla prima infanzia all'età adulta. Tramite una varietà di procedure, sono state rilevate le aspettative e le rappresentazioni delle relazioni, l'impegno con gli altri e l'abilità nell'interazione degli adolescenti: ciò che emerge è che gli individui con storie di attaccamento sicuro mostrano una competenza sociale più elevata rispetto a quelli con storie di attaccamento evitante o resistente (Sroufe, 2005).

Altra componente fondamentale delle relazioni con i pari è la comparsa delle relazioni sentimentali. A seguito dei cambiamenti ormonali, gli adolescenti acquisiscono la capacità riproduttiva (Ainsworth, 1991), cui segue la ricerca di un pari con cui instaurare una relazione in cui si attivano al contempo il sistema di accudimento e quello di attaccamento. A tal proposito emerge che l'insicurezza dell'attaccamento è associata a rapporti sessuali più precoci e quantitativamente maggiori, mentre la sicurezza dell'attaccamento si associa generalmente a un ritardo del primo rapporto sessuale, ad un minor numero di partner e ad un maggior uso delle pratiche contraccettive (Ainsworth, 1991).

Tra le nuove competenze cognitive acquisite dall'individuo in questa fase della vita vi è l'intensificazione delle capacità di mentalizzazione e dunque una spinta alla comprensione interpersonale (Ammaniti, 2002). L'individuo si sente costantemente al centro dell'attenzione, ma in ciò apprende anche la capacità di decentrarsi: secondo Fonagy (2002), lo sviluppo del passaggio dal senso di egocentrismo a quello dell'intersoggettività è dovuto al fatto che l'adolescente comincia a pensare ai pensieri degli altri, distingue il proprio punto di vista da quello altrui e si immedesima nell'altro attraverso lo sviluppo della funzione riflessiva (Ammaniti, 2002). Queste nuove acquisizioni si concretizzano, per esempio, nella conflittualità, che ha un importante valore adattivo per l'adolescente, che in questo modo scopre le proprie capacità di ragionamento (Ammaniti, 2002). Anche in questo caso nella comprensione e gestione del conflitto con i genitori vi sono differenze tra adolescenti sicuri e insicuri: quelli sicuri tendono a discutere mantenendo come obiettivo la risoluzione del

problema e del disaccordo, mentre quelli insicuri si caratterizzano per l'evitamento della soluzione (i genitori o i figli abbandonano la discussione) e da livelli più alti di disimpegno o rabbia disfunzionale. Tali comportamenti possono avere luogo perché i genitori tendono a interpretare gli sforzi di autonomia del figlio come minaccia verso di sé o verso la relazione, perché si viene sopraffatti dalle emozioni provocate dal conflitto, ci si sente disconfermati oppure perché l'adolescente non si aspetta di essere capito dal genitore, rendendo difficile la sintonizzazione con i sentimenti dell'altro e la regolazione affettiva (Ammaniti, 2002).

Durante l'adolescenza si attiva una vera e propria rinegoziazione dei ruoli e delle funzioni intrafamiliari, attraverso cui ogni componente deve trovare una nuova posizione in rapporto agli altri (Ammaniti, 2002). A causa di un aumento della complessità cognitiva dei giovani, si delinea l'esigenza di reimpostare le modalità di relazione e comprensione interpersonale e di una revisione delle identificazioni interne. L'evoluzione cognitiva e di un Sé autoriflessivo in adolescenza introduce una «doppia complessità» (Fonagy et al., 2001).

La prima è relativa alla gestione delle nuove capacità cognitive e riflessive. L'adolescente è impegnato in un processo di riorganizzazione ed evoluzione del Sé autoriflessivo, che porta l'individuo a scoprire che diversi soggetti possono rappresentarsi in modo diverso la realtà e i fatti a seconda delle loro conoscenze o pregiudizi. L'adolescente comprende che la conoscenza è talvolta soggettiva e relativa, che anche gli adulti commettono errori, e che le rappresentazioni delle situazioni sono sistematicamente influenzate dalle caratteristiche degli individui (Ammaniti, 2002). Questo indirizza l'adolescente ad un graduale decentramento dalle proprie credenze e pregiudizi, ad una migliore capacità di riflessione sulla propria esperienza mentale, permettendo talvolta di modificare i Modelli Operativi Interni negativi o al contrario di mantenere attivi modelli disfunzionali (Ammaniti, 2002).

La seconda difficoltà è la separazione dai genitori. Come ampiamente discusso, il processo di formazione del Sé dipende dai processi di *rispecchiamento* e *sintonizzazione affettiva* (Ammaniti et al., 2014; Winnicott, 1971). Quest'ultima prevede, oltre che momenti di allineamento, dei momenti di non allineamento tra individui, ovvero momenti di distanza mentale in cui non si cerca di stabilire corrispondenza tra le menti (Ammaniti et al., 2014). Queste normali oscillazioni tra prossimità e distanza mentale devono essere tollerate, e tutto il sistema familiare deve trovare il proprio equilibrio, che è l'essenza della regolazione affettiva co-costruita (Ammaniti, 2002). In adolescenza vengono messi alla prova proprio i processi di allineamento e risonanza e per l'intera famiglia si determina la necessità di creare nella propria mente una nuova idea del figlio, ovvero attraverso un sofisticato processo di attribuzione di identità sempre nuova e più complessa. Inoltre, dal momento che gli stati

interni sono regolati nella relazione con gli altri, la famiglia può essere intesa come un sistema di reciproche proiezioni (Ammaniti, 2002). L'adolescenza consiste dunque in una ridefinizione al contempo interna ed esterna che sfida gli equilibri raggiunti: sono in gioco processi intrapsichici e intersoggettivi che esigono un continuo rimodellamento del rapporto tra *individuazione* e *sensò di appartenenza* (Ammaniti, 2002). Essa è «un'impresa evolutiva congiunta» (Palmonari, 2001, p. 71), che per l'adolescente consiste nella conquista di autonomia sapendo di poter comunque contare sulle proprie figure di accudimento nei casi di bisogno, e per i genitori consiste nell'accettare la separazione dal figlio riconoscendone i cambiamenti (Ammaniti, 2002).

Riguardo alla stabilità dei Modelli Operativi Interni (le rappresentazioni di Sé, degli altri e delle relazioni) molti autori hanno sostenuto che essi rimangono tendenzialmente stabili anche in adolescenza, così come i modelli di attaccamento acquisiti durante l'infanzia, considerati predittivi delle caratteristiche dell'individuo a breve e medio termine (Ammaniti et al., 2000; Main et al., 1988). È vero che la funzione svolta dall'attaccamento continua ad essere importante, ma non implica necessariamente che i Modelli Operativi Interni non si modifichino nel corso della vita (Baldoni, 2007). Infatti, è sempre presente la possibilità di rielaborazioni e cambiamenti provocati da variazioni nella stabilità e continuità del legame con le figure di attaccamento e dalle esperienze (*life events*) dell'adolescente: se cambiano le condizioni dell'ambiente in cui l'individuo è immerso, sia i pattern di attaccamento, sia i MOI possono mutare verso configurazioni più adeguate all'età e al nuovo contesto familiare e sociale (Ammaniti, 2002; Crittenden, 2008). Considerando i compiti evolutivi dell'adolescenza, Ammaniti e colleghi (2000) ipotizzano che durante questa fase i modelli di attaccamento sviluppati durante l'infanzia possano essere rivisitati e riadattati, pur mantenendosi in condizioni stabili, evidenziando forme di continuità (Ammaniti et al., 2000). In questo periodo della vita anche i Modelli Operativi Interni relativi alle figure d'attaccamento si riconfigurano come legami verso le istituzioni sociali (come la scuola e il lavoro) e verso gli adulti che le rappresentano (come insegnanti e colleghi). Nell'attaccamento insicuro gli adolescenti, che non sviluppano adeguatamente legami sociali, sono maggiormente a rischio di comportamenti devianti (bullismo, vandalismo, criminalità) e uso di droghe (Fonagy et al., 1997).

La rilevazione dell'attaccamento nel ciclo di vita si è a lungo basata principalmente su due tipologie di valutazione: la *Strange Situation* per la prima infanzia, presentata nel primo capitolo, e l'*Adult Attachment Interview* (AAI) per l'età adulta. Quest'ultima ha reso possibile

la valutazione dei Modelli Operativi Interni e dell'attaccamento lungo il ciclo di vita fino all'età adulta.

L'*Adult Attachment Interview* è un'intervista semistrutturata della durata di circa 20 minuti che attraverso l'analisi della qualità narrativa e del discorso indaga il rapporto dell'individuo con le proprie figure d'attaccamento a partire dalle esperienze vissute nell'infanzia (Baldoni, 2007). Valuta dunque lo stato della mente dell'individuo relativo all'attaccamento (Gazzotti, Spinelli, Albizzati, & Riva Crugnola, 2010). Ideata da George, Kaplan e Main (1985), era stata elaborata inizialmente per confrontare lo stile relazionale dei genitori con quello dei rispettivi figli, nel tentativo di verificare la trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento. Proprio a questo proposito Main, Kaplan e Cassidy (1985) hanno rilevato una forte correlazione tra la qualità dell'attaccamento dei bambini (a 1 e 6 anni) ai *caregiver* e il tipo di Modello Operativo Interno del genitore individuato con l'AAI (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). L'attaccamento adulto rilevato con l'AAI si articola in quattro pattern di attaccamento, ognuno dei quali è in relazione con un corrispondente pattern infantile rilevato dalla *Strange Situation* (Main, 2008):

- 1) Sicuro/autonomo (F, *Free*): corrisponde all'attaccamento infantile di tipo B (sicuro). L'individuo effettua una narrazione coerente e collaborativa, caratterizzando e valutando obiettivamente le esperienze legate all'attaccamento, siano esse positive o negative. Inoltre, considera importanti le esperienze e le relazioni con le figure di attaccamento valutandole in modo oggettivo (Main, 2008).
- 2) Distanziante (Ds, *Dismissing*): corrispondente al pattern d'attaccamento di tipo A (evitante). L'individuo ha pochi ricordi (talvolta stereotipici) e per tale motivo i discorsi sono brevi e incoerenti. Ha una gamma limitata di risposte affettive alle esperienze di attaccamento. Le descrizioni positive e idealizzanti che fornisce dei genitori non sono supportate o vengono contraddette dai ricordi. Tende a denigrare le relazioni e idealizzare la propria indipendenza (Main, 2008).
- 3) Preoccupato (E, *Entangled*): corrispondente al tipo C (resistente/ambivalente). Il soggetto è preoccupato circa le proprie esperienze, è arrabbiato, confuso, spaventato e/o sopraffatto. Le narrazioni sono incoerenti, lunghe, ricche di risposte irrilevanti ed espressioni vaghe. L'individuo sembra, per l'appunto, invischiato nelle esperienze passate con le figure d'attaccamento (Main, 2008).
- 4) Irrisolto (U, *Unresolved*): corrisponde al tipo D (disorganizzato). Questa modalità implica traumi e lutti irrisolti. L'individuo durante il racconto di perdite o traumi perde il filo del discorso e il controllo del ragionamento (per esempio, fa lunghe pause o

parla delle persone morte come se fossero ancora vive). L'individuo irrisolto può essere classificato contemporaneamente anche come Ds, F o E (Main, 2008).

Esiste un'ulteriore classificazione aggiunta successivamente, detta *Cannot Classify* (CC), per coloro che non hanno una strategia prevalente ed omogenea nei confronti dell'attaccamento e che risultano, appunto, non classificabili. Le risposte all'AAI di questi soggetti contengono spesso indizi di mancata elaborazione di traumi, storie di disturbi psichiatrici nell'adulto e abusi (Ardito, 2012).

Le metodologie impiegate nella valutazione dell'attaccamento nel bambino e nell'adulto hanno un'elevata validità (Baldoni, 2007), al contrario dello studio dell'attaccamento dall'età scolare fino all'adolescenza ancora problematico. Ciò è dovuto al fatto che la maggior parte degli strumenti di valutazione si basano su sentimenti, rappresentazioni e comportamenti ottenuti principalmente con l'autovalutazione in condizioni di sicurezza, in quanto lo studio dei Modelli Operativi Interni in condizioni di stress e di pericolo e delle risposte alla separazione dalle figure di attaccamento risulta progressivamente più difficile con l'aumentare dell'età. Conseguentemente, vi sarà una discrepanza tra la rappresentazione dell'attaccamento che emerge tramite l'autovalutazione cosciente e i comportamenti effettivamente esibiti in condizioni di pericolo (Baldoni, 2007).

Zimmermann, Grossmann e collaboratori (1997) in una ricerca longitudinale hanno confrontato l'attaccamento sviluppato dal bambino nel corso della prima infanzia con quello manifestato in tarda età scolare e in adolescenza. Gli autori hanno rilevato che le *Strange Situation* tra madri e figli di 1 anno erano correlate con i risultati delle AAI delle madri a 6 anni di età del figlio, e tali AAI delle madri quando il figlio aveva 6 anni si erano poi rivelate predittive delle AAI del figlio in adolescenza (a 16 anni) (Zimmermann, Fremmer-Bombik, Spangler, & Grossmann, 1997; Zimmermann & Grossmann, 1997). Infine, i soggetti classificati sicuri nella *Strange Situation* a 10 anni tendevano maggiormente a riferirsi alle figure di attaccamento quando erano tristi, spaventati e/o arrabbiati, mentre al contrario quelli evitanti continuavano a tenerli a distanza. Tuttavia, le *Strange Situation* con la madre e quelle con il padre non risultavano correlate con i risultati delle AAI del figlio in adolescenza. In questa fascia di età, infatti, l'esistenza di fattori di rischio familiare e psicosociale (separazioni e divorzi, malattie gravi, lutti, maltrattamenti e abusi, emarginazione, problematiche economiche o culturali) era altamente correlata con stili di attaccamento insicuro (Zimmermann et al., 1997; Zimmermann et al., 1997).

In questa fascia di età, tuttavia, strumenti come l'AAI si rivelano poco validi e attendibili. I test più utilizzati sono due:

- L'*Attachment Interview for Childhood and Adolescence* (AICA) conosciuta anche come Intervista sull'Attaccamento nella Latenza (IAL), ideata da Ammaniti e collaboratori (Ammaniti et al., 1990). Consiste in un'intervista semistrutturata derivata dalla AAI adattata per i bambini in età scolare, i preadolescenti e i giovani adolescenti. La struttura e l'ordine delle domande rimangono analoghe a quelle dell'AAI, ma il linguaggio è semplificato e le domande non pertinenti per un soggetto di quell'età vengono modificate o eliminate. La durata della procedura va dai 15 ai 30 minuti, dunque più breve della versione per adulti. Utilizzando l'AICA nei preadolescenti la distribuzione degli stili d'attaccamento si è rivelata molto simile a quella degli adulti: il 64% Liberi-Autonimi (F), il 29% Distanzianti (Ds), il 7%, Preoccupati (E). Somministrando l'AICA in età diverse (a 10 e poi a 14 anni) è stato inoltre evidenziata una notevole stabilità dei Modelli Operativi Interni in questa fase della vita: in quattro anni gli stili di attaccamento sono rimasti pressoché invariati nel 71% dei casi (Ammaniti et al., 2000).
- Lo *School-aged Assessment of Attachment* (SAA) e la *Transition to Adulthood Attachment Interview* (TAAI, per adolescenti e giovani adulti) proposte all'interno del DMM da Patricia Crittenden (1997; 2005). Lo *School-aged Assessment of Attachment* valuta, tramite l'utilizzo di disegni, la capacità di integrazione dei bambini in età scolare (dai 6 ai 12 anni) ed è utilizzato per differenziare bambini con sviluppo normale da soggetti in condizioni di rischio psicosociale temporaneo o a lungo termine (Baldoni, 2015). La *Transition to Adulthood Attachment Interview* è un'intervista semistrutturata per adolescenti e giovani adulti di età compresa tra 16 e i 25 anni, che ha lo scopo di rilevare le loro strategie di identificazione, prevenzione e protezione dai pericoli, in particolare quelli legati alle relazioni di attaccamento. La TAAI è una versione modificata dell'AAI, riadattata per affrontare le competenze dei giovani adulti nella transizione dall'adolescenza all'età adulta, e dunque consiste in una serie di domande (registrate e trascritte) che permettono all'individuo di riflettere sulle sue esperienze nell'infanzia e su come esse possano aver influito sui suoi pensieri e comportamenti presenti. L'intervista valuta le stesse informazioni in molteplici modi, e ciò consente di rilevare idee contrastanti che potrebbero motivare comportamenti incompatibili. Infine, la TAAI esplora eventuali traumi irrisolti (Crittenden, 2005).

3.2 Madri e adolescenti: la gravidanza nel periodo adolescenziale

Diventare genitore significa entrare in una linea evolutiva trasformativa che continua per tutto l'arco di vita (Ammaniti, 2002). La genitorialità non è un semplice ruolo, ma un processo. Essa può essere sostenuta e coadiuvata da condizioni ambientali favorevoli, ma anche ostacolati da condizioni e fattori di rischio come traumi, eventi di vita stressanti, contesti di rischio psicosociale o condizioni di rischio del genitore (Ammaniti, 2009). La genitorialità in adolescenza è un fenomeno presente in tutte le società, anche se presenta un'incidenza più elevata negli Stati Uniti (il 7% tra 10-14 anni, il 35% tra 15-17 anni e il 20% tra 18-19 anni) piuttosto che in Europa (Klein, 2005; Hamilton et al., 2007). Dai dati Istat 2005 si evince che in Italia il fenomeno delle gravidanze in età adolescenziale si aggira intorno al 4,7% (Ammaniti, 2009). Le madri adolescenti italiane sono soprattutto madri single, che vivono con la propria famiglia d'origine, hanno abbandonato gli studi e mostrano difficoltà economiche e occupazionali (Save the Children Italia Onlus, 2011; Trivellato, 2002).

L'adolescente di oggi vive prima l'esigenza di esprimere la propria sessualità rispetto al passato. Questo cambiamento nei modelli che regolano i comportamenti sessuali è in parte dovuto ai processi di secolarizzazione, alla diffusione di metodi contraccettivi e all'abbassamento dell'età media dello sviluppo puberale: tutto ciò ha portato ad una maggiore precocità di tali rapporti (Palmonari, 2001). Le motivazioni alla base di una gravidanza precoce possono essere molteplici (Le Van, 1998; Salerno & Tosto, 2017).

- Può essere una sorta di rito di iniziazione: assolve da un lato alla funzione di rispondere al desiderio tipicamente adolescenziale di dimostrare che il proprio corpo funziona esattamente come un corpo adulto (e materno), mentre dall'altro rappresenta una via di fuga dalle dinamiche di separazione-individuazione dai genitori, specialmente dalla madre (Ammaniti, 2009).
- Può essere un segnale d'allarme. L'adolescente in questo caso non cerca consciamente la gravidanza, ma essa diventa un mezzo per esprimere malessere ad una famiglia trascurante, sollecitandone l'attenzione.
- Può significare l'acquisizione di status: la gravidanza rappresenta la transizione all'età adulta, alternativa all'inserimento lavorativo, in contesti che approvano la formazione precoce di una famiglia. Essa è quindi in questi casi programmata insieme al proprio partner.
- Può significare ricerca identitaria: in questo caso una gravidanza orienta il comportamento di ragazze con tendenze all'isolamento affettivo, in cui non è presente

alcun investimento progettuale o relazionale. Solo il bambino sembra procurare loro un'identità sociale

- La gravidanza è in molti casi accidentale. La scelta di tenere il bambino dipende dalla reazione del contesto affettivo e sociale e dal grado di investimento sul proprio futuro.

L'essere al contempo madri e adolescenti è stato definito con il concetto di *asincronia evolutiva* (Connolly et al., 2012), che si riferisce all'interferenza dell'esperienza della gravidanza con l'età adolescenziale e i suoi correlati a livello identitario. Gran parte delle ricerche sul tema si sono concentrate sui rischi ambientali e sociali associati alle gravidanze precoci (come il basso livello di istruzione, il basso status economico familiare, il conflitto genitoriale, gli scarsi modelli di accudimento), ma più recentemente hanno vagliato i possibili antecedenti del comportamento e della personalità delle madri adolescenti, rilevando un'interconnessione di fattori che aumenterebbe il rischio connesso alla genitorialità precoce (Nasreen, Haque, & Hasan, 2006; Tambelli, Speranza, & Odorisio, 2006). La maternità nel periodo adolescenziale, infatti, rappresenta un fattore di rischio per lo stabilirsi di un'adeguata relazione tra madre e figlio, capace di influenzare a lungo termine lo sviluppo del bambino (Ammaniti, 2009; Gazzotti et al., 2010; Milan et al., 2007). L'adolescenza è un periodo ricco di importanti e complessi compiti di sviluppo: è ancora in atto l'integrazione nell'immagine di sé rispetto a tutte le trasformazioni dovute alla pubertà, comprese quelle corporee e sessuali, oltre che lo sviluppo cognitivo e neurofisiologico (Ammaniti, 2009; Palmonari, 2001). A livello cerebrale, infatti, la corteccia prefrontale, che presiede le funzioni cognitive più complesse come quelle implicate nelle competenze genitoriali, è ancora immatura, e ciò può rappresentare un ostacolo per la giovane madre (Ierardi et al., 2018). Per questi e molti altri motivi la responsabilità di una nuova nascita può essere ancora più problematica in questa fase di vita. Innanzitutto, la genitorialità in adolescenza interferisce pesantemente nel processo di costruzione dell'identità femminile adulta della giovane: essa è infatti ancora coinvolta nel ruolo di figlia e al contempo costretta ad assumere il ruolo di madre, quando è al contempo impegnata nell'individuazione di sé rispetto alle figure genitoriali, in particolare dalla figura materna (Aiello & Lancaster, 2008). In queste condizioni, l'acquisizione dell'identità materna si sovrappone alla costruzione della rappresentazione di sé come donna, invece di esserne la naturale continuazione (Ammaniti, Baumgartner, Candelori, Pola, & Tambelli, 1995; Ammaniti, Candelori, & Speranza, 1997). L'identità materna è difficile da acquisire a causa dell'intrecciarsi delle dinamiche della gravidanza con i cambiamenti tipici dell'età adolescenziale (Ammaniti, 2009), che unitamente agli intensi bisogni di accudimento fisico ed

emotivo del bambino (Aiello et al., 2008) crea una sovrapposizione di molteplici sfide evolutive con la probabilità che nessuna venga adeguatamente affrontata (Salerno & Tosto, 2012). La naturale conseguenza di ciò è che i conflitti tipici dell'adolescenza si ripercuotano inevitabilmente sulle competenze genitoriali e sull'accudimento del figlio, i cui bisogni entreranno in contrasto con quelli della madre (Ammaniti, 2009). Le relazioni si rivelano infatti più povere, più limitate sul piano verbale, con tendenze punitive e svalutanti nei confronti delle competenze emotive e cognitive del bambino, e le madri si rivelano più vulnerabili dal punto di vista psicologico, divenendo più esposte al rischio di depressione, scarsa autostima e diffusione dell'identità (Osofsky, Hann, & Peebles, 1993; Reid & Meadows-Oliver, 2007; Secco, Profit, Kennedy, Walsh, Letourneau, & Stewart, 2007).

La genitorialità in adolescenza rappresenta una condizione di rischio per l'adeguato sviluppo della responsività della madre e delle competenze del bambino. Le madri adolescenti esprimono un maggior numero di emozioni negative e scarsa disponibilità emotiva, che si accompagna a tendenze controllanti e volte alla punitività e a negligenze nell'accudimento fino, in casi estremi, al maltrattamento (Ammaniti, 2009; Culp, Appelbaum, Osofsky, & Levy, 1988; Gazzotti et al., 2010). Questo si ripercuote sullo sviluppo emotivo dei loro figli, meno coinvolti e responsivi nelle interazioni con le loro madri (rispetto a quelle adulte) e che possiedono minori capacità di comunicazione affettiva: in situazioni di disagio piangono di meno e mostrano minore quantità di rabbia, e dunque sviluppano (similmente ai bambini di madri depresse) pattern disadattivi di interazione affettiva e un adattamento all'ambiente più passivo, evidente anche nel minor coinvolgimento nel gioco (Ierardi et al., 2018; Osofsky, 1992; Riva Crugnola, Ierardi, Gazzotti, & Albizzati, 2014).

La maggior problematicità dei figli di madri adolescenti riguarda la formazione di modelli di attaccamento insicuro di tipo evitante o ambivalente e disorganizzato in misura maggiore rispetto ai figli di madri adulte (Hann, Osofsky, & Culp, 1996; Moran, Forbes, Evans, Tarabulsy, & Madigan, 2008). A loro volta, le madri adolescenti rispetto a quelle adulte presentano più spesso modelli di attaccamento insicuri, e questo spiegherebbe la loro minore sensibilità nei confronti dei figli (Ward & Carlson, 1995). I Modelli Operativi Interni di attaccamento insicuri della madre oltre che essere considerati un fattore di rischio per lo sviluppo di un legame di attaccamento insicuro del bambino, sono un fattore di rischio per lo sviluppo di interazioni non adeguate tra madre e bambino. Il genere del bambino non costituisce un fattore di variabilità per la qualità dell'interazione madre-bambino (Ierardi et al., 2018).

Lo sviluppo dei figli di madri adolescenti appare più complesso anche per quanto riguarda le capacità di controllo e regolazione emotiva nella diade, che si strutturano nel primo anno di vita e che sono determinanti per lo sviluppo socio-emotivo infantile e per l'instaurarsi di un legame di attaccamento sicuro (Gazzotti et al., 2010). Come discusso nel primo capitolo, nel bambino fin dai primi mesi coesistono una capacità di autoregolazione e una di eteroregolazione, ovvero quel tipo di regolazione che si attiva nell'interazione con il *caregiver* che lo mobilita (attraverso configurazioni emotive positive e negative espresse tramite il volto e lo sguardo, la tonalità della voce e la gestualità) (Ammaniti et al., 2014). Ciò crea tra *caregiver* e bambino una mutua regolazione che si articola in continui processi di sintonizzazioni e rotture, a seguito delle quali avvengono riparazioni efficaci che portano nuovamente a stati affettivi coordinati (Ammaniti et al., 2014). È proprio grazie a questo processo che nel bambino si struttura un nucleo del Sé affettivo positivo (Tronick & Weinberg, 1997). Può avvenire, al contrario, che il bambino viva in modo reiterato rotture della comunicazione e stati affettivi non coordinati a cui non segue alcuna riparazione, che ha come conseguenza un nucleo affettivo negativo del sé, e di un Modello Operativo Interno che si fonda su una rappresentazione di sé come inefficace e della madre come non disponibile (i precursori di un attaccamento disorganizzato) (Gazzotti et al., 2010). Molte madri adolescenti, meno sensibili ai bisogni del bambino, non sono in grado di interpretare correttamente i suoi segnali, attribuendone la causa al temperamento del figlio, descritto come difficile (Culp, Culp, Blankemeyer, & Passmark, 1998).

Una ricerca condotta da Gazzotti, Spinelli, Albizzati e Riva Crugnola (2010) su un campione di 18 diadi con madri adolescenti e 25 diadi con madri adulte ha confermato che l'età adolescenziale delle madri costituisce un duplice fattore di rischio sia per le modalità di coordinazione affettiva nella diade, sia per i loro stili interattivi. Oltre che meno sensibili e più controllanti rispetto a quelle adulte, le madri adolescenti caratterizzano il rapporto con i propri figli di una minore condivisione di stati affettivi coordinati (specie se positivi) e di una maggiore presenza di stati affettivi non coordinati, che ha effetto disorganizzante sullo sviluppo. È stata inoltre riscontrata nelle madri adolescenti una maggiore durata di stati affettivi negativi e una minor durata di quelli positivi (rispetto a quelle adulte), che si riflette in modo analogo nei loro figli (Gazzotti et al., 2010).

Diventare madre è un lavoro che comprende una duplice metamorfosi, fisica e mentale, che si svolge durante i nove mesi di gravidanza, un tempo fondamentale affinché si crei un immaginario che contempi il futuro bambino (Pines, 1977). La madre si confronta con una serie di cambiamenti che fanno in modo che sviluppi nuove rappresentazioni relative alla

funzione genitoriale nei suoi due aspetti principali: la rappresentazione di sé come madre e del futuro figlio (Ammaniti, Candelori, Pola, & Tambelli, 1995). Ciò implica che il genitore, ancor prima della nascita del figlio, possiede un Modello Operativo Interno anticipatorio di se stesso come genitore e del bambino non ancora nato (Ammaniti & Stern, 1991), che sarà poi sintonizzato quando questi nascerà (Ammaniti, 2009). Tale aggiustamento influenzerà la qualità della relazione e delle interazioni con il figlio: se è sintonico quando i MOI del genitore sono coerenti, flessibili e organizzati e dunque se ha un attaccamento sicuro; nel caso opposto, invece, il genitore potrebbe interpretare in modo errato i segnali del bambino, rispondendo in modo distorto. Così il *caregiver* influenzerà negativamente la costruzione dei MOI del figlio, che svilupperà un attaccamento insicuro (Ammaniti, 2009).

In una ricerca condotta in Inghilterra da Fonagy, Steele e Steele (1991) su madri e padri si è rivelato possibile prevedere nel 75% dei casi il futuro modello di attaccamento del bambino ad 1 anno di età con la madre e (anche se in percentuale minore) ad 1 anno e mezzo con il padre a partire dai Modelli Operativi Interni dei genitori (Fonagy, Steele, & Steele, 1991). Ciò significa che la relazione del bambino con i genitori è direttamente determinata dalla rappresentazione interna che ognuno dei due *caregiver* ha con i propri genitori. L'ipotesi di una trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento sicuro o insicuro formulata a seguito di questi risultati ha trovato conferme qualche anno più tardi da altre ricerche (Van IJzendoorn, 1992; 1995). Ciò non entra in contrasto con quanto scoperto da Ainsworth e colleghi (1978): essi avevano rilevato, infatti, che è la sensibilità materna verso i figli il principale fattore predittivo per la sicurezza dell'attaccamento del bambino alla fine del primo anno di vita. Tale sensibilità è da intendersi non solo come risposta comportamentale ai bisogni del bambino, bensì comprende anche la dimensione della regolazione affettiva tra genitore e bambino stesso (Ammaniti, 2009).

Negli ultimi anni sono stati condotti sempre più studi sulle rappresentazioni materne durante la gravidanza: questi hanno confermato che l'individuo, nel momento in cui sta per diventare genitore, attiva modelli operativi anticipatori di sé come *caregiver* e sviluppa rappresentazioni del bambino attraverso pensieri, sentimenti e aspettative che influenzeranno i comportamenti di accudimento e le modalità di interazione nei confronti del bambino (Tambelli et al., 2006). Pertanto, nel corso della gravidanza, si verificherebbero delle modificazioni significative nel mondo rappresentazionale materno, proprio perché la genitorialità implica nuove dimensioni del sé e una revisione delle relazioni nelle prime esperienze di attaccamento e delle loro rappresentazioni (Benoit, Parker, & Zeanah, 1997; Cramer & Robert-Tissot, 2000; Priel & Besser, 2001; Slade, Belsky, Aber, & Phelps, 1999; Slade & Cohen, 1996; Stern, 2007). In

questa prospettiva, le rappresentazioni possono fornire un quadro preciso del modo in cui le future madri gestiranno l'esperienza della maternità e del modo in cui organizzeranno pensieri, affetti, ricordi e comportamenti. Inoltre, dal momento che la madre costruisce una rappresentazione mentale del suo bambino, di se stessa come madre e del loro rapporto reciproco, il contenuto e la struttura di queste rappresentazioni forniscono indicatori sull'adattamento alla gravidanza e sul futuro ruolo genitoriale (Tambelli et al., 2006).

In uno studio condotto da Tambelli, Speranza e Odorisio (2006) sono state esplorate le rappresentazioni mentali delle adolescenti durante la gravidanza rispetto a se stesse come madri e al loro futuro bambino, al fine di valutare se esse differiscono dalle rappresentazioni materne di madri in età adulta. Sui due campioni, uno composto da 35 donne adulte e l'altro da 35 ragazze adolescenti, sono state condotte due interviste: l'intervista sulle Rappresentazioni Materne in Gravidanza (IRMAG) (Ammaniti et al., 1995) per esplorare la rappresentazione di sé come madre e del futuro bambino e l'*Adult Attachment Interview* (Main et al., 1985), per valutare il modello di attaccamento.

L'IRMAG consiste in un'intervista semistrutturata di 41 domande pensata per stimolare il racconto della donna circa la sua esperienza riguardo alla gravidanza e al suo diventare madre. Nello specifico ha l'obiettivo di esplorare le rappresentazioni mentali che la madre ha di se stessa come madre e del suo bambino non ancora nato. Viene somministrata in un periodo compreso tra la ventottesima e la trentaduesima settimana di gravidanza. La narrazione è valutata rispetto all'organizzazione della narrazione (e non rispetto ai contenuti). Nell'IRMAG vengono poste domande su ambiti di vissuto personale quali (Tambelli et al., 2006):

- il desiderio della donna e della coppia di avere un bambino;
- le reazioni emotive della donna, della coppia e degli altri familiari alla gravidanza;
- le emozioni e i cambiamenti nella vita della donna, nella vita di coppia e nel rapporto con le famiglie durante la gravidanza;
- le percezioni, emozioni positive e negative, fantasie materne e paterne e lo spazio psicologico interno del bambino;
- la prospettiva temporale, cioè le aspettative future e possibili cambiamenti della vita;
- la prospettiva della storia personale.

La durata della somministrazione è variabile, ma in media si aggira intorno ad un'ora. L'intervista viene audio registrata, trascritta, e codificata. Le scale di valutazione a 5 punti vengono utilizzate per codificare 7 dimensioni: ricchezza delle percezioni, apertura al

cambiamento e flessibilità della rappresentazione di sé come madre, impegno affettivo, coerenza del racconto, differenziazione della rappresentazione di sé rispetto agli altri, dipendenza sociale, emergenza delle fantasie (Tambelli et al., 2006). Il sistema di codifica consente di classificare la madre in una delle tre possibili categorie:

- 1) *Rappresentazioni materne integrate*. Sono rappresentazioni ricche, investite affettivamente: le madri forniscono un quadro coerente dell'esperienza contestualizzata alla loro storia personale, aperta ai cambiamenti e ai dubbi. La gravidanza rappresenta una fase dello sviluppo personale e del completamento dell'identità personale. Anche se non pianificata, la donna riesce a adattarsi a questa nuova esperienza;
- 2) *Rappresentazioni materne ristrette*. La donna non si lascia andare, razionalizza, c'è rigidità e autoaffermazione. Emergono impersonalità e astrattezza e gli episodi riferiti non trasmettono un senso dell'esperienza;
- 3) *Rappresentazioni materne non integrate/ambivalenti*. Coesistono diverse tendenze nei confronti della gravidanza, della maternità e del bambino, con eccessivo coinvolgimento e difficoltà a prendere le distanze. Il quadro risulta oscillante, poco integrato e confuso. Le informazioni sono talvolta ricche ma scarsamente organizzate.

I risultati della ricerca hanno mostrato che nel gruppo delle madri adolescenti si è riscontrata una maggiore frequenza di rappresentazioni ristrette e una minore frequenza di rappresentazioni materne integrate/equilibrate (Tambelli et al., 2006). Per quanto concerne le rappresentazioni circa se stesse come madri e circa il loro futuro figlio, il quadro è molto meno ricco di percezioni e meno coinvolto affettivamente rispetto alle madri adulte; le madri adolescenti vivono la gravidanza in modo più difensivo, mettendo in atto meccanismi di distanziamento e diniego, come dimostrato dalla scarsa flessibilità e apertura al cambiamento rispetto al riconoscimento mentale e alle trasformazioni fisiche di se stessa come madre e del figlio (Tambelli et al., 2006). Lo stesso avviene per le rappresentazioni del bambino, che nelle madri adolescenti sono più povere e limitate, caratterizzate da una minore presenza di fantasie e da un minore impegno affettivo nei confronti del bambino. Le emozioni e fantasie riguardanti il bambino appaiono pertanto limitate e prive di coinvolgimento. Nello studio analizzato inoltre tutte le adolescenti del campione non avevano pianificato la loro gravidanza, che era stata inaspettata, e nei loro quadri sono state rilevate grosse difficoltà nel raccontare la propria storia personale ed il loro stato emotivo globale sembrava totalmente assente o fortemente disimpegnato. Il loro vissuto di gravidanza è risultato ricco di paura,

ambivalenza e restrizioni, e le trasformazioni corporee conseguenti alla gravidanza venivano vissute come una vera e propria deformazione, accompagnato dalla sensazione di un possibile rifiuto da parte del partner come conseguenza dei cambiamenti fisici. In loro prevaleva inoltre una percezione delle rinunce (attuali e future) come faticose e stressanti (Tambelli et al., 2006). Durante la narrazione le adolescenti hanno mostrato difficoltà nell'immaginare la relazione con il figlio, in particolare nel concepirlo come parte di sé: tutte confidavano in un bambino tranquillo, semplice da accudire e che non causasse alcuna perturbazione nella loro vita. Questa posizione difensiva nei confronti della gravidanza e del figlio in sé è funzionale a circoscriverne l'impatto sulla propria vita (Tambelli et al., 2006). In queste madri adolescenti mancava quella che Winnicott (1965) definisce preoccupazione materna primaria, ovvero era compromessa la sintonizzazione affettiva che permette di decodificare i segnali e i bisogni del bambino all'interno della diade. I cambiamenti psicologici che normalmente avvengono nel corso della gravidanza sono spesso respinti e l'esperienza della maternità non presenta alcun processo di mentalizzazione. Più in generale tutti questi elementi rendono il vissuto delle adolescenti distaccato, come se l'evento fosse esterno e il bambino un peso nel loro corpo, una sorta di «appendice materna» (Tambelli et al., 2006).

Per quanto riguarda le valutazioni dei Modelli Operativi Interni di attaccamento ottenute con l'AAI, è stata rilevata nelle madri adolescenti una prevalenza del modello distanziante e una minore frequenza del modello sicuro/autonomo (Ierardi et al., 2018; Tambelli et al., 2006).

Infine, nel campione di madri adolescenti è emersa una tendenza all'associazione tra rappresentazioni materne ristrette e modello di attaccamento distanziante, relazione invece assente all'interno del gruppo delle madri adulte (Tambelli et al., 2006).

I risultati dello studio hanno sottolineato la necessità di promuovere programmi di sostegno alla genitorialità per le madri adolescenti, con focus diversi in relazione alle specifiche caratteristiche delle dinamiche personali, interpersonali e sociali delle ragazze tra cui: supportare le giovani madri e stimolare la loro disponibilità emotiva, incrementare la loro capacità di mentalizzazione, promuovere la capacità di regolazione emotiva, la sensibilità materna e la capacità di rispondere ai bisogni del bambino (Ierardi et al., 2018; Tambelli et al., 2006).

Tuttavia, le difficoltà non si concludono negli anni dell'adolescenza. Come adulte, le giovani mamme tendono a sperimentare un sostegno sociale inadeguato, separazioni coniugali, relazioni a breve termine, storie di abuso di sostanze, un livello minore di educazione e uno stipendio più basso (Furstenberg & Harris, 1993; Jaffee, Caspi, Moffitt, Belsky, & Silva, 2001).

La genitorialità precoce, oltre che costituire un rischio per le giovani madri, può influire in termini di esiti avversi sullo sviluppo del bambino sia a medio, sia a lungo termine (Ierardi et al., 2018; Levine, Emery, & Pollack, 2007). Successivamente alla prima infanzia, i figli di madri adolescenti, quando confrontati con i figli di madri adulte, presentano infatti più probabilità di mostrare disturbi della condotta, basso rendimento scolastico e ritardo nello sviluppo cognitivo, linguistico ed emotivo (Whitman, Borkowski, & Weed, 2001). In adolescenza questi bambini hanno un più elevato rischio di diventare loro stessi genitori adolescenti (secondo un pattern di nascite precoci attraverso le generazioni), non conseguire elevati livelli di istruzione e mostrare psicopatologie e comportamenti antisociali (Francesconi, 2008; Hoffman & Maynard, 2008; Klein, 2005).

Sebbene molti genitori adolescenti vivano in forti condizioni di stress a causa delle scarse risorse economiche, supporti sociali, familiari o educativi, è importante riconoscere che molti di loro sono in grado di affrontare la gravidanza e la successiva genitorialità senza grandi criticità (Mayers & Siegler, 2004). Osofsky, Hann, e Peebles (1993) riportano, in questi casi, la presenza di alcuni fattori protettivi che correlano con una genitorialità positiva e sembrano aumentare la resilienza dei genitori adolescenti: relazioni adeguate con i propri genitori e un buon supporto da parte loro, un buon supporto sociale, la capacità di continuare a perseguire gli obiettivi educativi, una relazione stabile con il padre del bambino, un alto livello di autostima, buone capacità di *problem-solving* e un bambino con un temperamento facile da gestire (Osofsky et al., 1993).

3.3 Supporto sociale e intervento psicologico

L'interesse per i fattori che predispongono le giovani donne alla maternità adolescenziale e alle conseguenze per loro e per i loro figli ha posto l'accento sugli aspetti negativi della gravidanza adolescenziale, dal momento che essa risulta più spesso correlata con fattori quali la povertà, il basso livello di istruzione, la disoccupazione, il contesto familiare, le difficoltà emotive e/o psicologiche e una storia di abusi (Bunting & McAuley, 2004). Altri importanti fattori di rischio del periodo post-natale includono la depressione post partum, l'assenza di un partner, l'isolamento sociale e la percezione di un più ampio scarso supporto sociale (Birkeland, Thompson, & Phares, 2005; Riva Crugnola et al., 2014; Secco, et al., 2007).

Oltre all'individuazione dei fattori di rischio ambientali e sociali si è cercato di formulare programmi di prevenzione, intervento e supporto sociale alle madri adolescenti (Ammaniti, 2009). Indipendentemente dal tipo di strategie o interventi è importante che questi vengano

messi in atto precocemente e che agiscano trasversalmente su più fronti (Marchegiani & Grasso, 2007).

In primo luogo, il supporto sociale tende a migliorare molti degli esiti negativi associati alla genitorialità adolescenziale (Furstenberg & Crawford, 1987; Barth, Schinke, & Maxwell, 1983). Marchegiani e Grasso (2007) sottolineano la necessità di calibrare l'intervento tenendo conto delle caratteristiche peculiari dei genitori adolescenti. In particolare, per quanto riguarda il sostegno sociale, le giovani mamme tendono a ricercare supporto sociale con modalità ancora infantili che si basano esclusivamente sulla richiesta di soluzione di problemi concreti (come, per esempio, la ricerca di un lavoro o di una casa) e su una scarsa consapevolezza rispetto alla necessità di un loro impegno e coinvolgimento nel percorso di intervento. Tale atteggiamento le porta ad accettare con difficoltà interventi di tipo psicopedagogico, che richiedono partecipazione da parte della giovane (Marchegiani et al., 2007). Esistono tre forme diverse, ma complementari, di sostegno sociale alle madri adolescenti: le famiglie, i partner e i coetanei (Bunting et al., 2004).

Il sostegno familiare è particolarmente importante per le madri adolescenti e si è scoperto che abbia un'influenza positiva sui comportamenti e sulle pratiche genitoriali stesse. Le giovani si riferiscono alle proprie madri prevalentemente per ricevere aiuto con i figli e per avere un sostegno emotivo e finanziario (Dellman-Jenkins, Hagey Sattler, & Richardson, 1993). Tuttavia, sostegno e conflitto non si escludono a vicenda, essendo la relazione madre-figlia citata come la fonte più frequente di conflitto, nonché come fonte più frequente di sostegno. Infatti, sebbene il sostegno da parte dei membri della famiglia sia prezioso per le madri adolescenti, lo scambio è talvolta complesso, e il conflitto interpersonale annulla parte dell'impatto positivo (Bunting et al., 2004; Nitz, Ketterlinus, & Brandt, 1995). Inoltre, sebbene il sostegno delle madri aiuti le adolescenti ad essere madri migliori, il processo non è per loro privo di sfide ed ostacoli. Il fatto che più tipi di supporto materno siano associati positivamente al comportamento genitoriale, ma negativamente all'esperienza genitoriale, è un dato interessante, e suggerisce che i consigli e l'assistenza possono essere percepiti come invadenti dall'adolescente (Bunting et al., 2004). Ciò è legato probabilmente al fatto che entro la tarda adolescenza il bisogno di sostegno e quello di indipendenza entrano in conflitto, risultando in una riduzione dei benefici di tale sostegno nel tempo (Caldwell & Antonucci, 1997). I fratelli sono una fonte sia di sostegno che di stress, ma, nonostante ciò, nel complesso, reti di supporto più ampie a livello familiare si sono rivelate più vantaggiose per le esperienze e il comportamento genitoriale delle madri adolescenti (Bunting et al., 2004).

Il sostegno da parte dei partner maschi è stato collegato a migliori esiti finanziari e psicologici per le madri adolescenti, oltre ad avere un'influenza positiva sui comportamenti genitoriali stessi. Sia che esso provenga dal padre biologico del bambino o da un altro significativo è correlato ad un più elevato benessere psicologico, aumentando l'autostima dell'adolescente e riducendo la sintomatologia depressiva, oltre ad una migliore situazione economica specialmente nei casi di convivenza e/o matrimonio (Bunting et al., 2004). Il sostegno dei partner, in particolare, diventa sempre più importante per le madri adolescenti nel corso del tempo, essendo una fonte di socializzazione e *feedback* positivo (Gee & Rhodes, 1999). Con lo stabilizzarsi della relazione le giovani si rivolgono al partner, da cui deriva sempre maggiore supporto, benché i genitori dell'adolescente rimangano ancora le figure più importanti delle reti di sostegno (Bunting et al., 2004).

Infine, il supporto emotivo dei pari è importante. Gli amici condividono con le madri adolescenti attività sociali, forniscono riscontri e consigli positivi in relazioni in cui il conflitto tipico delle relazioni familiari è assente, diventando per le giovani madri un fattore di protezione dalle pressioni e dalle problematiche della vita familiare e contribuendo a diminuire lo stress genitoriale (Voight, Hans, & Bernstein, 1996; Dellman-Jenkins et al., 1993).

Gran parte degli interventi attingono al background teorico della teoria dell'attaccamento (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1996; Main, 2008), intervenendo sulla promozione della sensibilità e responsività e della sicurezza dell'attaccamento infantile. I trattamenti di questo tipo sono prevalentemente di tipo psicoeducativo, volti a rafforzare la capacità di leggere adeguatamente i segnali del bambino e di rispondervi in maniera pronta e adeguata. Un esempio di questo modello di intervento è il VIPP (*Video Intervention to promote Positive Parenting*), messo a punto da Juffer, van IJzendoorn e Bakermans-Kranenburg (1997). Utilizzando la tecnica del video-feedback viene stimolata la capacità della madre di percepire i segnali del bambino e si offrono indicazioni sulle strategie di cura (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2005). Un analogo modello di intervento che ha l'obiettivo di aumentare la sensibilità materna attraverso l'osservazione del comportamento tramite video-feedback è quello di Guida all'interazione, messo a punto da McDonough e rivolto a famiglie multiproblematiche (Mayers et al., 2004).

Rispetto all'obiettivo di sviluppare le rappresentazioni genitoriali, la teoria dell'attaccamento che fa capo ai lavori di Main (2008), Breterthon (1999) e Fonagy (1999; 2001) ha proposto modelli di intervento focalizzati sulla discussione con il genitore circa le proprie esperienze infantili di attaccamento, in cui l'operatore assume il ruolo di base sicura, cosicché il genitore

possa esplorare il proprio mondo interiore. In tale ottica Van IJzendoorn e Bakermans-Kranenburg (2005) hanno sviluppato un'estensione del modello VIPP, ovvero il VIPP-R, che comprende la registrazione con *video-feedback* delle interazioni madre adolescente-bambino e discussioni con la madre su vari aspetti dello sviluppo del figlio, introducendo anche un elemento di riflessione sulle esperienze infantili e attuali del genitore, che ha l'obiettivo di aiutarlo a riconsiderare le proprie esperienze passate per migliorare il legame di attaccamento che sta sviluppando con il proprio bambino (Klein Velderman, Bakermans-Kranenburg, Juffer, & van IJzendoorn, 2006). L'efficacia dell'intervento e dunque il cambiamento delle rappresentazioni materne viene infine valutata attraverso la somministrazione dell'*Adult Attachment Interview* all'inizio e alla fine del trattamento. I risultati hanno confermato che questi interventi sono efficaci nel promuovere la sensibilità del genitore: il VIPP si è rivelato maggiormente efficace con madri distanzianti, mentre il VIPP-R con madri con attaccamento invischiato (Klein Velderman et al., 2006).

Sulla scorta delle ricerche condotte negli anni Settanta da Selma Fraiberg (1993) sulle fantasie e i «fantasmi» di esperienze infantili, Mayers e Siegler (2004) hanno sviluppato un modello di trattamento per le coppie madre-bambino sulla base di una valutazione clinica individuale dei loro bisogni. Le autrici hanno fornito loro un'esperienza basata sulle relazioni di cura, che definiscono *Mothering the Mother*, con l'obiettivo di giungere ad un coinvolgimento genitoriale più efficace da parte delle madri, poiché in grado di assorbire e incorporare questa esperienza. In particolare, ipotizzano che questo processo possa aiutarle a risvegliare due componenti essenziali per la buona genitorialità: l'empatia e il pensiero riflessivo (Mayers et al., 2004). Il trattamento è stato suddiviso in tre modelli terapeutici a seconda delle capacità genitoriali delle madri adolescenti. Il primo modello consiste nel *parent guidance*, un modello di orientamento educativo e di sviluppo per i genitori dedicato alle diadi «intatte» e alle madri che, seppur adolescenti, sembrano aver ricevuto una buona genitorialità e si presentano come buone madri impegnate e investite nella relazione con il proprio figlio, e aventi un adeguato supporto esterno. Il ruolo delle autrici è più marginale, ovvero rappresentano persone con conoscenze e competenze sull'infanzia, sullo sviluppo cerebrale e sulla genitorialità a cui le giovani madri possono attingere (Mayers et al., 2004). Il secondo modello è un modello di trattamento e di supporto dedicato alle madri le cui famiglie non sono in grado di fornire un buon sostegno esterno perché risentite e ostili, troppo coinvolte e intrusive o denigranti nei confronti della diade madre-bambino. Il trattamento si propone come un rifugio sicuro dove la madre e il bambino possono conoscersi e iniziare a costruire un attaccamento sano e sicuro, libero da interferenze e intrusioni esterne (Mayers et al., 2004). Il terzo modello è quello di

Infant-parent psychotherapy, offerto a quelle madri le cui vite sono segnate da traumi. Queste madri hanno partecipato ad un trattamento psicodinamico intensivo genitore-bambino che collegava il passato al presente (Mayers et al., 2004). Tutti gli interventi sono guidati dall'obiettivo di trasformare la reazione delle madri in pensiero riflessivo, ovvero sostituire risposte reattive con una riflessione su ciò che può passare per la mente del bambino. Ciò è possibile riconoscendo i sentimenti e le esperienze della madre, e allenandola a considerare il significato di tali sentimenti. Questo processo getta le basi per il secondo obiettivo, ovvero quello dell'acquisizione (o meglio espansione) dell'empatia (Mayers et al., 2004), ovvero la capacità di immaginare stati mentali in sé e negli altri (Fonagy et al., 2001). Queste capacità, come già ampiamente discusso precedentemente, sono essenziali per uno sviluppo mentale, emotivo e sociale sano.

Un ulteriore intervento rivolto specificamente a madri adolescenti è quello messo a punto da Slade e colleghi (2005). Il modello di intervento *Minding the Baby* ha l'obiettivo di migliorare la relazione di attaccamento e la salute mentale, fisica e socioemotiva delle giovani madri e dei loro bambini, in un contesto di alto rischio psicosociale (Slade, Sadler, & Mayers, 2005). L'obiettivo primario è quello di promuovere la funzione riflessiva materna, ovvero considerare il bambino come un soggetto pensante, dotato di un proprio mondo interno e di emozioni, per poter rispondervi in modo sensibile (Fonagy et al., 2002; Slade et al., 2005). L'intervento è strutturato in una serie di incontri di tipo *home visiting* con un'equipe multidisciplinare (pediatra e figure di assistenza sociale e clinica) (Slade et al., 2005).

In Italia, a partire dal 2007 sono stati realizzati percorsi di prevenzione e di supporto per le giovani mamme, come il Servizio SAGA (Servizio di Accompagnamento alla Genitorialità in Adolescenza), un servizio gratuito attuato grazie ad una collaborazione in rete tra servizi ospedalieri e territoriali (Moioli et al., 2021). Il SAGA, servendosi di un'equipe multidisciplinare, ha l'obiettivo di accompagnare e sostenere le madri adolescenti (tra gli 11 e i 21 anni) e i loro bambini nel periodo pre natale e nel periodo post natale per i primi due anni di vita del bambino. Gli obiettivi generali del servizio sono molteplici: la prevenzione del maltrattamento e della trascuratezza del bambino, la prevenzione delle problematiche psicopatologiche sia nella madre sia nel bambino, il supporto alla relazione madre-bambino nel primo anno di vita e il supporto per l'integrazione dell'esperienza della nascita con il processo di costruzione dell'identità (ancora in evoluzione) della giovane aumentando la sensibilità dei genitori ai bisogni del proprio bambino (Moioli et al., 2021).

Un altro programma attivato a livello nazionale è il Programma di *Home Visiting*, ideato dal gruppo di ricerca dell'Università degli Studi La Sapienza di Roma (Ammaniti, et al., 2006;

Prezza, Speranza, & Todini, 2006): si tratta di un intervento domiciliare volto al sostegno della genitorialità di madri a rischio psico-sociale e madri a rischio depressivo, che viene attuato durante la gravidanza fino alla conclusione del primo anno di vita del bambino. Tale progetto si pone l'obiettivo di sostenere il ruolo materno, l'interazione tra madre e bambino e il suo sviluppo socioemotivo. L'*Home Visiting* si è rivelato molto utile ed efficace a questo scopo: infatti, le madri che vi hanno preso parte sono risultate più sensibili e cooperative alle rilevazioni effettuate ai 6 e ai 12 mesi di vita del bambino (Ammaniti, et al., 2006).

3.4 Il ruolo del padre

La figura del padre adolescente è un ruolo poco indagato dalla letteratura di settore, soprattutto perché molto spesso assente nella vita della giovane madre e del figlio (Savio Beers & Hollo, 2009). Tuttavia, la presenza o assenza del padre influisce non solo direttamente, ma anche indirettamente sulla vita della madre e sullo sviluppo del bambino (Howard, Lefever, Borkowski, & Whitman, 2006). Il padre sembra ricoprire un ruolo importante innanzitutto nella decisione sul futuro del bambino al momento della scoperta della gravidanza. Dalle ricerche si evince che i giovani padri generalmente hanno qualche anno in più rispetto alla partner (Futris & Schoppe-Sullivan, 2007) e le loro caratteristiche sono simili a quelle delle madri adolescenti: hanno esperienze infantili negative, provengono spesso da contesti socioeconomici svantaggiati, hanno rapporti sessuali precoci, un basso livello di scolarità, minori opportunità lavorative e una elevata probabilità di disoccupazione (Bunting et al., 2004; Tan & Quinlivan, 2006). Spesso, anche a seguito della nascita del figlio, affrontano notevoli difficoltà psicologiche, emotive e sociali, presentando comportamenti aggressivi, delinquenziali e talvolta di abuso di alcol e droghe (Bunting et al., 2004). Tutte queste caratteristiche costituiscono una miriade di fattori di rischio che inevitabilmente influenzano lo sviluppo di un legame di attaccamento insicuro con il bambino, risultante da una scarsa sensibilità e disinvestimento emotivo da parte del giovane padre (Thompson & Crase, 2004). La figura del padre, tuttavia, sembra assumere un ruolo cruciale per la madre adolescente, in quanto importante fonte di supporto. Roye e Balk (1996), infatti, hanno definito gli effetti della presenza di un partner accanto alla madre adolescente in tre aree specifiche: l'area della formazione scolastica, l'area economica e l'area del benessere psicologico (Roye & Balk, 1996). Per quanto concerne l'area dell'istruzione, la presenza di un compagno è correlata al drop-out scolastico, cioè il non completamento degli studi da parte della ragazza soprattutto se il partner è il padre biologico del bambino. L'obiettivo di investire

negli studi è invece meglio sostenuto dalle figure genitoriali. Rispetto all'area economica se da un lato è emerso che convivere con un partner porta sostegno finanziario e benefici economici per la madre e il bambino, dall'altro il matrimonio non rappresenta automaticamente una soluzione alle difficoltà economiche, soprattutto tra le coppie adolescenti, in cui il tasso di divorzio entro i primi cinque anni di matrimonio è significativamente elevato. Infine, nell'area del benessere psicologico della madre adolescente è stato rilevato che il supporto del partner correla positivamente con la riduzione dei livelli di stress e di depressione, con l'aumento dell'autostima nella giovane e con l'aumento della soddisfazione circa la qualità della vita (Royce et al., 1996). Questo fa sì che le madri adolescenti si sentano più competenti nel ruolo di madre e conseguentemente forniscano un ambiente di cura più adeguato e responsivo al figlio (Thompson & Peebles-Wilkins, 1992).

L'effetto positivo della presenza del padre non si limita alla madre adolescente, ma si estende anche allo sviluppo socio-emotivo del bambino, che mostra un migliore sviluppo cognitivo e linguistico, ed è associata allo sviluppo di legami di attaccamento sicuri dei bambini sia verso la madre sia verso il padre, nonché una minore probabilità di comportamenti esternalizzanti (Black, Dubowitz, & Starr, 1999; Martin, Brazil, & Brooks-Gunn, 2013). Al contrario, quando la relazione tra i due partner è problematica o percepita negativamente, le giovani madri mostrano più sintomi depressivi e i figli maggiori problemi comportamentali (internalizzanti ed esternalizzanti) (Black, Papas, Hussey, Dubowitz, Kotch, & Starr, 2002).

L'importanza dell'attaccamento paterno e il ruolo svolto dal padre per lo sviluppo del figlio sono stati a lungo trascurati. Solo poche ricerche recenti sulla genitorialità in adolescenza hanno considerato il costrutto di *co-parenting* (cogenitorialità) e l'influenza che ha sulle dinamiche familiari e di coppia e sullo sviluppo del bambino stesso. Vengono definite *co-parenting* le modalità in cui madre e padre si relazionano tra loro e lavorano insieme nel proprio ruolo genitoriale e educativo, indipendentemente dal legame che intercorre nella coppia, mantenuto distinto (Feinberg & Kan, 2008). La relazione co-genitoriale è triadica, poiché comprende sia la relazione che si instaura con il figlio, sia quella tra i due genitori. Quando il *co-parenting* è positivo è associato a migliori capacità di cura nei confronti del bambino, mentre quando è conflittuale risulta associato a maggiori problematiche emotive e comportamentali del bambino (Lewin, Mitchell, Beers, Feinberg, & Minkovitz, 2012).

CONCLUSIONI

Il presente elaborato ha esplorato in profondità il complesso rapporto tra attaccamento, funzione riflessiva del Sé e lo sviluppo psicologico nei figli di madri adolescenti, evidenziando le sfide e le opportunità che caratterizzano la maternità precoce e le sue implicazioni a breve e lungo termine sul benessere dei bambini.

La teoria dell'attaccamento e la funzione riflessiva si sono dimostrati strumenti chiave per comprendere le dinamiche relazionali della diade madre adolescente-bambino. La costruzione del legame di attaccamento è fondamentale in quanto permette di costruire le basi di un'abilità molto importante per tutto l'arco della vita: la capacità di interpretare la mente degli altri potendo, di conseguenza, dare significato al proprio mondo interno (Marchetti et al., 2013). La teoria dell'attaccamento elaborata da John Bowlby (1969) ha avuto un ruolo cruciale nel campo della psicologia dello sviluppo, della psicoterapia e della psichiatria, poiché il legame di attaccamento tra *caregiver* e bambino, ovvero la prima relazione del bambino, è fondamentale per la costruzione della sua personalità. Il legame di attaccamento ha profonde radici e si sviluppa assai precocemente, svolgendo dunque un ruolo fondamentale nello sviluppo socio-emotivo dell'essere umano dalla nascita fino alla morte, mettendo in luce l'importanza della dimensione relazionale nello sviluppo. La tipologia di attaccamento sviluppata (Ainsworth et al., 1978; Main et al., 1990; Main et al., 1982) permette di identificare le rappresentazioni mentali che il bambino ha (e avrà) di se stesso, della sua figura di accudimento e della relazione sé-altro, che si strutturano nell'individuo in Modelli Operativi Interni, determinanti per la rappresentazione delle future relazioni con altri significativi (Bowlby, 2000).

La sicurezza dell'attaccamento, caratterizzata dalla presenza di un *caregiver* responsivo e sensibile, facilita lo sviluppo di un Sé coerente e la capacità di mentalizzazione, che sono fondamentali per la regolazione emotiva e il comportamento adattivo del bambino. Quando il legame d'attaccamento è insicuro o disorganizzato sorgono numerose difficoltà nello sviluppo dell'abilità di mentalizzazione, sia nei confronti degli altri, sia verso se stessi.

Appare quindi evidente come la relazione diadica con il *caregiver* sia centrale, proprio perché è al suo interno che emerge il Sé del bambino. Ciò avviene innanzitutto attraverso la simulazione incarnata, resa possibile dai neuroni specchio; in secondo luogo, attraverso la sintonizzazione affettiva, processo di conversione delle qualità percettive in affettive alla base dell'intersoggettività e attraverso l'acquisizione delle prime forme di regolazione emotiva; infine, attraverso l'acquisizione della funzione riflessiva, capacità che permette di attribuire

un significato al proprio e altrui comportamento e di cogliere gli stati psicologici che motivano l'agire a livello interpersonale (Ammaniti et al., 2014). In tutte le fasi dello sviluppo il genitore assume il ruolo di "regolatore delle emozioni" (Midgley, Vrouva, & Marchetti, 2014), poiché aiuta il bambino nell'organizzazione delle sue esperienze e comportamenti e ad integrarli nel proprio Sé. La validità interculturale e la continuità degli stili di attaccamento sono state confermate da numerosi studi, evidenziando l'importanza di un attaccamento sicuro per il benessere psicologico.

Come si evince, un buon legame con il proprio caregiver è fondamentale, non solo perché l'attaccamento è alla base di ogni relazione che l'individuo andrà a creare in futuro, ma anche perché se gli aspetti fondamentali della relazione con il *caregiver* vengono a mancare, lasciando spazio allo sviluppo di un attaccamento insicuro o disorganizzato, ciò aumenta la probabilità di sviluppare modalità disadattive o psicopatologie che compromettono la futura traiettoria di sviluppo e dunque potenzialmente la vita dell'individuo. Esistono infatti fattori importanti che possono minare lo sviluppo di un attaccamento sicuro e della funzione riflessiva, con conseguenze a livello di sviluppo socio-emotivo, della personalità, di autoefficacia e autostima. Un primo fattore è costituito dalle strategie di attaccamento disfunzionali e disadattive, ovvero l'attaccamento disorganizzato, che porta allo sviluppo di rappresentazioni mentali frammentate e incoerenti del Sé e degli altri, che si struttura ogni qualvolta il bambino è fortemente spaventato dal proprio *caregiver* (Main, 2008). Spesso le precondizioni per la disorganizzazione dell'attaccamento sono abuso, trascuratezza e/o maltrattamento infantile, che può talvolta assumere un'evoluzione traumatica. Il Disturbo da trauma evolutivo complesso, compromettendo, tra altre, le aree dell'attaccamento, della sintonizzazione affettiva e del senso del sé, ha profonde implicazioni sulle capacità di mentalizzazione del bambino e l'organizzazione del Sé. Esso, infatti, assume le sembianze di un falso Sé o di un Sé alieno (Fonagy et al., 2002), favorendo la vulnerabilità verso lo sviluppo di future psicopatologie.

Tutti queste riflessioni riportano al cuore della dissertazione, ovvero la problematicità per le madri adolescenti di portare a termine tutte queste delicate funzioni cui un genitore (normalmente adulto) riesce ad assolvere. Gli adolescenti non sono generalmente preparati fisiologicamente, emotivamente, cognitivamente ed economicamente alle responsabilità che accompagnano la genitorialità. L'adolescenza si configura come un periodo di tumultuosi cambiamenti a livello neurologico, psichico e relazionale. Il binomio madre-adolescente rappresenta una duplice condizione, definita «asincronia evolutiva» (Connolly et al., 2012) in cui il genitore adolescente deve guidare il proprio figlio attraverso un processo di sviluppo

prima ancora che il genitore stesso l'abbia concluso. La giovane è al contempo ancora coinvolta nel ruolo di figlia ma costretta ad assumere il ruolo di madre (Aiello et al., 2008). Le conseguenze di questa mancata elaborazione mentale ed emotiva dell'esperienza della gravidanza si concretizza talvolta nella compromissione evolutiva sia dell'adolescente sia del rapporto madre-figlio (Osofsky et al., 1992). I contributi teorici presentati confermano numerosi aspetti di criticità.

La responsività delle madri adolescenti è minore rispetto alle madri adulte e caratterizzata da una minore condivisione di stati affettivi coordinati positivi e scarsa disponibilità emotiva, che ha effetti importanti sullo sviluppo socio-emotivo del bambino a livello di regolazione delle emozioni e di comunicazione affettiva, dando vita a relazioni più povere e più limitate sul piano verbale. Le madri adolescenti sono più vulnerabili allo sviluppo di psicopatologie e più esposte al rischio di depressione, scarsa autostima e diffusione dell'identità (Osofsky et al., 1993; Reid et al., 2007; Secco, et al., 2007). La facoltà del bambino di poter condividere con il *caregiver* gli stati affettivi positivi è un'esperienza che contribuisce in modo sostanziale ed essenziale alla formazione dei primi nuclei del Sé infantile (Stern, 1985). In effetti, la presenza di stati affettivi non coordinati ha un effetto disorganizzante sullo sviluppo (Lyons-Ruth, 2003): infatti, i figli di madri adolescenti presentano modelli di attaccamento insicuro di tipo evitante, ambivalente e/o disorganizzato in misura maggiore rispetto ai figli di madri adulte. Anche le rappresentazioni materne durante la gravidanza sono perlopiù ristrette e non integrate per le madri adolescenti: il vissuto delle adolescenti risulta distaccato e il bambino viene spesso rappresentato come un'«appendice materna» (Tambelli et al., 2006).

La genitorialità precoce influisce a medio e a lungo termine sullo sviluppo del bambino, così come su quello della madre (Ierardi et al., 2018; Levine et al., 2007). I figli di madri adolescenti hanno in futuro maggiori probabilità di mostrare disturbi della condotta, basso rendimento scolastico, ritardo nello sviluppo cognitivo, linguistico ed emotivo (Whitman et al., 2001), un più elevato rischio di diventare loro stessi genitori adolescenti, non conseguire elevati livelli di istruzione e sviluppare psicopatologie e/o comportamenti antisociali (Francesconi, 2008; Hoffman et al., 2008; Klein, 2005). Come adulte, le giovani madri sperimentano spesso un sostegno sociale inadeguato, separazione coniugale, relazioni a breve termine, un livello minore di educazione e uno stipendio più basso (Furstenberg et al., 1993; Jaffee et al., 2001).

Il profilo delle diadi con madri adolescenti risulta pertanto, nel complesso, meno adeguato rispetto a quello delle diadi con madri adulte, e la giovane età della madre può costituire un

importante fattore di rischio per lo sviluppo di un attaccamento sicuro e per lo sviluppo del Sé riflessivo.

La maternità adolescenziale, pur rappresentando una sfida significativa, non preclude necessariamente alle madri la possibilità di stabilire legami affettivi positivi e sicuri con i propri figli. Tuttavia, per raggiungere questo obiettivo, è fondamentale fornire alle madri adolescenti interventi di supporto sociale e psicologico, mirati a potenziare le capacità genitoriali e a rafforzare il legame d'attaccamento con i propri figli, che si sono rivelati efficaci per garantire a entrambi uno sviluppo migliore. Il supporto sociale si basa sul sostegno familiare, del partner e dei pari (Bunting et al., 2004): tutti, in modo complementare, agiscono per migliorare molti degli esiti negativi associati alla genitorialità adolescenziale, come la povertà, il basso livello di istruzione, la disoccupazione e le difficoltà emotive e/o psicologiche (Furstenberg et al., 1987; Barth et al., 1983). Nello specifico, il sostegno da parte del partner si è rivelato particolarmente importante, sia per la giovane madre, sia per il bambino. La madre adolescente ne trae beneficio oltre che a livello economico, anche a livello psicologico: la presenza del partner correla positivamente con la riduzione di stress e di depressione, con l'aumento dell'autostima e con l'aumento della soddisfazione circa la qualità della vita (Royce et al., 1996). Le adolescenti si sentono più competenti nel ruolo di madre e conseguentemente forniscono un ambiente di cura più adeguato al figlio. Gli effetti positivi della presenza del padre si estende allo sviluppo socio-emotivo e cognitivo del bambino e correla con lo sviluppo di un attaccamento sicuro nel bambino (Black et al., 1999; Martin et al., 2013).

Infine, gli interventi psicologici e psicoeducativi sono diretti prevalentemente alla promozione della sensibilità, della responsività e del pensiero riflessivo della madre. Modelli di intervento di questo tipo, come il *Video Intervention to promote Positive Parenting* (Juffer et al., 2005), il VIPP-R (Klein Velderman et al., 2006), il *Mothering the Mother* (Mayers et al., 2004) e il *Minding the Baby* (Slade et al., 2005), si sono dimostrati efficaci per sviluppare la funzione riflessiva materna e l'empatia a rafforzare il legame d'attaccamento nella diade.

Questo studio intende aggiungere valore alla comprensione delle dinamiche relazionali delle diadi con madri adolescenti e delle strategie di intervento che possono migliorare il benessere psicologico delle giovani madri e dei loro bambini. La ricerca futura potrebbe ulteriormente approfondire l'importanza dell'attaccamento paterno, a lungo trascurato dalla ricerca, e del ruolo svolto dal padre: una base sicura che affianca la madre nella funzione di crescere il figlio nelle attività di esplorazione e nello sviluppo dell'autonomia (Baldoni, 2005).

Bibliografia

- Aiello, R., & Lancaster, S. (2008). Influence of adolescent maternal characteristics on infant development. *Infant Mental Health Journal*, 28(5), 496-516.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40(4), 969-1025.
- Ainsworth, M. D. S. (1985). Patterns of attachment. *The Clinical Psychologist*, 38(2), 27-29.
- Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris, *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). London: Routledge.
- Ainsworth, M. D. S., & Wittig, B. A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In B. M. Foss (A cura di), *Determinants of infant behaviour: IV. Based on the Proceedings of the Fourth Tavistock Study Group on Mother-Infant Interaction held at the House of the Ciba Foundation, London, September 1965*. (pp. 113-136). Methuen: Tavistock Institute of Human Relations.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1971). Individual differences in strange-situation behavior of one-year-olds. In H. R. Schaffer (A cura di), *The origins of human social relations*. New York: Academic Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale: New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (A cura di). (2008). *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*. Bologna: Il Mulino.
- American Psychiatric Association. (2023). *DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Text Revision*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ammaniti, M. (2002). *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ammaniti, M. (A cura di). (2009). *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorici e percorsi a rischio*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ammaniti, M., & Gallese, V. (2014). *La nascita della intersoggettività. Lo sviluppo del sé tra psicodinamica e neurobiologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ammaniti, M., & Stern, D. N. (1991). *Rappresentazioni e narrazioni*. Bari: Laterza.
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Pola, M., & Tambelli, R. (1995). Continuità e cambiamento fra gravidanza, in interazioni precoci ed attaccamento infantile. In A.

- Guareschi Cazzullo, C. Lenti, & M. C. Musetti (A cura di), *Processi mentali in età evolutiva* (pp. 25-37). Milano: Franco Angeli.
- Ammaniti, M., Candelori, C., & Speranza, A. M. (1997). Dinamiche psicologiche e culturali delle gravidanze in adolescenza: indagine in un campione italiano. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 64(2), 161-171.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Dazzi, N., De Coro, A., Muscetta, S., Ortu, F., & Pola, M. (1990). *IAL.: Intervista sull'Attaccamento nella Latenza (AICA, Attachment Interview for Childhood and Adolescence)*. Protocollo non pubblicato. Roma: Università degli Studi di Roma "La Sapienza".
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., & Tambelli, R. (1995). *Maternità e Gravidanza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ammaniti, M., Speranza, A. M., Tambelli, R., Muscetta, S., Lucarelli, L., Vismara, L., Odorisio F., Cimino, S. (2006). A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 70-90.
- Ammaniti, M., Van IJzendoorn, M. H., Speranza, A. M., & Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: An exploration of stability and change. *Attachment & Human Development*, 2(3), 328-346.
- Ardito, R. B. (2012). La ricerca sull'attaccamento nell'adulto: l'Adult Attachment Interview. *Rivista per le Medical Humanities*, 22, 29-33.
- Baldoni, F. (2005). Aggressività, comportamento antisociale e attaccamento. In G. Crocetti, & D. Galassi (A cura di), *Bulli marionette. Bullismi nella cultura del disagio impossibile* (pp. 39-67). Bologna: Pendragon.
- Baldoni, F. (2007). Modelli operativi interni e relazioni di attaccamento in preadolescenza. In G. Crocetti, & R. Agosta (A cura di), *Preadolescenza. Il bambino caduto dalle fiabe. Teoria della clinica e prassi psicoterapeutica* (pp. 54-77). Bologna: Pendragon.
- Baldoni, F. (2008). Alle origini del trauma: confusione delle lingue e fallimento della funzione riflessiva. In G. Crocetti, & A. Zarri (A cura di), *Gli dei della notte sulle sorgenti della vita, il trauma precoce dalla coppia madre al bambino* (pp. 137-159). Bologna: Pendragon.
- Baldoni, F. (2013). La funzione adattiva della disperazione nel fallimento delle strategie di attaccamento: una prospettiva Dinamico-Maturativa. In C. G. Caretti V., *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica* (pp. 215-236). Roma: Astrolabio.

- Baldoni, F. (2014). Mentalizzazione e integrazione psicosomatica del Sé. In G. Northoff, M. Farinelli, R. Chattat, & F. Baldoni (A cura di), *La plasticità del Sé. un approccio neuropsicodinamico* (pp. 93-130). Bologna: Il Mulino.
- Baldoni, F. (2015). Aggressività, attaccamento e mentalizzazione. *Contrappunto*, 51-52, 9-44.
- Baldoni, F., Minghetti, M., & Facondini, E. (2012). Trasmissione dell'attaccamento e Modello Dinamico-Maturativo. In L. Cena, A. Imbasciati, & F. Baldoni, *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori. La ricerca clinica per l'intervento* (pp. 183-196). Milano: Springer-Verlag.
- Barnea-Goraly, N., Menon, V., Eckert, M., Tamm, L., Bammer, R., Karchemskiy, A., Dant, C. C., Reiss, A. L. (2005). White matter development during childhood and adolescence: a cross-sectional diffusion tensor imaging study. *Cerebral cortex*, 15(12), 1848-1854.
- Barone, L., & Lionetti, F. (2013). Quando l'attaccamento si disorganizza. Indicatori e fattori di rischio dell'esperienza traumatica nel ciclo di vita. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 1, 3-26.
- Barth, R. P., Schinke, S. P., & Mazwell, J. S. (1983). Psychological correlates of teenage motherhood. *Journal of Youth and Adolescence*, 12(6), 471-487.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2005). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*. Milano: Raffaello Cortina.
- Benoit, D., Parker, K., & Zeanah, C. H. (1997). Mother's representation of the their infants assessed prenatally: Stability and association with infants' attachment classifications. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(3), 307-316.
- Bion, W. R. (2009). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando.
- Birkeland, R., Thompson, J., & Phares, V. (2005). Adolescent motherhood and postpartum depression. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*, 34(2), 292-300.
- Black, M., Dubowitz, H., & Starr, R. H. (1999). African American fathers in low income, urban families: Development, behavior, and home environment of their three year old children. *Child Development*, 70(4), 967-978.
- Black, M., Papas, M. A., Hussey, J. M., Dubowitz, H., Kotch, J. B., & Starr, R. H. (2002). Behavior problems among preschool children born to adolescent mothers: Effects of maternal depression and perceptions of partner relationships. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31(1), 16-26.
- Bowlby, J. (1996). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.

- Bowlby, J. (1999). *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby, J. (2000). *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (A cura di), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 89-111). New York, NY: Guilford Press.
- Bunting, L., & McAuley, C. (2004). Research Review: Teenage pregnancy and motherhood: the contribution of support. *Child & Family Social Work, 9*(2), 207-215.
- Caldwell, C. H., & Antonucci, T. C. (1997). Childbearing during adolescence: mental health risks and opportunities. In J. Schulenberg, J. L. Maggs, & K. Hurrelmann, *Health Risks and Developmental Transitions during Adolescence* (pp. 220-245). Cambridge: Cambridge University Press.
- Camisasca, E., Miragoli, S., & Di Blasio, P. (2014). La disorganizzazione dell'attaccamento spiega i sintomi post-traumatici nei bambini vittime di violenza? *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia, 16*(2), 35-55.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology, 25*(4), 525-531.
- Casey, B. J., Giedd, J. N., & Thomas, K. M. (2000). Structural and functional brain development and its relation to cognitive development. *Biological psychology, 54*(1-3), 241-257.
- Connolly, J., Heifetz, M., & Bohr, Y. (2012). Pregnancy and Motherhood Among Adolescent Girls in Child Protective Services: A Meta-Synthesis of Qualitative Research. *Journal of Public Child Welfare, 6*(5), 614-635.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*(5), 390-398.
- Cramer, B., & Robert-Tissot, C. (2000). Evaluating mother-infant psychotherapies: Bridging the gap between clinicians and research. In J. D. Osofsky, & H. E. Fitzgerald (A cura di), *WAIMH Handbook of Infant Mental Health. Early intervention, evaluation, and assessment*. Hoboken, NJ: Wiley.

- Crittenden, P. M. (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 26(1), 85-96.
- Crittenden, P. M. (1992). Quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology*, 4(2), 209-241.
- Crittenden, P. M. (A cura di). (1994). *Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*. Milano: Guerini e Associati.
- Crittenden, P. M. (1997). *School-age assessment of Attachment Coding Manual*. Miami, FL: Unpublished manuscript.
- Crittenden, P. M. (1997). Toward an integrative theory of trauma: A dynamic-maturation approach. In D. Cicchetti, & S. L. Toth, *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention* (pp. 33-84). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Crittenden, P. M. (2005). *Transition to Adulthood Attachment Interview (TAAI)*. Miami, FL: Unpublished manuscript.
- Crittenden, P. M. (2008). *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Culp, A. M., Culp, R. E., Blankemeyer, M., & Passmark, L. (1998). Parent education home visitation program: adolescent and nonadolescent mother comparison after six months of intervention. *Infant Ment Health Journal*, 19(2), 111-123.
- Culp, R. E., Appelbaum, M. I., Osofsky, J. D., & Levy, J. A. (1988). Adolescent and older mothers: Comparison between prenatal maternal variables and newborn interaction measures. *Infant Behavior & Development*, 11(3), 353-362.
- Dellman-Jenkins, M., Hagey Sattler, L., & Richardson, R. (1993). Adolescent parenting: a positive and intergenerational approach. *Families in Society: The Journal of Contemporary Home Services*, 74(10), 590-601.
- Farsi, R. (2021). Il falso sé nel setting psicoanalitico. *Psico-Pratika*(175), p. 1-5.
- Feinberg, M. E., & Kan, M. L. (2008). Establishing family foundations: intervention effects on coparenting, parent/infant well-being, and parent-child relations. *Journal of family psychology*, 22(2), 253-263.
- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (1999). Maternal age and educational and psychosocial outcomes in early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 479-489.
- Fonagy, P. (1998). Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19(2), 124-150.

- Fonagy, P. (1999). La teoria psicoanalitica dal punto di vista della teoria e della ricerca sull'attaccamento. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (A cura di), *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche* (pp. 674-706). Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy, P., & Target, M. (2004). *Psicopatologia evolutiva. Le teorie psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development, 62*(5), 891-905.
- Fonagy, P., Steele, H., Moran, G. S., Steele, M., & Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal, 201-218*.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, M., Steele, H., Leith, T., Levinson, A., & Kennedy, R. (1997). Crime and attachment: morality, disruptive behavior, borderline personality, crime, and their relationships to security of attachment. In L. Atkinson, & K. J. Zuker, *Attachment and psychopathology* (pp. 223-274). New York, NY: Guilford Press.
- Francesconi, M. (2008). Adult outcomes for children of teenage mothers. *The Scandinavian Journal of Economics, 110*(1), 93-117.
- Freitag, M. K., Belsky, J., Grossmann, K., Grossmann, K. E., & Scheuerer-Englisch, H. (1996). Continuity in parent-child relationships from infancy to middle childhood and relations with friendship competence. *Child Development, 67*(4), 1437-1454.
- Furstenberg, F. F., & Crawford, A. G. (1987). Family support: helping teenage mothers to cope. *Family Planning Perspectives, 10*(6), 322-333.
- Furstenberg, F. F., & Harris, K. (1993). When fathers matter/why fathers matter: the impact of paternal involvement on the offspring of adolescent mothers. In A. Lawson, & D. Rhode, *The Politics of Pregnancy. Adolescent sexuality and public policy* (pp. 189-215). New Haven: Yale University Press.
- Futris, T. G., & Schoppe-Sullivan, S. J. (2007). Mothers' perceptions of barriers, parenting alliance, and adolescent fathers' engagement with their children. *Family Relations, 56*(3), 258-269.

- Gazzotti, S., Spinelli, M., Albizzati, A., & Riva Crugnola, C. (2010). Maternità in età adolescenziale: attaccamento materno, stili di interazione, stati affettivi e coordinazione affettiva madre-bambino. *Età evolutiva*, 96, 64-74.
- Gee, C. B., & Rhodes, J. E. (1999). Postpartum transitions in adolescent mothers: romantic and maternal relationships. *Merrill-Palmer Quarterly*, 45(3), 512-532.
- George, C., Main, M., & Kaplan, N. (1985). *Adult Attachment Interview (AAI)*. University of California, Berkeley, CA: APA PsycTests.
- Giedd, J. N. (2008). The teen brain: insights from neuroimaging. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 42(4), 335-343.
- Gogtay, N., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., Vaituzis, A. C., Nugent, T. F. 3rd, Herman, D. H., Clasen, L. S., Toga, A. W., Rapoport, J. L., Thompson, P. M. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(21), 8174-8179.
- Hamilton, B. E., Miniño, A. M., Martin, J. A., Kochanek, K. D., Strobino, D. M., & Guyer, B. (2007). Annual summary of vital statistics: 2005. *Pediatrics*, 119(2), 345-360.
- Hamilton, C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development*, 71(3), 690-694.
- Hann, D., Osofsky, J., & Culp, A. (1996). Relating the adolescent mother-child relationship to preschool outcomes. *Infant Mental Health Journal*, 17(4), 302-309.
- Havighurst, R. J. (1948). *Developmental tasks and education*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: description, discussion, and interpretations. *Development and psychopathology*, 18(2), 309-343.
- Hoffman, S. D., & Maynard, R. A. (2008). *Kids having kids: Economic costs and social consequences of teen pregnancy (2nd ed.)*. Washington, D.C.: Urban Institute Press.
- Howard, K. S., Lefever, J. E., Borkowski, J. G., & Whitman, T. L. (2006). Fathers' influence in the lives of children with adolescent mothers. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 468-476.
- Ierardi, E., Gazzotti, S., Albizzati, A., & Riva Crugnola, C. (2018). Disponibilità emotiva e attaccamento materno in diadi con madri adolescenti e diadi con madri adulte nelle interazioni a 3 mesi. *Psicologia clinica dello sviluppo*, XIX(1), 93-114.

- Jaffee, S., Caspi, A., Moffitt, T., Belsky, J., & Silva, P. (2001). Why are children born to teen mothers at risk for adverse outcomes in young adulthood? Results from a 20-year longitudinal study. *Development and Psychopathology*, *13*(2), 377-397.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*(3), 263-274.
- Juffer, F., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1997). Intervention in transmission of insecure attachment: a case study. *Psychol Reports*, *80*(2), 531-543.
- Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2006). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: Differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology*, *20*(2), 266-274.
- Klein, J. D. (2005). Adolescent pregnancy: Current trends and issues. *Pediatrics*, *116*(1), 281-286.
- Le Van, C. (1998). *Le grossesses à l'adolescence normes sociales, réalités vécues*. Paris: L'Harmattan.
- Levine, J. A., Emery, C. R., & Pollack, H. (2007). The Well-Being of Children Born to Teen Mothers. *Journal of Marriage and Family*, *69*(1), 105-122.
- Lewin, A., Mitchell, S. J., Beers, L. S., Feinberg, M. E., & Minkovitz, C. S. (2012). Coparenting in teen mothers and their children's fathers, evidence from the early childhood longitudinal study–birth cohort. *Academic Pediatrics*, *12*(6), 539-545.
- Lewin, K. (1999). *Il bambino nell'ambiente sociale*. Firenze: La nuova Italia.
- Lieberman, A. F., & Pawl, J. H. (1993). Infant–parent psychotherapy. In C. H. Zeanah, *Handbook of infant mental health* (p. 427-442). New York, NY: Guilford Press.
- Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. (1999a). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon, & C. George (A cura di), *Attachment disorganization* (pp. 291-317). New York, NY: Guilford Press.
- Liotti, G. (1999b). Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry*, *19*(5), 757-783.

- Liotti, G. (2000). Disorganized attachment, models of borderline states and evolutionary psychotherapy. In P. Gilbert, & K. G. Bailey, *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 232–256). London: Brunner-Routledge.
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of trauma & dissociation*, 7(4), 55-73.
- Lorber, R., Felton, D. K., & Reid, J. B. (1984). A social learning approach to the reduction of coercive processes in child abusive families: A molecular analysis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 6(1), 29-45.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(3), 67-96.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001). Dissociation in maltreated versus nonmaltreated preschool-aged children. *Child abuse & neglect*, 25(9), 1253-1267.
- Main, M. (1981). Avoidance in the service of attachment: A working paper. In K. Immelmann, G. Barlow, L. Petrino, & M. Main (A cura di), *Behavioral Development: the Bielefeld interdisciplinary project* (pp. 651-693). Cambridge: Cambridge University Press.
- Main, M. (2008). *L'attaccamento. Dal comportamento alla rappresentazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24(3), 415-426.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. Cummings (A cura di), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). Chicago: The University of Chicago Press.
- Main, M., & Stadtman, J. (1981). Infant response to rejection of physical contact with the mother: aggression, avoidance and conflict. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20(2), 292-307.
- Main, M., & Weston, D. R. (1981). The quality of the toddler's relationship's to mother and father: related to conflict behaviour and readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52(3), 932-940.

- Main, M., & Weston, D. R. (1982). Avoidance of the attachment figure in infancy: Descriptions and interpretations. In C. M. Parkes, & J. Stevenson-Hinde (A cura di), *The Place of Attachment in Human Behavior* (pp. 31-59). London: Tavistock.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66-104.
- Marchegiani, I., & Grasso, M. (2007). Gravidanze in adolescenza: un'indagine esplorativa. *Infanzia e adolescenza*, 6(3), 178-196.
- Marchetti, A., Bracaglia, E., Cavalli, G., & Valle, A. (2013). *Comportamenti a rischio e autolesivi in adolescenza. Il questionario RTSHIA di Vrouva, Fonagy, Fearon, Roussov*. Milano: Franco Angeli.
- Martin, A., Brazil, A., & Brooks-Gunn, J. (2013). The socioemotional outcomes of young children of teenage mothers by paternal coresidence. *Journal of Family Issues*, 34(9), 1217-1237.
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child development*, 73(5), 1525–1542.
- Mayers, H., & Siegler, A. L. (2004). Finding Each Other Using a Psychoanalytic-Developmental Perspective to Build Understanding and Strengthen Attachment Between Teenaged Mothers and Their Babies. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 3(4), 444-465.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Das Gupta, M., Fradley, E., & Tuckey, M. (2002). Maternal Mind-Mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development*, 73(6), 1715-1726.
- Metcalfe, J., & Mischel, W. (1999). A hot/cool-system analysis of delay of gratification: Dynamics of willpower. *Psychological Review*, 106(1), 3-19.
- Midgley, N., Vrouva, I., & Marchetti, A. (2014). *La mentalizzazione nel ciclo di vita. Interventi con bambini, genitorie insegnanti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Milan, S., Kershaw, T. S., Lewis, J., Westdahl, C., Schindler Rising, S., Patrikios, M., & Ickovics, J. R. (2007). Caregiving history and prenatal depressive symptoms in low-income adolescent and young adult women: moderating and mediating effects. *Psychology of Women Quarterly*, 31(3), 241-251.

- Moioli, M., Rossetti, E., Ierardi, E., Chisari, S., Albizzati, A., Gibelli, M., & Podestà, A. F. (2021). Genitorialità in adolescenza: esperienza possibile ma da accompagnare. *Pediatria*, *11*(9), 18-19.
- Moore, M. R., & Brooks-Gunn, J. (2002). Adolescent parenthood. In M. H. Bornstein (A cura di), *Handbook of parenting. Vol. 3: Being and becoming a parent (2nd ed.)* (pp. 173-214). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Moran, G., Forbes, L., Evans, E., Tarabulsky, G. M., & Madigan, S. (2008). Both maternal sensitivity and atypical maternal behavior independently predict attachment security and disorganization in adolescent mother-infant relationships. *Infant Behavior Development*, *31*(2), 321-325.
- Moses, L. J., Carlson, S. M., & Sabbagh, M. A. (2005). On the specificity of the relation between executive function and children's theories of mind. In W. Schneider, R. Schumann-Hengsteler, & B. Sodian (A cura di), *Young children's cognitive development: Interrelationships among executive functioning, working memory, verbal ability, and theory of mind* (pp. 131-145). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Nasreen, S. A., Haque, M., & Hasan, M. R. (2006). Pregnancy outcome in adolescent and adult - a case comparison study. *Mymensingh Medicine Journal*, *15*(1), 15-21.
- Nelson, E. E., Leibenluft, E., McClure, E. B., & Pine, D. S. (2005). The social re-orientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological medicine*, *35*(2), 163-174.
- Nitz, K., Ketterlinus, R. D., & Brandt, L. J. (1995). The role of stress, social support, and family environment in adolescent mothers' parenting. *Journal of Adolescent Research*, *10*(3), 358-382.
- Offer, D. (1991). Adolescent development: A normative perspective. In S. I. Greenspan, & G. H. Pollock, *The course of life, Vol. 4. Adolescence* (pp. 181-199). Madison, CT: International Universities Press.
- Osofsky, J. D. (1992). Sviluppo affettivo e relazioni precoci. In C. Riva Crugnola (A cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina.
- Osofsky, J. D., Hann, D. M., & Peebles, C. (1993). Adolescent parenthood: Risks and opportunities for mothers and infants. In C. H. Zeanah (A cura di), *Handbook of infant mental health* (pp. 106-119). New York, NY: Guilford Press.
- Palmonari, A. (2001). *Gli adolescenti*. Bologna: Il Mulino.

- Pines, D. (1977). On becoming a parent. *The Israel annals of psychiatry and related disciplines*, 15(2), 120-133.
- Poletti, M. (2009). Sviluppo cerebrale, funzioni esecutive e capacità decisionali in adolescenza. *Giornale italiano di psicologia*, 36(3), 535-564.
- Prezza, M., Speranza, A. M., & Todini, G. (2006). Gli interventi domiciliari per i primi anni di vita. In M. Prezza (A cura di), *Aiutare i neo-genitori in difficoltà. L'intervento di sostegno domiciliare*. Milano: Franco Angeli.
- Priel, B., & Besser, A. (2001). Bridging the gap between attachment and object relations theories: a study of transition to motherhood. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 85-100.
- Reid, V., & Meadows-Oliver, M. (2007). Postpartum depression in adolescent mothers: An integrative review of the literature. *Journal of Pediatric Health Care*, 21(5), 289-298.
- Rhule, D. M., McMahon, R. J., & Spieker, S. J. (2004). Relation of adolescent mothers' history of antisocial behavior to child conduct problems and social competence. *Journal of Clinical Child Adolescence of Psychology*, 33(3), 524-535.
- Riva Crugnola, C. (2002). Regolazione e comunicazione affettiva nelle prime relazioni tra bambino e genitori. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 3(3), 359-398.
- Riva Crugnola, C., 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 & Development*, 37(1), 44-56.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3(2), 131-41.
- Roye, C., & Balk, S. (1996). The relationship of partner support to outcomes for teenage mothers and their children: A review. *Journal of Adolescent Health*, 19(2), 86-93.
- Salerno, A., & Tosto, M. (2012). Processi di parenting e di adattamento al ruolo genitoriale in adolescenza. *Terapia Familiare*, 99(2), 55-73.
- Salerno, A., & Tosto, M. (2017). Le adolescenti e la sfida della maternità. *Psicologia Contemporanea*, 261, 36-40.
- Save the Children Italia Onlus. (2011). *Piccole mamme. Rapporto di Save the Children sulle mamme adolescenti in Italia*. Roma.
- Savio Beers, L. A., & Hollo, R. E. (2009). Approaching the adolescent-headed family: A review of teen parenting. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 39(9), 216-233.

- Secco, M. L., Profit, S., Kennedy, E., Walsh, A., Letourneau, N., & Stewart, M. (2007). Factors affecting postpartum depressive symptoms of adolescent mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 36(1), 47-54.
- Siegel, D. J. (2001). *La mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Slade, A., & Cohen, L. J. (1996). Processes of parenting and the remembrance of things past. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 217-238.
- Slade, A., Belsky, J., Aber, J. L., & Phelps, J. (1999). Mother's representation of their relationships with their toddlers: links to adult attachment and observed mothering. *Development Psychology*, 35(3), 611-619.
- Slade, A., Sadler, L. S., & Mayers, L. C. (2005). Minding the Baby: Enhancing Parental Reflective Functioning in a Nursing/Mental Health Home Visiting Program. In L. J. Berlin, L. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg, *Enhancing early attachments: theory, research, intervention, and policy* (pp. 152-174). New York, NY: Guilford Press.
- Sowell, E. R., Peterson, B. S., Thompson, P. M., Welcome, S. E., Henkenius, A. L., & Toga, A. W. (2003). Mapping cortical change across the human life span. *Nature neuroscience*, 6(3), 309-315.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7(4), 349-367.
- Steele, H., & Steele, M. (2008). On the origins of reflective functioning. In F. N. Busch (A cura di), *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications* (pp. 133-158). New York: Analytic Press.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69-74.
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal world of the infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology (1st ed.)*. London: Routledge.
- Stern, D. N. (2007). *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Stuss, D. T., & Knight, R. K. (2002). *Principles of frontal lobe function*. Oxford: Oxford University Press.
- Tambelli, R., Speranza, A. M., & Odorisio, F. (2006). Maternal representations and attachment models in pregnant adolescence. *Supplement to Infant Mental Health Journal*, 27 Issue 3A. Parigi.
- Tan, L. H., & Quinlivan, J. A. (2006). Domestic violence, single parenthood, and fathers in the setting of teenage pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 38(3), 201-207.

- Tani, F. (2011). I legami di attaccamento fra normalità e patologia: aspetti teorici e d'intervento. *Rivista di Psicoanalisi Neofreudiana* (1), 1-31.
- Thompson, M. S., & Peebles-Wilkins, W. (1992). The impact of formal, informal, and societal support networks on the psychological well-being of black adolescent mothers. *Social Work*, 37(4), 322-328.
- Thompson, S. D., & Crase, S. J. (2004). Fathers of infants born to adolescent mothers: A comparison with non-parenting male peers and adolescent mothers. *Children and Youth*, 26(5), 489-505.
- Toga, A. W., Thompson, P. M., & Sowell, E. R. (2006). Mapping brain maturation. *Trends in neurosciences*, 29(3), 148-159.
- Trivellato, P. (A cura di). (2002). *Giovani madri sole. Percorsi formativi e politiche di welfare per l'autonomia*. Roma: Carocci.
- Tronick, E. Z., & Weinberg, M. K. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. In L. Murray, & P. J. Cooper (A cura di), *Postpartum depression and child development* (pp. 54-81). New York, NY: Guilford Press.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Van IJzendoorn, M. H. (1992). Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in nonclinical populations. *Developmental Review*, 12(1), 76-99.
- Van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin*, 117(3), 387-403.
- Van IJzendoorn, M. H., Sagi-Schwartz, A., & Mesman, J. (2008). Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In J. Cassidy, & P. R. Shaver, *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.) (pp. 880-905). New York, NY: The Guilford Press.
- Van IJzendoorn, M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2005). Sensibilità materna e temperamento infantile nella formazione del legame di attaccamento. In R. Cassibba, & M. Van IJzendoorn (A cura di), *L'intervento clinico basato sull'attaccamento*. Bologna: Il Mulino.
- Voight, J. D., Hans, S. L., & Bernstein, V. J. (1996). Support networks of adolescent mothers: effects on parenting experience and behaviour. *Infant Mental Health Journal*, 17(1), 58-73.

- Ward, M. J., & Carlson, E. A. (1995). Associations among Adult Attachment Representations, Maternal Sensitivity, and Infant-Mother Attachment in a Sample of Adolescent Mothers. *Child Development, 66*(1), 69-79.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child development, 71*(3), 684-689.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development, 71*(3), 695-702.
- Whitman, T. L., Borkowski, J. G., & Weed, K. (2001). *Interwoven lives: Adolescent mothers and their children*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Penguin.
- Winnicott, D. W. (2004). La distorsione dell'Io in rapporto al vero e al falso Sé. In D. W. Winnicott, A. Nunziante Cesarò, & V. Boursier (A cura di), *Psicoanalisi dello sviluppo. Brani scelti* (pp. 170-182). Roma: Armando.
- World Health Organisation. (2006). *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generatine evidence*.
- Zimmermann, P., & Grossmann, K. E. (1997). Attachment and adaptation in adolescence. In W. Koops, J. B. Hoeksma, & D. C. van den Boom, *Development of interaction and attachment: Traditional and non-traditional approaches* (pp. 271-280). Amsterdam: North-Holland.
- Zimmermann, P., Fremmer-Bombik, E., Spangler, G., & Grossmann, K. E. (1997). Attachment in adolescence: A longitudinal perspective. In W. Koops, J. B. Hoeksma, & D. C. van den Boom, *Development of interaction and attachment: Traditional and non-traditional approaches* (pp. 281-292). Amsterdam: North-Holland.

RINGRAZIAMENTI

Voglio esprimere la mia più profonda e sincera gratitudine a tutti coloro che mi hanno accompagnata in questo percorso, che mi hanno sostenuta, ispirata e illuminata.

Innanzitutto, desidero ringraziare la mia relatrice, la Professoressa Cristofanelli, la cui competenza e disponibilità sono stati fondamentali per la realizzazione di questa tesi.

Grazie a voi mamma e papà. Voi che mi siete sempre accanto in modo incondizionato e quando la forza mi manca mi regalate la vostra per superare ogni difficoltà. Voi che mi avete insegnato ad affrontare le sfide malgrado la paura. Siete costantemente dediti a rendermi felice, e per questo vi sarò grata per sempre.

Grazie a mia sorella Vittoria, che amo con tutta me stessa e che mi ha fatto ridere anziché piangere in vista di ogni esame. Grazie perché in ogni tuo amorevole abbraccio ho trovato (e troverò sempre) la pace. Comprendi il mio cuore come nessun altro.

Grazie ai miei nonni, quelli ancora qui e quelli che stanno lassù, comodi tra le nuvole. Questa tesi è dedicata anche a voi, che mi avete sempre guardata con i sogni negli occhi.

Grazie ai miei zii e ai miei cuginetti: siete da sempre fieri di me e dei miei traguardi come se fossero i vostri. I vostri sorrisi dolci e le vostre parole di incoraggiamento sono cose che porterò sempre nel cuore.

Grazie Ilaria, perché sei un bellissimo dono. Come già ti ho espresso, credo davvero che il destino ci abbia volute l'una accanto all'altra a sostenerci a vicenda e a stringere questo legame così prezioso. Abbiamo festeggiato i traguardi l'una dell'altra e ci siamo consolato nelle nostre sfighe e nelle piccole sconfitte subite. Ci siamo sorrette a vicenda, letteralmente dall'inizio alla fine di questo percorso e sono fiera di noi. Hai reso i miei giorni più leggeri e mi hai fatto ridere fino a farmi venire male alla pancia, e ti dirò sempre grazie per questo.

Quando tutto mi sembrava più grande di me, voi mi avete aiutata ad essere più grande di tutto. Mi avete aiutata a diventare ciò che volevo essere. Siete voi la mia base sicura, il mio faro nella notte, la mia stella polare. Il porto a cui attraccare nei momenti di calma e a cui tornare per trovare rifugio nei momenti di tempesta. Mi avete insegnato la bellezza dell'imperfezione. Siete e sarete per sempre delle costanti nella mia vita. Mi rendete una stella ogni giorno. Meritate tutti una laurea ad honorem in Amore.

Ultima, ma non per importanza, voglio ringraziare me stessa per aver sempre creduto in me e nelle mie capacità, per non essermi mai arresa e, perché no, anche per aver sbagliato qualche volta, dandomi l'occasione di imparare, oltre che dai successi, anche dagli errori. Ringrazio la mia determinazione e i miei sogni, che mi hanno sempre indicato la strada. Sono sempre stata

dove dovevo essere nel momento in cui dovevo esserci. Ora so di non essere in ritardo, ma di essere semplicemente e completamente nel mio tempo.