

AIPG

Associazione Italiana Psicologia Giuridica

10° Corso di Formazione in Psicologia Giuridica, Psicopatologia e Psicodiagnostica
Forense

Valutare e promuovere le competenze genitoriali nelle madri adolescenti



Dott.ssa Maria Puliatti, psicologa, sessuologa, psicoterapeuta Centro Medico Andromeda,
Via Pergolesi 4 - 20124 - Milano, cell. +393395740582, e-mail: mrp.puliatti@tiscali.it

Indice

Introduzione		p. 2
Capitolo 1	Genitorialità e capacità genitoriali	p. 4
Capitolo 2	Maternità in adolescenza	p. 14
Capitolo 3	Valutazione delle capacità genitoriali nell'adolescenza	p. 19
Capitolo 4	Promuovere le competenze genitoriali nelle madri adolescenti	p. 31
Conclusioni		p. 36
Appendice		p. 38
Bibliografia		p. 46
Centri e professionisti di riferimento		

Introduzione

Ogni anno in Italia nascono oltre 10 mila bambini da mamme-teenager tra i 13 e i 19 anni, con un fenomeno limitato ma in crescita, sempre più simile a quello dei paesi dove le baby-mamme sono ormai un'emergenza. Istat segnala un aumento dello 0,5% di baby-mamme ogni anno, erano 9.525 nel 2006, 9.538 nel 2007. "Troppe", dicono i ginecologi, osservando i numeri in ascesa invece che in recessione, e segnalando che "nell'età adolescenziale 9 ragazzine su 10 rischiano di restare incinte entro 12 mesi dall'inizio dell'attività sessuale". Rapporti precoci e nessuna conoscenza della contraccezione, Internet senza filtri, la solitudine e un mondo adulto distante e distratto. È stata la SIGO, la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia a puntare i riflettori su questo spicchio di mondo giovanile (diventato addirittura un serial su Mtv) dove buona parte delle statistiche è fatta anche di ragazze immigrate, spesso di seconda generazione, inserite nella scuola e in un contesto di coetanei italiani, ma dove il problema delle gravidanze precoci è sempre più acuto e diventa esplosivo nel "contatto" con il mondo che le circonda. Secondo gli ultimi dati Istat su 10mila gravidanze "teen", 7.088 sono state di adolescenti italiane, e 2.495 di immigrate. La realtà italiana (così come nel resto del mondo) è che i giovanissimi "fanno sesso senza rete", e che già a 14 anni una ragazza ha avuto il primo rapporto. E la dimostrazione di quanto sia alto il livello degli "incidenti" è contenuta nei dati sulle interruzioni volontarie di gravidanza tra le minorenni, il cui tasso non è mai veramente calato dal 1978 ad oggi. Le statistiche dell'ultima "Relazione parlamentare sulla legge 194" mostrano ad esempio che gli aborti in questa fascia d'età erano 1.390 nel 1989, 1.435 nel 2007. Senza nessun diagramma discendente quindi. Ancora tanti dunque. Troppi. «*La situazione italiana delle gravidanze adolescenziali è preoccupante - chiarisce Giorgio Vittori, presidente della SIGO- anche se lontana dall'emergenza di altri paesi. Un problema che si lega all'aumento delle malattie sessualmente trasmissibili tra i giovanissimi. E spesso dietro questi episodi non c'è soltanto l'età con le sue caratteristiche fisiche e psicologiche, ma altri fattori critici, come l'educazione e il basso livello di istruzione della famiglia di origine*». A cui si unisce, come precisa Chiara Mezzalama, psicoterapeuta dell'AIPPI, Associazione Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica infantile, «la grande ignoranza degli adolescenti in materia di sessualità»(De Luca, 2010; Rosignano, 2009).

Partendo da questi dati, questo lavoro è così suddiviso: *nel primo capitolo*, si è cercato di definire il concetto di genitorialità e capacità genitoriali, considerando anche i cambiamenti culturali che hanno portato ad un modello più preciso di riferimento, sia da un punto di vista psicologico sia da un punto di vista giuridico. *Nel secondo capitolo*, partendo da un'introduzione sull'adolescenza e suoi compiti di sviluppo, si è affrontato il delicato tema delle conseguenze delle gravidanze e della maternità in adolescenza, sottolineando anche quei fattori di protezione che possano supportare queste giovani madri in questo delicato compito. *Nel terzo*

capitolo, vengono proposti test di valutazione psicologico-giuridica per delineare la capacità genitoriale in queste giovani mamme, utilizzando dei test scelti in base ad aree di valutazione e in base all'età, oltre ad utilizzare strumenti che possano evidenziare anche punti di forza e risorse che possano essere utili rinforzi per questa genitorialità complessa. Nel *quarto capitolo*, si fa riferimento in generale ad un modello di promozione genitoriale e vengono proposti alcuni tipi di interventi in cui la mamma adolescente possa apprendere delle competenze di accudimento. L'appendice contiene le linee-guida del Cismai, lo strumento psicologico-giuridico ideato da Camerini e coll (2008) e la traduzione del Parental Bonding Instrument. Il lavoro si conclude con la bibliografia.

Capitolo 1

Genitorialità e capacità genitoriali

Introduzione

La genitorialità è una fase normale dello sviluppo dell'adulto, implica il prendersi cura della crescita del bambino (Novik, Novik, 2009) e può essere ricondotta ad un concetto di *stile genitoriale*, inteso come: “*quell’insieme di atteggiamenti che il padre e la madre manifestano nei confronti dei figli e che, considerati globalmente, creano il clima emotivo nel quale i genitori attuano i propri comportamenti, influenzando sia i comportamenti specifici, volti a ottenere determinati risultati educativi, sia i comportamenti non finalizzati come i gesti, i cambiamenti nel tono della voce e le espressioni spontanee delle emozioni*” (Darling, Steinberg, 1993, cit. Cicognani, Baldazzi, Cerchierini, 2005). Lo stile le pratiche educative, infatti, riflettono gli scopi e i valori dei genitori rispetto all’educazione dei figli e il loro sistema di credenze sullo sviluppo. Il concetto di stile genitoriale in letteratura è stato proposto seguendo due diversi approcci, un *primo modello* (Baumrind 1991) includeva i processi emotivi e comportamentali e le opinioni dei genitori sul loro ruolo e sulla natura dei bambini. Sulla base di questo modello venivano distinti tre diversi stili genitoriali:

- Genitori autoritari: attribuiscono importanza all’ubbidienza, al rispetto dell’autorità e ai valori tradizionali, spiegano le regole senza spiegarne le ragioni.
- Genitori autorevoli: valorizzano l’indipendenza ma fanno valere anche la propria autorità, giustificano le loro richieste e utilizzano metodi disciplinari non punitivi.
- Genitori permissivi: sono tolleranti, utilizzano poco le punizioni, spesso non esercitano sui figli né controllo né autorità (Cicognani, Baldazzi, Cerchierini, 2005).

Nel secondo modello (Maccoby, Martin, 1983), lo stile educativo genitoriale risultava come la combinazione di due dimensioni:

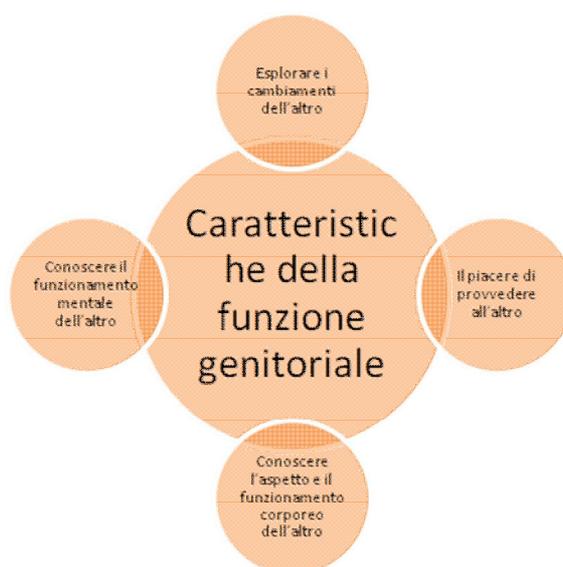
- la *demandingness*, in cui le richieste che i genitori fanno ai figli per integrarli nella famiglia e nella società, sollecitano comportamenti maturi.
- La *responsiveness*, in cui le azioni finalizzate a favorire l’individualità, l’autoregolazione e l’affermazione di sé attraverso espressioni di sostegno e calore.

Dalla combinazione di queste due dimensioni Maccoby e Martin (1983), ricavarono quattro diversi stili:

- autorevole, livelli elevati di *demandingness* e *responsiveness*;
- autoritario, alta *demandingness* e bassa *responsiveness*;
- indulgente, bassa *demandingness* e alta *responsiveness*;
- negligente, livelli bassi in ambedue le dimensioni.

Nel corso degli anni lo stile autorevole è stato distinto in altre tre componenti: l'accettazione, il controllo comportamentale e il controllo psicologico (Gray, Steinberg, 1999; Cicognani, Baldazzi, Cerchierini, 2005). Appare chiaro, anche alla luce dei vari tentativi dei ricercatori di definire i diversi stili educativi, come la genitorialità sia una funzione complessa (Malagoli Togliatti, Tafà, 2005): *una funzione affettiva*, che consenta al figlio di poter contare su genitori che siano un contenitore affettivo stabile e costante, in cui appartenere per potersi poi differenziarsi; *una funzione normativa*, in cui i genitori hanno un livello di autorità adeguata che insegni ai figli limiti e confini; *una funzione socializzante*, in cui i genitori incentiveranno i figli alla conquista di relazioni che in seguito sostituiranno quelle parentali (AIPG, 2008). Queste funzioni entreranno in gioco in diverse situazioni della vita attraverso la capacità della persona di interpretare i bisogni, di accudire e di proteggere (Vizziello, 2008; Benedetto, Ingrassia, 2010; Grafico 1).

Grafico 1 **Caratteristiche della funzione genitoriale (Vizziello, 2008)**



Le capacità genitoriali

Il modo in cui i genitori percepiscono e gestiscono la transizione alla genitorialità e svolgono quei compiti di cura funzionali ai bisogni e agli obiettivi evolutivi del figlio, è influenzato da molteplici variabili psicosociali,

tra cui le differenze di genere sia del genitore che del figlio, l'impegno lavorativo della madre al di fuori del contesto familiare, il coinvolgimento del padre nei compiti parentali e nella vita familiare e il supporto psicosociale che i genitori ricevono (Greco, Maniglio, 2009). La realizzazione della genitorialità (Grafico 2) passa attraverso la capacità dei neogenitori di far fronte al cambiamento connesso con la nascita del loro bambino è connessa con dei compiti evolutivi ben precisi:

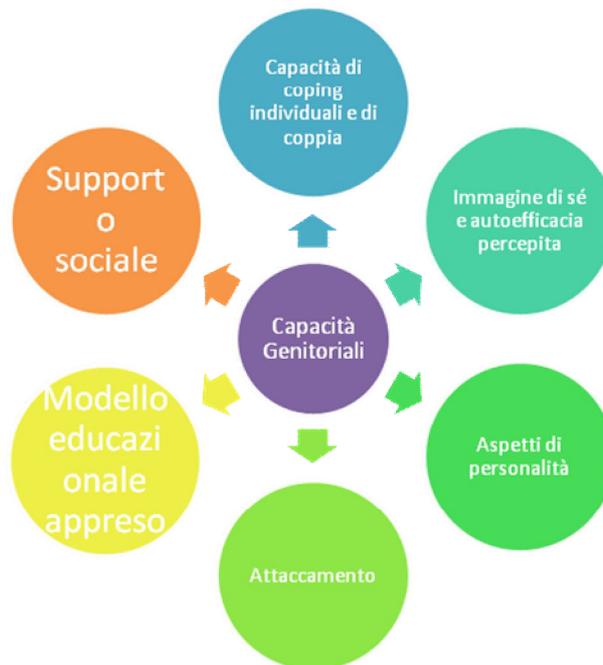
- *A livello coniugale*, la coppia deve ridefinire la relazione e le modalità comunicative, imparare a percepirsi non più solo come coppia, ma come coppia genitoriale (Allevato, 2007). Se la coppia è in grado di adattarsi al cambiamento, la genitorialità può rappresentare un'esperienza che può rielaborare situazioni legate alle proprie esperienze infantili utilizzando la relazione di coppia come un potenziale contenitore affettivo in grado di supportare questo processo rielaborativo (AIPG, 2008).
- *A livello genitoriale*, i compiti implicano la creazione di uno spazio, sia fisico che psicologico, per il bambino, in modo da favorire un processo di attaccamento affettivo e adeguato; ma anche la condivisione di un modello educativo flessibile.
- *Come figli*, i nuovi genitori devono rigoneziare il ruolo di figli dei loro genitori, in genitori del loro figlio. Questo delicato passaggio trans generazionale, deve essere emotivamente condiviso dai "nonni" che assumeranno all'interno del nuovo nucleo familiare un ruolo collaborativo, riconoscendo i propri figli come genitori (Allevato, 2007; Puliatti, in stampa).

Grafico 2 La realizzazione della genitorialità (Vizziello, 2008)



Altri elementi costitutivi della capacità genitoriale implicano aspetti individuali come ad esempio la capacità di *coping* sia individuali che di coppia; l'immagine di sé ed autoefficacia percepita; aspetti di personalità; modelli di attaccamento individuali e di coppia e modelli educazionali appresi (Grafico 3).

Grafico 3 Elementi costitutivi della capacità genitoriale (Puliatti, in stampa)



- Capacità di *coping* individuali e di coppia. Il concetto di *coping*, che può essere tradotto con “fronteggiamento”, “gestione attiva”, “risposta efficace”, “capacità di risolvere i problemi”, indica l’insieme di strategie mentali e comportamentali che sono messe in atto per fronteggiare una certa situazione. La modalità in cui i genitori sono in grado di gestire sia individualmente che in coppia eventi critici e problemi quotidiani influenza lo stile genitoriale (Asprea, Betocchi, 1998) .
- Immagine di sé ed autoefficacia. In forte relazione con il *coping*, il concetto di autoefficacia, corrisponde alla convinzione che la persona ha di essere capace di gestire situazioni e aspetti del proprio funzionamento psicologico e sociale e di produrre specifici risultati. Le convinzioni di efficacia personale influenzano i modi di pensare, le attività intraprese, le sfide e le mete che vengono scelte e la perseveranza di fronte agli ostacoli (Bandura, 2000; Caprara, 2001). I genitori per sentirsi efficaci dovrebbero possedere: conoscenza di appropriati comportamenti parentali (nutrire, educarlo); fiducia nella propria capacità di portare a termine tali comportamenti; aspettativa che il figlio

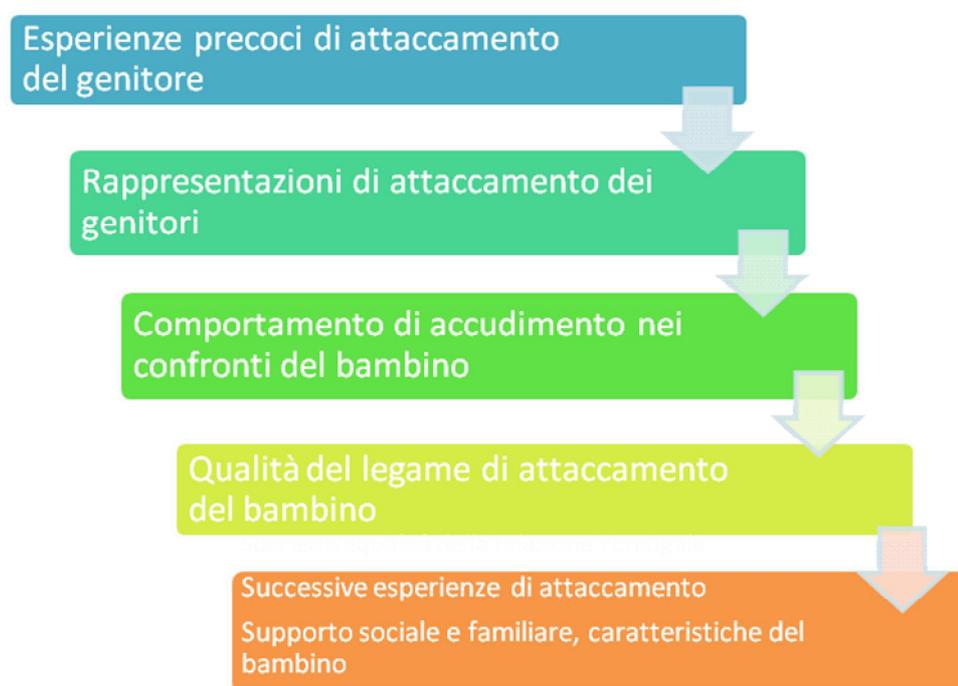
risponderà in maniera contingente e che altre persone del contesto familiare o sociale saranno supportivi nei confronti del genitore (Greco, Maniglio, 2009).

- Aspetti di personalità. La condotta parentale è determinata dalla personalità del genitore, intesa come un'organizzazione complessa, dinamica e coerente di variabili psicologiche possedute da un individuo, come ad esempio l'autostima. La bassa autostima, storie precedenti di disturbi psicologici, rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di disturbi psicologici e di incapacità gestionali nel puerperio non impiegando al meglio le proprie capacità. In particolare che siano presenti prima dell'arrivo de figlio o che esordiscano in epoche successive, i disturbi psicologici dei genitori tendono a comportare effetti negativi sulla relazione genitore-figlio (Greco, Maniglio,2009).
- Modello educativo appreso. La capacità genitoriale si sviluppa nel corso dell'infanzia dall'apprendimento imitativo dei bambini "Impariamo ad essere genitori da nostri genitori", e dai relativi giochi di infanzia in cui i bambini, soprattutto le bambine, giocano a fare i genitori, "*a mettersi nei panni di*". Questi giochi infatti abitmano i bambini a interiorizzare le funzioni dinamiche familiari e ad identificarsi con queste capacità genitoriali. Ma il concetto generale di genitorialità e capacità genitoriale è anche in funzione del cambiamento dei tempi. Nel corso di questo secolo infatti si è passati da una immagine di famiglia intesa prevalentemente come istituzione domestica che garantiva la salvaguardia e la trasmissione di valori sociali ed etici, ad una famiglia come "*luogo degli affetti*" in cui la soddisfazione dei bisogni di supporto e di solidarietà la fanno sa padrona. I bambini in questa ottica hanno assunto infatti uno spazio fisico-mentale che fino a qualche decennio fa era impensabile. In questo contesto si inseriscono famiglie migrate, quindi con culture diverse da quelle occidentali, ma anche famiglie "all'antica" ancora presenti sul nostro territorio che vanno educate e sostenute ad un cambiamento culturale di accudimento molto complesso (Dell'Antonio, 1999).
- Attaccamento. L'accudimento rappresenta il punto di arrivo dello sviluppo delle prime esperienze di attaccamento. Il modello di trasmissione intergenerazionale degli stili relazionali, infatti è mediato dalle rappresentazioni mentali circa l'accudimento e l'attaccamento che genitori e figli si sono formati nella loro vita (Greco, Maniglio, 2009). I primi studi dell'attaccamento seguivano un modello lineare, in cui le esperienze del genitore venivano incorporate in un modello operativo interno che influenzava lo sviluppo della rappresentazione materna del bambino, che a sua volta determinava la qualità del comportamento di accudimento che costituiva la determinante della qualità del legame madre-bambino (Bolwby, 1973). In seguito questo modello è stato ampliato (Grafico 4), introducendo anche variabili contestuali in cui la prospettiva dell'attaccamento assume una prospettiva multifattoriale, in cui successive esperienze di attaccamento, supporto sociale e familiare fornito alla madre, qualità della relazione coniugale e caratteristiche del bambino in interazione tra loro determinano, la

trasmissione dell'attaccamento (IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, 1997; Cassibba, IJzendoorn, 2005).

Grafico 4 Il modello lineare della trasmissione intergenerazionale-contestuale

dell'attaccamento (IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, 1997; Cassibba, IJzendoorn, 2005)



La rappresentazione del genitore interiorizzato e la relazione mentale con i genitori interiorizzati hanno effetti profondi sul funzionamento dell'adulto (Novik, Novik, 2009), sulla base di questo processo ogni genitore adotterà una particolare strategia relazionale con il proprio bambino (Carli, 2002; Greco, Maniglio, 2009). Sulla base delle variabili di personalità e delle dinamiche di attaccamento genitoriali si possono delineare dei profili psicologici di genitore (Greco, Maniglio, 2009):

1. Genitore sicuro e flessibile: sulla base delle loro caratteristiche di personalità e dei loro schemi relazionali, questi genitori sono disponibili e favoriscono cicli interpersonali basati sulla sicurezza e sulla fiducia reciproca.
2. Genitori distanzianti e svalutanti: questi genitori mettono in atto modalità di cura caratterizzate da una disponibilità limitata nei confronti dei figli, favorendo cicli interpersonali basati sull'evitamento e sulla distanza.
3. Genitori preoccupati e incerti: la disponibilità di questi genitori è incostante e basata su incertezza e sul controllo.
4. Genitori disorganizzati: sono genitori inaffidabili, imprevedibili spaventati/spaventanti (Greco, Maniglio, 2009).

Le capacità genitoriali in ambito giuridico

In ambito giuridico con la recente legge sull'affidamento condiviso (8 febbraio 2006 n° 54), l'attenzione ad approfondire il concetto di "capacità genitoriali" ha assunto sempre di più un ruolo importante, poiché tale capacità può incidere sulla possibilità di fornire al minore-figlio gli strumenti utili per un adeguato sviluppo psicologico (Capri, 2008). Con la nuova legge, viene introdotto, nel diritto di famiglia, un modello di rapporto tra genitori e figli minorenni estendibile sia alla cessazione della convivenza e degli effetti civili o nullità del matrimonio che in sede di separazione giudiziale e comprende inoltre i procedimenti relativi ai figli di genitori non coniugati. Tale legge modifica l'Art. 155 del Codice Civile al fine di consentire la realizzazione dei diritti sanciti con l' "*affidamento condiviso*", modulato dal giudice laddove i genitori non abbiano raggiunto un accordo. L'esercizio congiunto della potestà viene eventualmente limitato alle decisioni di maggior interesse relative all'istruzione, educazione e salute, qualora il giudice abbia disposto per l'esercizio separato della potestà sulle questioni di ordinaria amministrazione (Mattioli, 2009).

Il legame genitore-figlio diventa quindi, oltre che di tipo biologico anche normativo (Mattioli, 2009). Ne è un esempio l'attenzione posta sia nella Costituzione sia nei Codice Civile con i seguenti articoli:

- secondo l'Art. 30 della Costituzione, "*E' dovere e diritto dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli, anche se nati fuori dal matrimonio. Nei casi di incapacità dei genitori, la legge provvede a che siano assolti i loro compiti*".
- Con l'Art. 31 "*La Repubblica agevola con misure economiche e altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi con particolare riguardo alle famiglie numerose. Protegge la maternità e l'infanzia e la gioventù favorendo gli istituti necessari a tale scopo*".

- Secondo l'Art. 147 del Codice Civile, *“Il matrimonio impone ad ambedue i coniugi l'obbligo di mantenere , istruire ed educare la prole tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli”*.
- Secondo l'Art. 155 del Codice Civile (modificato con la Legge 54/2006), *“Anche in caso di separazione personale dei genitori, il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno di essi, di ricevere cura, educazione ed istruzione da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale(...)”*.
- Secondo l'Art. 330 del Codice Civile sulla decadenza della potestà, *“Il giudice può pronunciare la decadenza dalla potestà quando il genitore viola o trascura i doveri ad essa inerenti o abusa dei relativi poteri con grave pregiudizio del figlio. In tale caso, per gravi motivi, il giudice può ordinare l'allontanamento del figlio dalla residenza familiare ovvero l'allontanamento del genitore convivente che maltratta o abusa del minore”*.
- Con l'Art. 332 del Codice Civile il giudice può reintegrare la potestà cessate le ragioni di sospensione della stessa.
- Secondo l'Art. 333 del Codice Civile *“Quando la condotta di uno o entrambi i genitori non è tale da dar luogo alla pronuncia di decadenza prevista dall'Art. 330, ma appare comunque pregiudizievole al figlio, il giudice, secondo le circostanze, può adottare i provvedimenti convenienti(...)”*.

La valutazione delle capacità genitoriali è rivolta quindi a determinare la capacità in essere e/o in divenire, nei seguenti casi:

1. determinare le modalità dell'affidamento dei figli legittimi o naturali nei procedimenti separativi (Abazia,2009);
2. minori temporaneamente privi di un ambiente familiare idoneo;
3. minore in stato di abbandono;
4. violazione dei doveri parentali e/o condotta pregiudizievole per il minore (Rovetto, Rossi, 2007; Mattioli, 2009);
5. minori figli di minori (Dell'Antonio, 2000).

I *criteri scientifici* con cui valutare se le condizioni familiari in cui il minore si trova mettono a rischio il suo sviluppo psicosociale e rappresentano, cioè, una *“situazione di pregiudizio”* (Mattioli, 2009), includono:

- Presenza di psicopatologia;
- Incidenza dell'eventuale psicopatologia sugli aspetti emotivo-affettivi della relazione genitore-figlio.
- Presenza di comportamenti devianti come alcolismo, tossicomanie criminali con coinvolgimento parziale e/o ridotto del minore.
- Inadeguato “stile di vita”, con messaggi di tipo negativi.

- Vissuti negativi nei confronti del figlio.
- Vissuti di ostilità nei riguardo dell'altro genitore.
- Indisponibilità di un genitore verso l'altro, e trasmissione di un'immagine negativa dell'altro genitore, non favorendone i rapporti, come nel caso della PAS, *Sindrome di Alienazione Parentale*, in cui “ *un genitore (alienatore) attiva un programma di denigrazione contro l'altro genitore (alienato)*”, con l'obiettivo di raggiungere l'affidamento esclusivo del figlio (AIPG, 2008; Cavedon, Magro, 2010).
- Assolvere i compiti parentali nei confronti di quel bambino nelle condizioni di vita determinate dalla rottura della coppia.
- Possibilità di costruire il progetto dell'affidamento condiviso, che comprenderà il collocamento ripartito o principale del figlio, i tempi e le modalità della sua presenza presso ciascun genitore; la misura ed il modo con cui ciascuno di essi deve contribuire al mantenimento, alla cura, all'istruzione e all'educazione della prole.
- Accesso all'altro genitore, individuando gli elementi di cooperazione e disponibilità o la difficoltà sostanziale rispetto al diritto/dovere dell'altro genitore a partecipare alla crescita e all'educazione dei figli.
- Competenza genitoriale dei due coniugi nei termini della qualità della relazione di attaccamento in base al concetto di “*genitore psicologico*”.
- Attenzione ai bisogni reali dei figli (Rovetto, Rossi, 2007; Mattioli, 2009).

Nei casi in cui un *minore sia temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo*, i servizi sociali territoriali predispongono un progetto di aiuto che a volte include anche il collocamento del minore presso una famiglia di “appoggio” (Mattioli, 2009). L'affidamento familiare presuppone un'integrazione delle cure che il bambino riceve dai propri genitori con quelle offerte da un'altra famiglia, in una casa diversa dalla propria. Due famiglie condividono la responsabilità di assicurare allo stesso bambino alcune funzioni genitoriali di base quali il sostentamento, la protezione, la socializzazione e la guida (Cassibba, Elia, 2007).

In questo caso le capacità genitoriali sono valutate come potenzialmente adeguate e comunque recuperabili anche grazie a un intervento psicosociale di rieducazione e sostegno alla genitorialità. La reversibilità della situazione di pregiudizio del minore e di carenza delle capacità di assistenza materiale ed educativa della sua famiglia, prevede una risposta assistenziale che non incide sul regime giuridico delle responsabilità degli adulti: il minore è affidato quindi, all'iniziativa e responsabilità del servizio sociale (Mattioli, 2009).

Nei casi di un *minore in stato di abbandono*, privo cioè di assistenza morale e materiale anche da parte dei membri della famiglia estesa, si necessita di valutare l'incapacità genitoriale sulla base della reale obiettiva situazione esistente in atto. La valutazione in questo caso riguarderà l'accertare e il provare le gravi ragioni che, impediscono ai genitori e ai parenti di assicurare irreversibilmente una normale crescita ed adeguati riferimenti educativi al minore, che darebbero come esito la “sottrazione del minore alla famiglia”. A tale

indagine corrisponde quella riguardante la condizione psico-fisica, educativa e familiare del bambino e lo stretto rapporto di questa con tale mancanza di capacità e risorse. La sua gravità deve essere tale da non consentire lo sviluppo della personalità neppure al minimo (Mattioli, 2009).

Nei casi in cui, come indicato nei già citati Art. 330 e 333 del Codice Civile, *uno o entrambe i genitori violano più o meno gravemente i doveri parentali o tengono una condotta comunque pregiudizievole per il minore. In questi casi la condotta del genitore verrà valutata nei termini cui essa non sia tale da compromettere in modo irreversibile il suo diritto di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia. Si tratta di una situazione che comporta sia una risposta giudiziaria che assistenziale* (Mattioli, 2009).

Molto complesso il caso in cui il *minore sia a sua volta figlio di minori infrasedicenni*, poiché il minore nel nostro ordinamento è un soggetto privo di capacità di agire. Il nostro ordinamento stabilisce che lo stato formale di figlio naturale lo si possa ottenere attraverso l'atto di riconoscimento dello stesso genitore o tramite la sentenza del Tribunale. Ma il riconoscimento del genitore non può essere fatto dal genitore infrasedicenne (art. 250 u.c Cod. Civ.). Molte critiche sono state poste a questo provvedimento, poiché per un tale atto non occorre maturità psicofisica richiesta per la costituzione di un vincolo rimesso all'esclusiva libera e responsabile volontà della persona, ma la capacità del genitore di intendere e volere l'appartenenza di un figlio già suo. Se il minore non è figlio del genitore minore non può avere la sua assistenza ma non può avere neppure assistenza da parte dei "nonni", perché il "nonno" non ha diritto ad essere riconosciuto come avo del nipote se manca l'atto principale del riconoscimento del genitore. Questo figlio diventa così un soggetto che ai termini di legge può essere considerato addirittura *in stato di abbandono*, perché il genitore per la legge è un estraneo (Dell'Antonio, 2000).

Capitolo 2

Maternità in adolescenza

Introduzione

L'adolescenza è una delle fasi più delicate della vita, in cui l'individuo deve affrontare fondamentali cambiamenti su numerose aree di funzionamento, quali la ristrutturazione a livello fisico e somatico, la costituzione e l'interpretazione dei legami dentro e fuori la famiglia, la rappresentazione di sé e del proprio futuro (Palmonari, 1993). L'adolescenza da un punto di vista psicologico può essere descritta come una fase del ciclo di vita caratterizzata dalla realizzazione di compiti evolutivi (Maggiolini, Charmet, 2004). I compiti evolutivi dell'adolescenza riguardano innanzitutto i seguenti punti:

- Instaurare relazioni nuove e più mature con coetanei di entrambi i sessi.
- Sviluppare competenze intellettuali.
- Sviluppare un comportamento sociale responsabile.
- Acquisire sistema di valori nuovi e adulti rispetto al proprio comportamento.
- Conseguire un'indipendenza emotiva ed economica.
- Orientarsi verso un'occupazione professionale.
- Accettare il corpo in trasformazione ed usarlo in modo efficace.

Tutto questo insieme di processi può svolgersi in modo ottimale se viene anche permesso dal contesto familiare e sociale nel quale l'adolescente si trova inserito (Palmonari, 1993; Ammanniti, 2002; Maggiolini, Charmet, 2004). La risoluzione e la buona riuscita di tali "compiti di sviluppo" danno un senso di soddisfazione e autorealizzazione, al contrario del fallimento che si associa all'insoddisfazione, alla disapprovazione sociale e alla difficoltà nell'affrontare i compiti di sviluppo che si presenteranno in seguito (Erickson, 1950; Bonino, Cattelino, Ciairano, 2003)

Gravidanza in adolescenza

La gravidanza in adolescenza è da considerarsi come un comportamento a rischio in quanto collegata a fattori culturali e di disagio sociale e rappresenta una modalità per assumere uno stato di adulto e di valore sociale da parte di questi adolescenti che non riescono diversamente a portare a termine il loro processo evolutivo di formazione dell'identità personale e di genere (Franzoni, 2004). Per una ragazza così giovane e inesperta è innanzitutto difficile rendersi effettivamente conto di quanto le stia accadendo: inconsciamente infatti rifiutando la gravidanza e quindi tendendo a minimizzare i sintomi, spera solo che non sia così e dunque fa altro che ritardare il momento della diagnosi e delle decisioni da prendere in merito.

1. Teme in primo luogo il giudizio degli altri: il discorso da fare con i genitori e soprattutto la loro reazione, ma anche quella del padre del bambino e della sua famiglia, la necessità di sottoporsi ad una visita ginecologica, di doverne parlare nel suo ambiente scolastico con i compagni e con gli insegnanti ecc.
2. La gravidanza in adolescenza in genere arriva del tutto inattesa e quindi indesiderata: di colpo la futura mamma-bambina si sente costretta dagli eventi a proiettarsi nel mondo degli adulti, stracolmo di problemi che fino a quel momento non l'hanno mai riguardata direttamente.
3. Le scelte da fare sono non solo importanti, ma decisive per il decorso della sua vita futura ed in genere vanno condivise con famiglie che sanno ben poco, se non nulla, l'una dell'altra, ma che hanno un grande problema in comune: quello di assicurare un futuro ai loro figli ed al frutto del loro amore.
4. La futura mamma può provare per questi motivi dei forti timori, ma anche sensazioni di rabbia, ansia, vergogna e colpa. Malgrado le modalità di affrontare il lieto evento siano molto cambiate, non sempre le ragazze si sentono supportate dalla famiglia o dalla società nel far fronte a questa difficile esperienza(Rusignolo, 2009).

La gravidanza in adolescenza può accompagnarsi a vissuti di confusione e ambivalenza, legati alla non coincidenza tra maturità fisiologica e psicologica. Rendersi conto di cosa stia accadendo al suo corpo, di come agiscano gli ormoni, dei sintomi e di sentire che “qualcosa” si muove dentro di lei, possono essere molto destabilizzanti, trovandosi ad affrontare sensazioni nuove ed essendo catapultata nel mondo dei “grandi”, affrontando problemi che fino a quel momento appartenevano ad un mondo lontano (Marchesani, 2009; Puliatti, b in stampa). Tutto questo porta ad un senso di smarrimento e di spersonalizzazione, perché l'adolescente si trova così in bilico tra il suo mondo e quello degli adulti e può andare in contro ad un *breakdown* evolutivo (Laufer, Laufer, 1984). Diventare madri in adolescenza può assumere diversi significati inconsci: compensare il vuoto affettivo e di identità attraverso la regressione simbiotica con il bambino, ribellarsi alle restrizioni familiari, ricercare la tenerezza che è mancata nella relazione con la propria madre (Ammanniti, 2002). Negligenza delle cure materne e abuso sessuale possono essere alla base della gravidanza in adolescenza. L'adolescente abusato in età infantile si troverà ad affrontare oltre i normali compiti evolutivi, anche sentimenti di insicurezza, incapacità di fidarsi, rabbia, deterioramento della capacità di sviluppare

attaccamenti positivi, amicizie e rapporti intimi gratificanti. L'abuso e la negligenza a danno di un minore ne insidiano fortemente il processo di crescita e sviluppo, provocando paura, ansia, depressione, comportamenti sessuale problematici. Si verificano delle spaccature negli schemi concernenti la sicurezza, la fiducia, il potere, si producono scarso sviluppo dell'identità e autosvalutazione. Le persone trascurate affettivamente possono ricercare in altre persone l'affetto e l'attenzione che non ricevono/ricevevano a casa, anche esponendosi a situazioni pericolose a causa della carenza dello sviluppo dei meccanismi di autoprotezione. Ad esempio, la messa in atto precoce dei comportamenti sessuali in adolescenza può essere interpretata come espressione di una confusione tra bisogni infantili e desideri femminili. L'accesso ad una sessualità precoce può segnalare una difficoltà nella gestione dell'impulsività, come una carenza del controllo del desiderio, sia una fame di relazioni derivanti da deprivazioni infantili. I comportamenti sessuali precoci in questo contesto cercando di saturare bisogni infantili di attenzione, affetto e ammirazione e non bisogni sessuali. Raramente in questo contrasto la gravidanza in adolescenza rappresenta il fallimento della contraccezione quanto piuttosto un desiderio di adultità e manifestazione della propria identità (Franzoni, 2004; Gil, 2001; Moore, Rosenthal, 1993; Signorelli, Zampino, 2002).

Maternità in adolescenza

L'adolescenza come somma di micro crisi che devono essere risolte positivamente in modo che il soggetto possa sentirsi soddisfatto della propria vita, rende l'adolescente vulnerabile e nel momento in cui l'adolescente si trova ad accudire anche un bambino, si verifica una sovrapposizione dei compiti di sviluppo distinti, dove il soggetto dovrà prendersi cura di se stesso e del proprio bambino (Marchesani, 2009). Alla luce di questi elementi appare ovvio come gli aspetti di immaturità e difficoltà rispetto al proprio ruolo di adolescente che si trova, contemporaneamente, a svolgere il ruolo di madre possano rendere questo compito molto gravoso. Ma proprio alla luce delle mancanze e dei traumi subiti, in molti casi l'adolescente può essere fortemente determinato a garantire una vita diversa al suo bambino (Puliatti, a, b, in stampa). La gravidanza e la maternità durante l'adolescenza possono costituire un fattore di rischio per il benessere delle madri e dei loro figli. I problemi riscontrati nei figli delle madri adolescenti sono da ricondurre ad alcune avversità direttamente correlate alla condizione di maternità durante l'adolescenza, soprattutto complicazioni mediche durante la gravidanza e il parto, stress di accudimento, difficoltà psicologiche e sociali, minori abilità genitoriali e mancanza di supporto sociale. Infatti, spesso le madri adolescenti vivono in condizioni di alto stress, instabilità residenziale o residenza in quartieri ad alto tasso di criminalità, opportunità educative limitate, instabilità familiare e basso supporto sociale (Vizziello, 2008; Greco, Maniglio, 2009). Se i fattori di rischio sono più ovvi, depressione post partum, incuria, non di meno incrementare i fattori di protezione (Grafico 1) come: adeguati interventi di promozione alla genitorialità (capitolo 4), insieme al supporto sociale e familiare, possono tuttavia, facilitare l'apprendimento di capacità genitoriali anche in madri adolescenti.

Grafico 1 **Fattori di protezione per le madri adolescenti**



Se, con il comune accordo delle due famiglie, viene presa la decisione di portare avanti la gravidanza, i genitori non devono compiere l'errore di sostituirsi ai propri figli nella funzione materna o paterna: gli adolescenti devono essere opportunamente responsabilizzati nei riguardi del neonato, imparando ad accudirlo ed assisterlo nella crescita, ma non va tuttavia dimenticato che altrettanta attenzione va prestata ai bisogni psicologici di questi ragazzi, in particolare della giovane mamma, che può andare incontro, dopo il parto, a periodi di depressione, ansia, insicurezza di sé. Per migliorare la qualità della vita dei bambini ed anche dei loro giovani genitori è consigliabile:

- La continuazione degli studi dopo il parto, in modo da riuscire comunque a raggiungere una professionalità spendibile sul mercato del lavoro, utile in seguito a raggiungere una piena indipendenza economica e morale dalle famiglie di origine.

- L'uso di sistemi contraccettivi in seguito alla nascita, per evitare che l'errore compiuto si ripeta ancora, rendendo ancor più complicato l'avvio di questa nuova famiglia, il completamento dello sviluppo dei genitori e l'accudimento dei piccoli.
- Il pieno sostegno affettivo e psicologico, oltre che materiale, da parte della famiglia di origine. Un figlio, una figlia, restano sempre tali anche se hanno sbagliato.
- Compatibilmente con i loro nuovi impegni di genitori, i ragazzi devono cercare di continuare a frequentare i loro amici e dedicarsi alle attività tipiche della loro età, per non dover crescere troppo in fretta, a scapito della effettiva maturazione psicologica sottostante (Rusignolo, 2009).

Aspetti psicologico-giuridici della maternità in adolescenza

Da un punto di vista giuridico il minorenni genitore, oltre i sedici anni, è solo nominalmente genitore, poiché deve essere affiancato da qualcuno che si deve interessare del bambino. In un momento così delicato in cui il genitore minore avrebbe bisogno di essere particolarmente aiutato nella sua genitorialità, nella sua funzione *allevante*, si tende a pensare non tanto di dover proteggere il legame che si viene ad instaurare tra genitore e bambino, ma di dover proteggere l'uno o l'altro, oppure l'uno e l'altro. Questo ha conseguenze importanti, poiché spesso il supporto sociale non mette in atto programmi di protezione della relazione genitore-bambino. Non si ritiene infatti sostanzialmente che questi adolescenti così fragili possano essere veramente "genitori" e assumersi il compito di allevare ed educare un bambino. Si dovrebbe tenere presente che l'eventuale interruzione di un legame come quello tra genitore e figlio è un evento critico per ambedue, infatti l'allontanamento del figlio piccolo per salvaguardare la sua salute psicologica, può diventare un fattore di rischio per l'ulteriore sviluppo di un altro minore che è il suo genitore. Gli interventi di aiuto dovrebbero essere analizzati in base alla reale situazione personale del minore e alle possibilità realistiche di un supporto esterno della sua genitorialità, sia che si ritenga possibile la sua funzione genitoriale, sia che non lo si ritenga possibili. Nel secondo caso, infatti, ci si troverebbe davanti ad un vissuto di perdita e fallimento che potrebbero essere fattori di rischio per il suo sviluppo (Dell'Antonio, 2000).

Capitolo 3

Valutazione delle capacità genitoriali nell'adolescenza

Introduzione

La capacità genitoriale è un costrutto molto complesso, che comprende insieme alle qualità personali del singolo genitore, anche ad un'adeguata competenza relazionale e sociale. Questa competenza implica la capacità di saper interagire con il figlio in modo protettivo, rassicurante, rispettandone le esigenze. Con questo presupposto, la valutazione delle capacità genitoriali è un'attività di diagnosi maturata in un'area di ricerca multidisciplinare che valorizza i contributi della psicologia clinica e dello sviluppo, della neuropsichiatria infantile, della psicologia della famiglia, della psicologia sociale e giuridica e della psichiatria forense (Camerini, Volpini, Sergio, De Leo, 2008).

Criteri psicologico-giudici di valutazione delle capacità genitoriali

Uno strumento di valutazione di capacità genitoriali è quello proposto da Camerini e coll (2008), elaborato per poter essere applicato in ambito giuridico-forense con particolare riguardo alle seguenti situazioni per le quali viene richiesta la valutazione delle capacità genitoriali:

- *Nelle situazioni di pregiudizio rispetto alla salute psicofisica del minore;*
- *Nelle situazioni di abbandono e di decisioni in merito alla perdita della potestà e alla messa in adozione;*
- *Nelle separazioni per la valutazione dei criteri di affidamento.*

Lo strumento composto da 24 domande (Appendice) da somministrare al genitore, esplora capacità relative a tre diverse aree di funzionamento:

1. *Supporto sociale e capacità organizzativa:* capacità di promuovere, accompagnare e sostenere i processi di sviluppo, socializzazione e di adattamento all'ambiente esterno (*coping*);
2. *Protezione:* capacità di proteggere e tutelare il bambino nell'ambiente familiare, scolastico e sociale;
3. *Calore ed empatia:* capacità di riconoscere i bisogni emotivo/affettivi del figlio e di fornire i supporti necessari.

Assegnazione dei punteggi

I punteggi per ogni item possono essere assegnati da 1 a 5	Ai diversi punteggi corrispondono
<i>5 capacità non esercitata o esercitata scorrettamente</i>	<i>Punteggio 5: condizioni di grave trascuratezza/abuso psicologico o fisico,</i>
<i>4 capacità esercitata raramente e inadeguatamente</i>	<i>Punteggio 4: condizioni di lieve trascuratezza/abuso,</i>
<i>3 capacità esercitata in quantità e maniera appena sufficiente ed incostante</i>	<i>Punteggio 3: competenze moderate</i>
<i>2 capacità esercitata in quantità e maniera mediamente adeguata</i>	<i>Punteggio 2: competenze generalmente soddisfacenti,</i>
<i>1 capacità esercitata in quantità e maniera ottimale</i>	<i>Punteggio 1: competenze adeguate</i>

Le domande sono proposte in una forma discorsivo/conversazionale. Le risposte vengono indagate tenendo conto della capacità e disponibilità narrativa su alcune aree:

- *L'area della riflessione personale,*
- *L'area della riflessione relativa al rapporto di coppia,*
- *L'area della riflessione identificatoria sui figli.*

Le risposte ottenute vengono valutate in base ai parametri indicati da Grice (qualità, quantità, pertinenza, modalità) per lo studio del processo narrativo.

Gli autori sottolineano come, a completamento dello strumento, siano necessarie altre due osservazioni complementari:

a. Valutazione del funzionamento psicologico e relazionale del genitore e del funzionamento familiare:

1. capacità riflessive,
2. presenza di patologie psichiatriche,
3. livello di integrazione familiare.

b. Valutazione del funzionamento psicologico e relazionale del figlio:

1. qualità del funzionamento psicologico,
2. qualità del pattern di attaccamento,
3. orientamento e desiderio in relazione alla propria collocazione (Camerini, Volpini, Sergio, De Leo, 2008).

Linee-Guida di valutazione e promozione di capacità genitoriali

Il Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI), ha prodotto delle linee-guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori (CISMAI, 2004). Le linee-guida (Appendice) mettono in luce le aree di indagine risultate più efficaci per la valutazione delle possibilità di recupero delle competenze genitoriali a

partire dal mandato prescrittivo fornito dall'autorità giudiziaria. La valutazione deve essere comprensiva degli aspetti psicologici, sociali, legali, economici e sanitari sia dei minori che della famiglia e deve essere costituita da un percorso che abbia aree, tempi e metodologie definite e specifiche e prevede il lavoro integrato di figure professionali diverse.

Le aree tematiche di valutazione riguardano (Appendice):

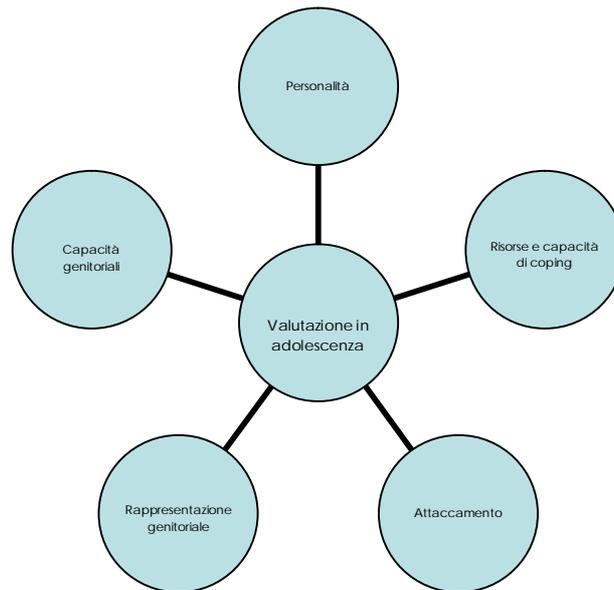
- Definizione del contesto valutativo
- Profilo anamnestico della coppia
- Profilo di personalità dei genitori
- Rapporto dei genitori con i figli
- Indicatori prognostici di trattabilità terapeutica (CISMAI, 2004, Appendice).

La valutazione delle competenze genitoriali in adolescenza

Sappiamo che la valutazione delle capacità genitoriali, in ambito giuridico è in relazione all'affidamento del minore, sia in caso di separazione conflittuale dei genitori, sia nel grave caso in cui si debba stabilire se affidare il minore ad "altri"(capitolo 1). Nel caso complesso della genitorialità in adolescenza (Dell'Antonio, 2000) ed in particolare della genitorialità della mamma adolescente senza partner, in accordo con Dell'Antonio (2000), in cui "defraudare" la minore di un ruolo genitoriale possa avere delle conseguenze negative rispetto l'immagine di sé, si propone una valutazione di genitorialità in ottica di promozione di capacità genitoriali, tenendo in riferimento l'orientamento del CISMAI (2004).

Riguarda la mamma adolescente, si suggerisce di valutare quei fattori che possono interferire con le sue capacità genitoriali, ma anche la valutazione delle risorse e di quei fattori protettivi che possano sostenerla in questo delicato ruolo. Oltre lo strumento proposto da Camerini e coll (2008) sulle capacità genitoriali, si andranno a valutare altre aree come: aspetti di personalità, le capacità di *coping*, l'attaccamento, rappresentazione genitoriale e lo stress percepito nel ruolo genitoriale (Grafico 1).

Grafico 1 **Aree di valutazione nella mamma adolescente**



Test e strumenti di valutazione della personalità

I test di valutazione della personalità suggeriti, tra cui la valutazione della depressione post partum, anche la valutazione dell'alessitimia, come fattori interferenti da un punto di vista relazionale, sono ampiamente utilizzati in adolescenza.

MMPI-A (Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellegen, Ben-Porath , Kaemmer, 2001), è un test di personalità per adolescenti. Il *MMPI-A* ha mantenuto le scale cliniche di base del test originale, in più riporta molte delle innovazioni introdotte nel *MMPI-2* (uniformazione in punti T, 15 nuove scale di contenuto e misure di incoerenza). Rappresentano invece vere e proprie innovazioni, sviluppate appositamente per questo strumento, item riferiti allo sviluppo e alla psicopatologia degli adolescenti.

Scale Psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adolescenti SAFA (Cianchetti, Sannio Fancello, 2007). Questa batteria permette di esplorare un'ampia serie di sintomi e di stati psichici con economia di tempo per l'esaminatore; i sintomi sono infatti elencati in modo predefinito e uguale per tutti i soggetti e il fatto che le scale si presentino sotto forma di questionari autosomministrabili, anziché di interviste, permette di ottenere più facilmente da un soggetto in certe condizioni psichiche una risposta sincera.

Tutte le scale e la batteria per intero sono state sottoposte a standardizzazione su popolazione normale e somministrate per confronto ad una popolazione di soggetti con diverse patologie. Sulla base dei punteggi ottenuti può essere costruito un profilo generale e/o possono essere costruiti profili nell'ambito delle singole scale, sulla base dei gruppi principali di sintomi che vengono esplorati. La somministrazione della batteria in tempi successivi può fornire utili elementi di valutazione sull'andamento degli interventi terapeutici (sia farmacologici che psicoterapeutici).

La batteria comprende in totale sei scale, che possono essere utilizzate anche singolarmente:

Scala per la valutazione dell'ansia (SAFA-A): rileva l'ansia generalizzata; sociale; da separazione e ansia relativa alla scuola.

Scala per la valutazione della depressione (SAFA-D): misura l'umore depresso; l'anedonia, il disinteresse; l'umore irritabile; il senso di inadeguatezza, la bassa autostima; l'insicurezza; il senso di colpa; la disperazione.

Scala per la valutazione dei sintomi ossessivi-compulsivi (SAFA-O): rileva i pensieri ossessivi; le compulsioni/rituali; la rufobia/contaminazione; l'ordine/controllo e il dubbio/indecisione.

Scala per i disturbi alimentari psicogeni (SAFA-P): valuta le condotte bulimiche; le condotte anoressiche; l'accettazione/valutazione del proprio corpo; la paura della maturità; il perfezionismo; l'inadeguatezza.

Scala per i sintomi somatici e ipocondria (SAFA-S): esplora sintomi relativi all'astenia; all'apparato respiratorio; al sonno; alla capacità di concentrazione/memoria.

Scala per le fobie (SAFA-F): rileva e valuta 24 tipi diversi di paura.

Scala Alessitimica Romana (SAR) Baiocco, Giannini, Laghi, 2004): la SAR è una scala composta da cinque fattori fondamentali che costituiscono il costrutto di alessitimia.

I cinque fattori rilevati sono: espressione somatica delle emozioni; difficoltà a identificare le proprie emozioni; difficoltà a comunicare agli altri le proprie emozioni; pensiero orientato esternamente; difficoltà ad essere empatici.

Postpartum Depression Screening Scale PDSS (Beck, Gable, 2010). La *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)* è il questionario *self-report* più diffuso e attendibile per individuare precocemente la presenza, la gravità e il tipo di sintomi della depressione post-partum. Oltre a individuare i soggetti a rischio che possono necessitare di un'ulteriore indagine diagnostica con successivo trattamento, lo strumento fornisce per ogni donna un esauriente profilo del complesso dei sintomi personalmente sperimentati, facilitando la

pianificazione di un trattamento mirato. L'assenza di una diagnosi tempestiva può condurre a gravi conseguenze per madre e figlio, fino alle forme più eclatanti del suicidio o dell'infanticidio: per questo motivo l'adattamento italiano della *PDSS* rappresenta un traguardo fondamentale per il trattamento della depressione post-partum nel nostro Paese. La *PDSS* è composta da sette scale di contenuto volte ad analizzare i sintomi distintivi della depressione post-partum:

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

Dal test, inoltre, è possibile ricavare un indice di *Risposte incoerenti*, che rileva l'affidabilità delle risposte date.

Valutazione delle risorse e delle capacità di coping

I Test suggeriti in questa area valutano le capacità assertive, le abilità di *coping* e l'individuazione di aree di risorse da poter rinforzare nell'adolescente

Valutazione del comportamento interpersonale e assertivo (SIB) (Arrindell , Nota, Sanavio, Sica, Soresi, 2004): la SIB è uno strumento utile in quei contesti nei quali si deve valutare l'assertività del soggetto. L'assertività è indicata come *“la manifestazione nel modo più immediato e indiretto possibile, emozioni, sentimenti, esigenze e convinzioni personali, tenendo conto dei propri obiettivi e interessi, ma bilanciando, a seconda delle circostanze, sia l'aggressività che la passività, in modo da ottenere il maggior vantaggio o minor svantaggio per se stesse.* Le aree di comportamento rilevanti per una misura dell'assertività sono: entrare in contatto con gli altri, esprimere opinioni negative, esprimere opinioni positive, rifiutare richieste,

gestione delle critiche, accettazione di complimenti, richiesta di aiuto o di attenzione ed espressione libera delle proprie emozioni.

Le Quattro scale di misura della SIB sono: manifestazione di sentimenti negativi; espressione e gestione di limiti personali; assertività di iniziativa; assertività positiva. La somma totale delle quattro scale fornisce una quinta scala, denominata Assertività totale.

Coping Inventory for Stressful Situations CISS (Endler, Parker, 2009). Il CISS è una scala di facile somministrazione per misurare aspetti multidimensionali del *coping*. Rispetto ad altri questionari simili, presenta numerosi vantaggi: a) le scale sono state derivate su basi sia empiriche sia teoriche e sono state utilizzate in molteplici situazioni di ricerca o di applicazione; b) essendo uno strumento multidimensionale di misurazione degli stili di *coping*, garantisce una maggior precisione nella previsione degli stili preferiti di *coping*; c) è stato sviluppato e standardizzato con adulti, studenti universitari e pazienti psichiatrici ed è prevista una versione speciale per adolescenti. Il CISS si articola in tre scale, ciascuna composta di 16 item:

1. **Manovra (T)**: descrive sforzi volti a risolvere il problema ristrutturandolo cognitivamente o tentando di alterare la situazione. L'accento è fondamentalmente sul compito o sulla programmazione e sui tentativi di soluzione del problema.
2. **Emozione (E)**: descrive le reazioni emotive che sono orientate verso il Sé, con lo scopo è quello di ridurre lo stress.
3. **Evitamento (A)**: descrive attività e cambiamenti cognitivi volti a evitare la situazione stressante. Comprende due sottoscale:
 - **Distrazione (D)**: 8 item): evitare la situazione stressante distraendosi con altre situazioni o compiti (orientamento verso il compito).
 - **Diversivo sociale (SD)**: 5 item): evitare la situazione stressante tramite il diversivo sociale (orientamento verso la persona).

Intervista Clinica (Puliatti, in stampa). Questo strumento, studiato per le madri adolescenti, composto da 43 domande aperte è diviso in 4 Sezioni:

- **Sezione A Gravidanza**: le domande di questa sezione vanno ad indagare i vissuti, le motivazioni che hanno spinto l'adolescente a portare a termine la gravidanza, il vissuto nei confronti del parto e le figure di riferimento durante questo periodo.

- **Sezione B Maternità:** le domande di questa sezione riguardano i vissuti rispetto la maternità, la percezione di sé come madre, le modalità in cui si prende cura del bambino, i bisogni del bambino, i giochi che fanno insieme, progetti a breve termine, le preoccupazioni riguardo il bambino.
- **Sezione C Attaccamento:** le domande di questa sezione indagano le figure di attaccamento nell'infanzia, l'influenza che l'accudimento ricevuto possa influenzare l'accudimento verso il proprio figlio, modalità dell'accudimento ricevuto che vorrebbe attuare in modo diverso nei confronti del figlio, cosa succede quando si allontana dal figlio e cosa succede quando ritorna, cosa prova quando si allontana dal figlio.
- **Sezione D Risorse:** le domande di questa sezione riguardano la percezione dei propri punti di forza, delle risorse e delle modalità in cui vengono affrontate le difficoltà. Vengono inoltre indagate le figure di riferimento nei casi di bisogno, i punti di forza e punti deboli come madre.

Strumenti di valutazione sull'attaccamento

Nel corso dello sviluppo le modalità di attaccamento possono costituire un fattore fondamentale di protezione, in particolare in rapporto alla maggiore capacità di autoregolazione emotiva di fronte a situazioni traumatiche esterne o interne, oltre che di fronte a stress normativi (come le trasformazione del corpo). Questa maggiore capacità di autoregolazione sembra connessa ad una migliore capacità di elaborare cognitivamente il significato degli eventi del passato e il monitorare il Sé in funzione di coping (De Vito, Muscetta, 2010). Per tale motivo la valutazione dell'attaccamento assume un ruolo molto importante nella possibilità genitoriali. Fra i test di valutazione dell'attaccamento si suggerisce il Parental Bonding Instrumental (Parker, 1979).

Parental Bonding Instrumental (Parker, 1979). (tradotto in Appendice) Questo questionario elenca diversi atteggiamenti e comportamenti riferiti ai genitori della persona (dai 16 anni) alla quale viene somministrato. L'indagine riguarda le cure offerte in passato dai genitori e valuta le caratteristiche del legame genitoriale instauratosi. Il PBI è uno strumento che misura due distinte dimensioni riferibili al costrutto dell'attaccamento: l'accudimento e l'iperprotettività in persone che abbiano compiuto almeno il sedicesimo anno di età. Tale strumento è sotto forma di questionario autosomministrato dove l'adolescente deve ricordare la relazione con i propri genitori, concentrandosi in particolare su tale relazione fino al compimento del sedicesimo anno di età. Lo strumento si compone di due distinte versioni, entrambe composte da 25 item (12 che saturano la dimensione "accudimento", 13 per la dimensione "iperprotettività"): la prima versione riguarda la relazione di attaccamento con la madre mentre la seconda si incentra sulla relazione con il padre e ad ogni soggetto viene chiesto di rispondere entrambe le versioni dello strumento. Tutti gli item presentano un formato di risposta su scala Likert a 4 punti (0 = *Per niente vero* 3 = *Molto vero*). Per l'attribuzione dei punteggi, quesito specifico da

te sollevato, gli autori indicano le seguenti procedure di *scoring*: innanzitutto si devono considerare quelli che sono gli item *reversed*; in questi item, a causa della loro formulazione, il punteggio corrispondente alla risposta data ha un significato opposto rispetto a quello degli altri item. Tali domande, oltre ad essere utili per cercare di controllare *bias* dei rispondenti come ad esempio la desiderabilità sociale e la loro assertività, solitamente sono quantitativamente molto simili agli item non *reversed*. In questi casi i punteggi delle risposte date dai soggetti devono essere invertiti per fare in modo che ad alto punteggio corrisponda sempre un'elevata presenza del costrutto oggetto di indagine. Nello specifico del PBI, gli item *reversed* sono: 2, 3, 4, 7, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 24 e 25.

In questi item, se ad esempio un soggetto avesse risposto 2 il punteggio ottenuto a tale item sarebbe 1: infatti si utilizza la seguente tabella di conversione:

Risposta data Punteggio reale del costrutto

0	3
1	2
2	1
3	0

Una volta effettuata tale conversione si può iniziare a sommare le risposte date dai soggetti così da ottenere il punteggio per ognuna delle sottoscale: come precedentemente detto, il test si compone di due distinte scale e il punteggio relativo ad ognuna di esse è dato dalla somma delle risposte date agli item che compongono la sottoscala di interesse. Nello specifico, gli item che compongono le due distinte sottoscale sono (con R si indica nuovamente gli item *reversed*):

<i>Accudimento</i>	<i>o Iperprotettività</i>
1	3(R)
2 (R)	7 (R)
4(R)	8
5	9
6	10
11	13
12	15 (R)
14 (R)	19
16 (R)	20
17	21 (R)

18 (R)	22 (R)
24 (R)	23

Una volta sommati i punteggi ottenuti da tutti i saggetti, che quindi vanno da un minimo di 0 ad un massimo di 36 per la scala "Accudimento" e 39 per la scala "Iperproettività", gli autori propongono dei cutoff per l'interpretazione degli stessi: il cut-off è un punteggio soglia che permette di discriminare tra soggetti con alta caratteristica misurata e bassa presenza del costrutto oggetto di indagine. Per quel che riguarda "Accudimento" si considera elevato quando il punteggio al test di attaccamento verso la madre è maggiore di 27 mentre nella versione dello strumento per la misurazione dell'attaccamento con il padre il cut-off è 24. Per la sottoscala "Iperproettività" il cut-off della prima versione del test è 13.5, mentre per quel che riguarda l'altra versione è 12.5. Gli autori, sulla base della distinzione tra alto e basso accudimento e alta e bassa iperproettività classificano sia le madri che i padri in quattro distinte tipologie:

1. *Vincolo affettuoso*: genitori con alti punteggi sia per la scala "Accudimento" che "Iperproettività"
2. *Genitori ottimali*: genitori con un alto punteggio nella scala "Accudimento" e basso punteggio nella scala "Iperproettività"
3. *Controllanti senza affetto*: genitori con basso punteggio di "Accudimento" e alto di "Iperproettività"
4. *Genitori negligenti*: genitori con bassi punteggi su entrambe le scale
(<http://www.vertici.com/servizi/psicofinder/template.asp?cod=14143>).

Strumenti di valutazione delle rappresentazioni genitoriali

Test della Doppia Luna (Greco, 1999): lo strumento indaga la rappresentazione della famiglia fornita graficamente dal soggetto, in cui il soggetto ha la possibilità di sentirsi parte di più nuclei familiari contemporaneamente. Attraverso il disegno il soggetto disegna il proprio mondo relazionale e la parte esterna di questo, nonché le persone significative che fanno parte di esso. La consegna è: *“Questo rettangolo rappresenta il suo mondo, cioè quello che a lei interessa, le persone per lei importanti. Lo spazio esterno al rettangolo è tutto ciò che c’è al di fuori di questo mondo”*. (Ordine degli Psicologi della Regione Emilia-Romagna, 2009; Di Vita, Brustia, 2008; Greco, 2006). Questo test si sposa con il concetto che la genitorialità, come processo psichico attraverso il quale un uomo e una donna diventano genitori, si fonda sullo spazio che i genitori costruiscono nella loro mente, spazio destinato a contenere l’idea di un figlio e l’immagine di sé come madre e padre. E’ uno spazio i cui confini si confondono con quelli di aree più antiche, che hanno a che vedere con l’immagine dei propri genitori e il ricordo dei rapporti con loro, nella realtà e nella fantasia (Di Vita, Brustia, 2008; Greco, 2006).

Parent Preference Test (PPT) (Westh 2006; Baiocco, Westh, Laghi, Carsten Rosenberg, Ferrer, D'Alessio, 2008): solo recentemente impiegato in Italia, rileva lo stile genitoriale prendendo quattro dimensioni principali: la concentrazione dell'attenzione verso il bambino e i suoi bisogni; la regolazione emotiva; lo stile di regolazione; il livello di attività, in cui viene stabilito un continuum tra stile passivo e stile attivo del genitore. Composto di 24 figure stimolo cui il soggetto deve rispondere, scegliendo tra 4 immagini che descrivono diverse alternative di risposta al test.

Parenting Stress Index PSI (Abidin, 1995, adattato per Giunti OS 2008): il PSI è uno dei questionari suggeriti nella valutazione delle relazioni genitoriali nei casi di affidamento. Il Questionario self report che valuta l'intensità del *distress* riferito dal genitore relativamente alle situazioni quotidiane di interazione con il bambino: stress totale, *distress* genitoriale, interazione genitore-bambino disfunzionale, bambino difficile.

Assessment of parenting skills: infant and preschooler APSIP (Elliot, 2005): consiste nel valutare le abilità parentali di genitori con figli nel primo anno di vita e sino ai cinque anni di età. Le aree indagate sono: disciplina, paure (dell'estraneo, della mobilità, della separazione, incubi e paure notturne, degli eventi reali, astratte, medici e dentisti), capricci, piangere, differenze individuali e temperamento, routine quotidiana, forze genitoriali e consapevolezza, piangere e/o ricercare attenzione.

Strumenti di osservazione da parte del genitore del comportamento infantile

Gli strumenti suggeriti sono due questionari osservativi con l'obiettivo, innanzitutto di valutare le capacità osservative dell'adolescente, nonché la possibilità di modificare tali abilità in conseguenza degli input forniti dal valutatore. Più precisamente, si può valutare le capacità di individuare comportamenti adeguati e non adeguati rispetto l'età, sollecitare la riflessione critica su aspetti in precedenza non osservati per mancanza di conoscenze sullo sviluppo psicologico del figlio, valutare, inoltre, le capacità di interpretare i complessi segnali inviati dal proprio.

Questionari italiani del temperamento. QUIT (Axia, 2002): il QUIT è un questionario ad uso del genitore. Il comportamento usuale del bambino viene valutato nei diversi contesti: il bambino con gli altri, il bambino che gioca e il bambino di fronte alle novità. Le istruzioni chiedono al genitore di pensare al comportamento del bambino nell'ultima settimana, in modo da evitare generalizzazioni indebite. I comportamenti sono valutati su una scala di frequenza che va da quasi mai a quasi sempre. Le scale sono piuttosto obiettive e riducono l'impatto di variabili estranee alla misurazione, come la desiderabilità sociale. Il Quit evidenzia 4 profili temperamentali: temperamento emotivo, temperamento calmo, temperamento normale e temperamento difficile. Esistono 4 forme: 1-12 mesi, 13-36 mesi, 3-6 anni, 7-11 anni.

Questionario sullo sviluppo comunicativo e linguistico nel secondo anno di vita. QSCL (Camaioni L. Caselli MC. Longobardi E. Volterra V. Luchenti S. (2008): il QSCL è un questionario strutturato in cui si chiede al genitore di indicare quali comportamenti, comunicativi e non, vengono prodotti dal bambino all'interno di specifici contesti di vita quotidiana:

1. Cosa fa il bambino quando ha fame
2. Cosa fa il bambino quando vuole uscire di casa
3. Come si comporta il bambino quando vuole un giocattolo
4. In assenza della persona preferita cosa fa il bambino per richiamarla
5. Quando guardate/leggete insieme un libro cosa fa il bambino
6. Quando giocate insieme a cucù-settete cosa fa il bambino

All'interno di ciascun contesto viene specificata una serie di comportamenti, sia comunicativi che non comunicativi, di tipo motorio, gestuale, vocale e linguistico, che il bambino può esibire.

Capitolo 4

Promuovere le competenze genitoriali nelle madri adolescenti

Introduzione

Negli ultimi anni, grande attenzione viene data alla prevenzione a livello familiare, intesa come l'accompagnamento, il sostegno e la promozione delle relazioni familiari non solo in caso di crisi, malattia e disagio ma anche nei momenti di complessità quotidiana, con l'obiettivo di mobilitare le risorse della famiglia stessa nella gestione efficace di eventi critici (Bertoni, Donato, Ranieri, 2010; Novik, Novik, 2009). Il termine sostegno qui è affiancato a valorizzazione, che individua invece una cornice di significato in cui l'utente è portatore di risorse e potenzialità da far emergere e da promuovere (Sità, 2005). Il lavoro di sostegno con i genitori può rappresentare la strada maestra per la prevenzione del disagio psicologico dei minori e si configura come un modo proficuo per rendere le famiglie capaci di gestire autonomamente i problemi rafforzandone le abilità strategiche e le risorse nel rapporto con i figli (Malagoli Togliatti, Tafà, 2005). In tale ottica la prevenzione viene intesa non solo come un pre-venire eventi critici, ma soprattutto in ottica promozionale. La promozione infatti, porta l'attenzione sui fattori protettivi, sulle risorse e sulle abilità familiari, affinché vengano utilizzate in modo adeguato. Spesso infatti le famiglie possiedono già risorse e competenze che non utilizzano o che non sanno di avere (Bertoni, Donato, Ranieri, 2010; Puliatti, in stampa). Promuovere la famiglia significa, lavorare per una migliore qualità della vita, dare "potere" alla famiglia secondo una concezione di *empowerment* in cui tra gli obiettivi possiamo trovare:

- acquisizione di consapevolezza rispetto a sé, alla propria situazione alle proprie risorse;
- definire obiettivi e percorsi volti a superare o modificare la situazione presente;
- l'attivazione di risorse, personali, di contesto (Sità, 2005; Zappa,2008).

Sono ad esempio i molti progetti di promozione delle competenze genitoriali presenti in Italia, tra i quali ad esempio: il Programma genitori efficaci (Giusti, 2005), l'applicazione del *Systematic Training for Effective Parenting of Teens* (Santinello e Canna, 1998); progetti realizzati in particolare con gruppi di genitori

adolescenti (Cicognani, Baldazzi, Cerchierini, 2005); i percorsi di promozione e arricchimento dei legami familiari (Iafrate, Rosnati e Bertoni 2007; Bertoni, Donato, Ranieri, 2010).

Promuovere le capacità genitoriali nell'adolescenza

L'intervento con madri adolescenti presenta più difficoltà per gli operatori, rispetto ad interventi su madri più adulte, perché “la domanda che le gestanti adolescenti rivolgono all'ambiente, servizi o famiglie, è di tipo infantile, dipendente: spesso senza impegnarsi né assumersi responsabilità (Marchegiani, Grasso, 2007). In ambito statunitense, dove la gravidanza adolescenziale rappresenta un vero allarme sociale, sono stati effettuati numerosi studi per mettere a punto interventi efficaci allo scopo di aiutare queste giovani madri a relazionarsi in modo sicuro con i propri bambini. Molti di questi interventi venivano effettuati a casa della madre e del bambino. Uno studio (Brophy-Herb, Honig, 1999) si è focalizzato sulla riflessività di queste madri, effettuando videoregistrazioni all'inizio dell'intervento, dopo 3 mesi e al termine dell'intervento, dopo 5-6 mesi. Le visite venivano effettuate settimanalmente. L'intervento era teso a promuovere la sensibilità materna, utilizzando anche discussioni sul passato della madre. La riflessività materna rispetto alle proprie esperienze passate si è rivelato correlato all'aumento di sensibilità e di adeguati comportamenti genitoriali. Da questo studio è emerso che le madri più capaci a rielaborare le proprie emozioni rispetto al proprio vissuto risultavano essere quelle più inclini a ricevere aiuto dall'intervento.

In una ricerca statunitense (Koniak-Griffin et al., 2002) si è studiata la differenza tra un programma di intervento precoce per madri adolescenti costituito da visite domiciliari effettuate da infermiere professioniste e il tradizionale servizio pubblico. I risultati dimostrano gli effetti positivi delle visite domiciliari sulla salute del bambino: i giorni di ospedalizzazione dei bambini erano drasticamente ridotti nel gruppo che beneficiava dell'intervento insieme ad un incremento dei livelli di immunizzazione di questi bambini. In un altro studio americano è stata valutata l'efficacia del *Parenting Project for Teen Mothers* (Woods et al., 2003). Le madri adolescenti che avevano aderito al progetto, che consisteva in 12 sessioni settimanali di gruppo, sono state confrontate con un gruppo di controllo, costituito dalle madri che avevano rifiutato l'adesione all'intervento. Le madri che avevano beneficiato dell'intervento mostravano, al termine, incrementi nelle misure del ruolo materno, nella percezione dell'esperienza della gravidanza, aspettative appropriate rispetto allo sviluppo normativo del bambino e maggior empatia.

La maggior parte di questi interventi prevede che operatori professionisti, adeguatamente formati e supervisionati, effettuino l'intervento a casa della madre e del bambino. Nel caso delle madri adolescenti questo fattore risulta particolarmente importante, data la loro difficoltà di spostamento indipendente, dovuta alla mancanza di patente automobilistica o alla mancanza di mezzi autonomi. D'altra parte anche l'intervento domiciliare può risultare difficoltoso perché spesso queste ragazze vivono nella casa dei genitori, situazione che può non garantire la necessaria tranquillità per effettuare l'intervento (Marchegiani, Grasso, 2007). Se l'intervento viene effettuato in altre sedi, è importante considerare le eventuali difficoltà pratiche per raggiungere la sede prescelta.

Da questa serie di risultati emerge sia la necessità di intervenire a scopo preventivo sulle madri adolescenti, sia l'effetto positivo che emerge dagli interventi sperimentati da questi studi (Voltolin).

Modelli di intervento con le madri adolescenti

Considerare l'adolescenza come uno svantaggio per la gravidanza sembra scontato, in realtà la gravidanza precoce può non risultare negativa quando viene offerto alle giovani madri la possibilità di fruire di un ampio supporto sociale, fattore che si associa alla possibilità di ottenere un livello di istruzione e un miglioramento di vita in termini sociali, familiari e lavorativi.

La mamma adolescente ha innanzitutto bisogno di:

- Rinforzamento delle risorse individuali.
- Apprendimento di abilità osservative, informazioni circa lo sviluppo del bambino.
- Stabilità e miglioramento del contesto (affettivo, logistico, relazionale).
- Tenere costantemente a mente il futuro come obiettivo perseguibile.

Di seguito vengono proposti alcuni interventi di promozione di capacità genitoriali che possono essere progettati singolarmente o in un'ottica di integrazione tra approcci.

1. Gli interventi basati sulla teoria dell'attaccamento: gli studi condotti nell'ambito dell'Infant Research hanno messo in luce le precoci disposizioni sociali infantili, sottolineando l'importanza delle competenze genitoriali nell'ambito del caregiving. Tali competenze genitoriali risultano particolarmente compromesse nelle situazioni ad alto rischio psicosociale, nel cui ambito, il sommarsi di numerosi fattori individuali ed ambientali avversi influenzano negativamente la qualità degli scambi interattivi, esponendo i bambini alla possibilità di esiti psicopatologici. In tale ottica gli interventi basati sull'attaccamento rappresentano una rilevante risorsa messa a disposizione per la promozione della genitorialità e del benessere infantile (Finistrella, Trentini, 2007).

- Il VIPP (*video intervention to promote positive parenting*) e il VIPP-R, sono di breve durata e si svolgono a casa del bambino, basati sulla teoria dell'attaccamento, intervengono sia sul comportamento del genitore sia sulle sue rappresentazioni. L'intervento tramite video-feedback (**VIPP: Video Intervention to promote Positive Parenting**) si propone di promuovere il comportamento sensibile della madre fornendo un video-feedback personalizzato, oltre ad alcuni opuscoli informativi sulle risposte sensibili che si possono dare al bambino in situazioni di vita quotidiana. L'intervento VIPP prevede che vengano affrontati quattro temi in successione, nel corso delle quattro visite domiciliari previste: la ricerca di

contatto del bambino e il suo comportamento esplorativo, la percezione accurata dei segnali e delle espressioni del bambino, l'importanza di rispondere in modo adeguato e pronto ai suoi segnali ed infine la condivisione delle emozioni e la sintonia affettiva. Il secondo tipo di intervento, **VIPP-R**: prevede delle discussioni aggiuntive sulle relazioni di attaccamento attuali e su quelle del passato; tali discussioni sono finalizzate ad aiutare i genitori a riconsiderare le proprie esperienze infantili e ad individuare la loro relazione con il legame che stanno sviluppando con il proprio figlio. Le discussioni sull'attaccamento del VIPP-R affrontano quattro tematiche, sviluppate durante le visite a casa: 1) le esperienze di separazione vissute dalla madre quando era bambina, e le esperienze di separazione vissute dal proprio figlio nel presente; 2) il comportamento dei genitori nei suoi confronti durante l'infanzia e il proprio comportamento attuale come madre nei confronti del proprio bambino; 3) il modo in cui è avvenuto il distacco dai genitori durante l'adolescenza e come sono cambiate le relazioni con i genitori, le esperienze attuali con i propri genitori e le aspettative che la madre ha sulla relazione futura con il proprio figlio; 4) il legame esplicito tra "l'essere figlia dei miei genitori" e "l'essere genitore di mio figlio" (Voltolin; Cassibba, IJendoorn, 2005).

- Gli interventi di *Home Visiting* rappresentano una realtà significativa e nuova, in quanto si svolgono presso le abitazioni delle famiglie interessate (Finistrella, Trentini, 2007; Prezza, Speranza, Todini, 2006). La possibilità per l'operatore di entrare direttamente nel contesto in cui le famiglie vivono gli permette di raggiungere le famiglie "inaccessibili", sfiduciate dai servizi sociali o impossibilitate a raggiungere i luoghi di cura. Inoltre, l'abitazione della famiglia rappresenta un luogo di osservazione privilegiato, da cui si possono ottenere molte informazioni riguardanti la rete di supporto esterna (nonni, amici, comunità di appartenenza), le dinamiche relazionali e le risorse o le carenze familiari (Prezza, Speranza, Todini, 2006). L'Home Visiting non è un singolo intervento o una particolare tecnica, ma un processo attraverso il quale gli operatori, adeguatamente preparati, svolgono un ruolo di supporto e di aiuto alla genitorialità, con l'obiettivo di ridurre i fattori stressanti, di rafforzare il processo di interazione caregiver-bambino ed attivare e sostenere lo sviluppo evolutivo. L'Home Visiting come intervento di sostegno alla genitorialità e di prevenzione e promozione della salute infantile ha ottenuto, nel tempo, dei buoni risultati in termini. Il programma è importante perché si propone di esaminare l'efficacia dell'intervento di effettiva riduzione dei rischi per lo sviluppo del bambino, e di realizzabilità e praticabilità degli interventi domiciliari (Allevato, 2007). Sulla base di questi risultati positivi, l'Home Visiting si è notevolmente diffuso in molti Paesi, tra cui gli Stati Uniti, l'Inghilterra e l'Australia, ed è ormai diventato parte integrante dei servizi di salute pubblica. In Italia gli interventi preventivi sono ancora in fase di realizzazione. Infatti, solo negli ultimi anni, la politica italiana si è pronunciata rispetto

al sostegno della genitorialità con la *legge 328 del 2000* (L.328/00), che prevede la realizzazione di un “sistema integrato di interventi sanitari e servizi sociali”, rivolto in particolare ai nuclei familiari a rischio. Inoltre, il *Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali 2001/2003* precisa che “(...)specifica attenzione deve essere dedicata alle famiglie che, di fronte alle responsabilità genitoriali, si trovano in particolare difficoltà; ciò attraverso lo sviluppo di servizi (anche domiciliari) che sostengano le competenze genitoriali(...)” (A.A.V.V., 2006, p. 408). Tra i programmi preventivi, realizzati negli ultimi anni, il progetto di Home Visiting di Ammaniti e collaboratori (2007) risulta innovativo e molto importante anche rispetto ai progetti internazionali analizzati. Le madri che ricevono le visite domiciliari, pur provenendo da una popolazione ad alto rischio, mostrano una buona collaborazione e una sufficiente compliance con le operatrici (Ammaniti, Speranza, Tambelli, Odorisio, Vismara, 2007; Prezza, Speranza, Todini, 2006).

2. **Progetto Genitori:** segue una metodologia psicoeducazionale e nasce con l’obiettivo di aiutare i genitori, genitori singoli e genitori adolescenti, a riconoscere e utilizzare le risorse che hanno, di produrne di nuove per sé e per i figli, e di riconoscere e eventualmente modificare le condizioni che creano il disagio proprio e del figlio. Gli obiettivi educativi sono:

- individuare punti deboli e punti di forza nella genitorialità;
- individuare, riconoscere e promuovere le risorse;
- riconoscere e modificare le condizioni che creano disagio;
- aumentare il senso di autoefficacia attraverso l’apprendimento di competenze genitoriali.

Viene valutata inizialmente la capacità osservativa dell’adolescente nonché la sua suscettibilità ad essere migliorata in seguito agli stimoli forniti. Valutando la possibilità di promuovere una maggiore sensibilità osservativa e di intrattenere una relazione con il bambino sufficientemente adeguata ai suoi bisogni di scoperta, crescita e maturazione. Sappiamo, infatti, che ricerche condotte su popolazioni di madri a rischio psicosociale hanno evidenziato una minore responsività nelle interazioni con i loro bambini, secondo il motto “*accudiamo così come siamo stati accuditi*”. Ma l’accudimento si può imparare, e offrire alla mamma un sostegno alla sua funzione genitoriale, aiutando a leggere ed interpretare i segnali del suo bambino, possono essere utili elementi di sviluppo di autoefficacia nell’esprimere competenze genitoriali (Puliatti, in stampa). Secondo questo approccio sono utilizzati anche letture sullo sviluppo del bambino, di facile apprendimento (Leiderman, 2008; Miller, 2009; Emanuel, 2009).

3. **Le Comunità mamma-bambino:** hanno un'origine molto recente e sono nate con lo scopo di tutelare, promuovere e ricostruire la relazione all'interno della diade madre-bambino, ove sia stata compromessa o rischi di esserlo (Tomisich, Zucchinali, 2009), L'obiettivo fondamentale è di offrire uno spazio in cui la mamma con il figlio abbia la possibilità, con aiuti di personale specializzato, di riorientarsi nel proprio progetto di vita e di genitore. Gli interventi che una comunità propone di dare al nucleo familiare sono in genere di natura psicologica ed educativa e si propongono diversi obiettivi:
- Dare un supporto al bambino e alla madre nel processo di crescita e di elaborazione dei vissuti connessi al maltrattamento o agli abusi subiti.
 - Creare un momento di riflessione e di orientamento per il progetto di vita del genitore.
 - Offrire alla madre stimoli e opportunità per sviluppare e sperimentare risorse affettive e relazionali al fine di migliorare la qualità dei rapporti con l'ambiente intrafamiliare ed esterno.
 - Consentire alla madre di sperimentare una maggiore responsabilità nel rapporto genitoriale e di sviluppare più competenze nella gestione della vita quotidiana.
 - Recuperare per il bambino una dimensione di vita quotidiana il più possibile normale (orari, ritmi, attività); spesso infatti i bambini ospiti provengono da situazioni di forte degrado, da esperienze drammatiche di abbandono che necessitano di un clima accogliente e ben strutturato per poter in qualche modo essere superate (De Rosa, Villa, 2009).

Conclusioni

Questo piccolo contributo si proponeva l'obiettivo di fornire elementi conoscitivi, ma anche spunti di riflessione e proposte in un'ottica di promozione della genitorialità adolescenziale, fenomeno complesso sia da un punto di vista psicologico che giuridico.

Nella redazione di questo lavoro si è seguita una linea di pensiero in ottica di *problem solving*: identificare il problema e trovare delle soluzioni adeguate. Se è vero che i fattori di rischio per le madri adolescenti e i loro bambini sono molteplici, sembra sempre più chiaro come la soluzione non possa essere solo riconducibile all'allontanamento del minore dal genitore adolescente, che si inserisce più come un intervento a breve termine, non considerando le conseguenze sia per la madre che per il bambino a lungo termine (Dell'Antonio, 2000). Emerge infatti la necessità di progettare interventi preventivi e promozionali in favore di questa realtà, molta strada c'è ancora da fare da un punto di vista giuridico e sociale.

Vorrei concludere con un estratto di un'intervista ad una madre adolescente:

“Giulio è il più grande amore della mia vita», racconta Manuela, che ha 18 anni ed è mamma da due, seduta nella piccola sala ascolto di un consultorio romano del quartiere Centocelle, mentre fa scorrere sul cellulare le foto di un bimbetto dall'aria vispa, occhi neri e capelli neri, ma l'immagine più divertente è quella in cui tutti e due hanno un ciuccio in bocca, quei ciucciotti caramella che si comprano negli autogrill e fanno venire le carie ai denti. Insieme oggi sono il ritratto dell'allegria, ma Manuela è onesta e dice che se non fosse stato per sua madre Gina, ausiliaria scolastica e per le psicologhe del consultorio, non ce l'avrebbe fatta. «Prima di parlarne a mia madre, prima di dirle ciò che temevo, ho aspettato oltre due mesi, poi ho fatto il test, ero confusa, lei mi ha portato subito qui, dalla ginecologa, e quando ho saputo che era troppo tardi, che insomma lo avrei dovuto tenere, mi è sembrato di essere in prigione, senza scampo... Poi però Giulio è nato, ed è diventato il mio sole». «Facevo il terzo anno dell'Istituto Alberghiero. Al quinto mese ho smesso di andare a scuola. Il padre è un ragazzo del mio quartiere, ma è stata una storia di pochi giorni, un'avventura e fino ad

oggi non ha voluto riconoscere il bambino. Ma quando ho sentito che la mia famiglia mi avrebbe sostenuto - dice ancora Manuela, tenendo per mano la madre Gina, che ha l'aria forte e concreta e soltanto 36 anni- ho iniziato ad amare questo esserino dentro di me. Piano piano anche mio padre si è rasserenato, mia sorella Federica invece è stata felice fin da subito, per lei era un gioco... Ho avuto un parto stupendo, con me c' erano anche mia madre e mia sorella, adesso Giulio dorme con il suo lettino nella mia stanza e i miei vecchi peluche sono diventati i suoi. No, a scuola non sono tornata, mio padre fa la guardia giurata e anche mia madre lavora, non avremmo potuto pagare qualcuno per guardare Giulio. Ma sto preparando gli esami come privatista e cercherò di farcela... La verità è che alla fine Giulio è stato un regalo per tutti»(De Luca, 2010)

Appendice

LINEE- GUIDA CISMAI PER LA VALUTAZIONE CLINICA E L'ATTIVAZIONE DEL RECUPERO DELLA GENITORIALITÀ NEL PERCORSO PSICOSOCIALE DI TUTELA DEI MINORI

AREA TEMATICA 1 DEFINIZIONE DEL CONTESTO VALUTATIVO

Finalità

Esplicitazione ai genitori e ai minori da parte dell'equipe multiprofessionale:

- a) dell'obiettivo del recupero delle capacità genitoriali;
- b) della proposta di un percorso valutativo;
- c) circostanze e tempi in cui sono sorti i sospetti di inadeguatezza e sintomatologia presentata dal minore;
- d) segnali raccolti dall'ambiente scolastico, dal medico, dal vicinato...;
- e) del mandato dell'autorità giudiziaria dove esistente;
- f) dei tempi e dei metodi utilizzati dal servizio per l'intervento di protezione e tutela

Sono considerati **indicatori** della collaborazione dei genitori con gli operatori :

- a) rispetto delle regole del setting;
- b) partecipazione attiva agli incontri;
- c) accoglimento delle indicazioni e delle prescrizioni fornite dagli operatori e dall'autorità giudiziaria.

Strumenti indicati: sedute familiari, sedute di coppia, sedute con i minori.

AREA TEMATICA 2

PROFILO ANAMNESTICO DELLA COPPIA

Finalità

1-Ricostruzione della storia di coppia e delle relazioni con le famiglie di origine in ottica trigerazionale.

2-Ricostruzione della storia personale e individuazione dei patterns di attaccamento.

Sono considerati **indicatori** per il recupero delle competenze genitoriali in questa area :

- a) caratteristiche disfunzionali della relazione di coppia;
- b) presenza/assenza di legami irrisolti con le rispettive famiglie di origine;
- c) congruenza/incongruenza nella ricostruzione della propria infanzia nel rapporto con i propri genitori;
- d) riconoscimento e consapevolezza delle carenze subite e della propria sofferenza.

Strumenti indicati: colloqui psicologici clinici individuali e congiunti con i genitori e/o con i membri della famiglia di origine.

AREA TEMATICA 3

PROFILO DI PERSONALITÀ DEI GENITORI

Finalità

Individuare il profilo psicologico delle figure genitoriali fatto salvo quanto disposto dall'art. 220 c.p.p.

(divieto

di sottoporre ad indagine psicodiagnostica l'indagato se non in accordo con l'autorità giudiziaria).

Sono considerati **indicatori** per la valutazione delle competenze genitoriali in questa area:

- a) capacità/incapacità di aderire alla realtà;
- b) capacità/incapacità di controllo degli impulsi;
- c) capacità/ incapacità di tollerare le frustrazioni;
- d) capacità/incapacità di modulare la relazione affettiva.

Strumenti indicati: colloqui psicologici clinici, l'utilizzo di test proiettivi e test di rilevazione dei patterns di attaccamento, A.A.I.(adult attachmentinterview) formula breve.

AREA TEMATICA 4

RAPPORTO DEI GENITORI CON I FIGLI

Finalità

1-Valutazione della storia della genitorialità.

2-Valutazione del modo in cui l'organizzazione familiare si è strutturata nel tempo.

3-Osservazione della qualità della relazione genitore/figlio.

Sono considerati **indicatori** per il recupero delle competenze genitoriali :

- a) tipo di investimento attivato da ciascun genitore nei confronti del figlio;
- b) caratteristiche dell'alleanza genitoriale stabilita dalla coppia;
- c) presenza/assenza di riconoscimento dei bisogni psicologici e di accudimento del bambino;
- d) presenza /assenza dei confini generazionali;
- e) capacità/incapacità della coppia di mantenere i confini generazionali con i figli;
- f) flessibilità/rigidità delle relazioni affettivo-educative nei confronti dei figli;
- g) qualità dei legami nella fratria;
- h) capacità di attenzione e ascolto del bambino;
- i) capacità di contenimento emotivo;
- j) capacità di mettere in parola sentimenti, emozioni, esperienze.

Strumenti indicati: colloqui psicologici con la coppia, con i singoli genitori, sedute con genitori e figli.

Osservazione della relazione genitori-bambino nelle sedute cliniche. Integrazione di informazioni provenienti dai differenti contesti di vita.

AREA TEMATICA 5

INDICATORI PROGNOSTICI DI TRATTABILITÀ TERAPEUTICA

Finalità

Verifica della attivazione delle risorse genitoriali

Sono considerati **indicatori** di recupero di competenza genitoriale a valenza riparativa:

- a) riduzione dei meccanismi difensivi di negazione;
- b) comprensione e co-partecipazione alla sofferenza del figlio;
- c) capacità di comprensione del danno arrecato al figlio attraverso la condivisione della rilettura dei significati individuali e relazionali dei comportamenti pregiudizievole;
- d) capacità di assumersi le proprie responsabilità e attivare comportamenti riparativi in funzione del cambiamento;
- e) capacità iniziale di condividere un progetto d'intervento riparativo.

Strumenti indicati: colloqui di restituzione con le figure genitoriali e/o i figli

Criteri psicologico-giuridici di valutazione delle capacità genitoriali
(Camerini, Volpini, Sergio, De Leo, 2008).

A) Supporto sociale e capacità organizzativa: capacità di promuovere, accompagnare e sostenere i processi di

sviluppo e di socializzazione e di adattamento all'ambiente esterno (coping).

A1) Supporto dello sviluppo cognitivo e delle abilità di apprendimento sociale e scolastico.

A Il)-C Si occupa di seguire/di far seguire il figlio nei compiti scolastici (negli apprendimenti prescolastici)?

A 12) Insegna e trasmette i valori di riferimenti culturali del suo ambiente di appartenenza?

A2) Supervisione e disciplina nel comportamento sociale.

A 21) Cerca di dare al figlio consigli/istruzioni su come bisogna comportarsi con le altre persone al di fuori della famiglia?

A 22) Prevede regole e limiti circa le abitudini, gli orari, le autonomie nella vita di relazione?

A3) Capacità di individuazione delle strutture esterne alla famiglia necessarie per l'equilibrio adattivo del figlio ed intermediazione supportiva .:

A 31)-C È disposto ad accettare ed a collaborare con agenzie esterne alla famiglia per la gestione educativa del figlio? .

A 32) Induce il figlio a frequentare attività sportive/ricreative socializzanti?

A4) Sicurezza e non esposizione del bambino ad eventi ambientali sfavorevoli.

A 41) Presta attenzione ai pericoli ai quali il figlio può essere esposto in casa o nella sua vita di relazione e sociale?

A 42) Prende qualche iniziativa per evitare problemi e difficoltà di integrazione del figlio nell'ambiente scolastico

e sociale?

B) Protezione: capacità di proteggere e di tutelare il bambino nell'ambiente familiare, scolastico e sociale.

:81) Controllo.

B Il) Esercita un controllo sulle abitudini e sui ritmi di vita/sulla igiene e sulla salute del figlio?

B 12) Esercita un controllo sulle attività esterne (sociali) e sulle frequentazioni del figlio/sulla esposizione del figlio

ai comportamenti che gli altri (adulti o coetanei) agiscono nei suoi confronti?

B2) Rispetto della intimità e della sfera corporea e sessuale.

B 21) Viene data attenzione al rispetto per la sfera corporea e sessuale e per la intimità del figlio?

B22) Viene data attenzione alla esposizione del figlio a scene/situazioni/immagini a contenuto sessuale?

B3) Flessibilità nella gestione delle responsabilità riguardanti la cura e la guida del bambino.

B 31) È disponibile a delegare qualche sua incombenza/responsabilità educativa ad altre persone dentro o fuori

la cerchia familiare?

B 32)-C Collabora con l'altro genitore nella gestione educativa del figlio?

B4) Esposizione del bambino alla violenza fisica/psicologica (diretta o assistita).

B 41)-C Cerca di evitare che il figlio assista a liti/scene di violenza in famiglia?

B 42) Coinvolge il figlio come alleato/come spettatore nei conflitti relazionali intrafamiliari?

C - Calore ed empatia (care): capacità di riconoscere i bisogni emotivi/affettivi del figlio-e di fornire i supporti

necessari.

C1) Capacità di incoraggiamento di fronte alle difficoltà/alle frustrazioni e di comunicare la accettazione.

C Il) Reagisce in maniera positiva/incoraggiante se il figlio ha un insuccesso/una delusione in ambito scolastico/sociale? .

C 12) Riesce ad ascoltare il figlio quando esprime difficoltà di relazione intrafamiliari?

C2) Capacità di accogliere e contenere le richieste del bambino.

C 21) Riesce a rispondere in maniera equilibrata/adeguata alle richieste del figlio? t 22) Riesce a rispondere in maniera equilibrata/adeguata alle provocazioni?

C3) Supporto e scambio emotivo, accudimento.

C 31) Riesce ad ascoltare il figlio (a rendersi disponibile/accessibile) se le appare triste, o arrabbiato, comunque

con qualche problema affettivo relazionale?

C 32)-C Riesce trasmettere affetto e calore al figlio, con i gesti o con le parole?

C 4) Punizioni e frustrazioni.

C 41) Capita che il figlio riceva punizioni (fisiche, castighi) molto frequenti/severe?

C 42) Capita che il figlio riceva offese?

Parental Bonding Instrument (PBI)

FORMATO “MADRE”

Questo questionario elenca differenti attitudini e comportamenti dei genitori.

Ripensando al rapporto con tua MADRE nei tuoi primi 16 anni, rispondi apponendo un segno nella casella che ritieni più appropriata.

	Molto	Abbastanza	Poco	Mai
1. Mi parlava con voce calda e amichevole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Non mi dava tutto l'aiuto di cui avevo bisogno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mi lasciava fare le cose che mi piacevano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Appariva emotivamente fredda con me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sembrava capisse i miei problemi e le mie preoccupazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mi voleva bene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Preferiva che prendessi le mie decisioni da solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Non voleva che crescessi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cercava di controllare ogni cosa che facevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Invadeva la mia privacy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Le piaceva approfondire vari argomenti con me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mi sorrideva spesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Aveva la tendenza a trattarmi come un bambino/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Non sembrava capire cosa volessi o di cosa avessi bisogno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mi lasciava decidere da solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mi faceva sentire “indesiderato/a”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Era in grado di farmi sentire meglio quando ero giù	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Non mi parlava molto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Cercava di farmi sentire dipendente da lei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Mi sentivo come se, senza di lei, non fossi in grado di fare nulla da solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mi ha concesso tutta la libertà che volevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mi ha lasciato uscire tutte le volte che volevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Era iperprotettiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Non mi approvava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ha lasciato che mi vestissi come volevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMATO “PADRE”

Questo questionario elenca differenti attitudini e comportamenti dei genitori.

Ripensando al rapporto con tuo PADRE nei tuoi primi 16 anni, rispondi apponendo un segno nella casella che ritieni più appropriata.

	Molto	Abbastanza	Poco	Mai
1. Mi parlava con voce calda e amichevole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Non mi dava tutto l'aiuto di cui avevo bisogno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mi lasciava fare le cose che mi piacevano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Appariva emotivamente freddo con me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sembrava capisse i miei problemi e le mie preoccupazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mi voleva bene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Preferiva che prendessi le mie decisioni da solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Non voleva che crescessi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cercava di controllare ogni cosa che facevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Invadeva la mia privacy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gli piaceva approfondire vari argomenti con me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mi sorrideva spesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Aveva la tendenza a trattarmi come un bambino/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Non sembrava capire cosa volessi o di cosa avessi bisogno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mi lasciava decidere da solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mi faceva sentire "indesiderato/a"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Era in grado di farmi sentire meglio quando ero giù	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Non mi parlava molto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Cercava di farmi sentire dipendente da lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Mi sentivo come se, senza di lei, non fossi in grado di prendere una decisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mi ha concesso tutta la libertà che volevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mi ha lasciato uscire tutte le volte che volevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Era iperprotettivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Non mi approvava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ha lasciato che mi vestissi come volevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bibliografia

- Abazia L. La perizia psicologica in ambito civile e penale. Storia, sviluppi e pratiche. Franco Angeli, Milano, 2009.
- Abidin R. Parenting Stress Index. Giunti OS: Firenze, 2008
- Adamo M. Liverani T. Tomeo E. Validità genitoriale in senso psicologico e giuridico. Newsletter AIPG, 3, 2001
- AIPG. Le capacità genitoriali. Aspetti valutativi e peritali. Atti del convegno di Psicologia giuridica. EUR:Roma, 2008
- Allevato C. Interventi di sostegno alla genitorialità in condizioni di rischio depressivo e psicosociale. Tesi di Laurea, 2006-07, www.tesionline.it
- Ammanniti M. Speranza AM. Tambelli R. Odorisio F. Vismara L. Sostegno alla genitorialità nelle madri a rischio: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia. *Infanzia e adolescenza. Psicodinamica e psicopatologia*. 6, 2, 2007
- Ammanniti, M. Manuale di psicopatologia dell'adolescenza. Cortina: Milano, 2002
- Arrindell W. Nota L. sanavio E. Sica C. Soresi S. Valutazione del comportamento interpersonale e assertivo SIB. Erickson: Trento, 2004
- Asprea AM. Betocchi G. Ansia stress e coping nella prospettiva cognitiva. Gnocchi:Napoli, 1998
- Axia G. Questionari italiani del temperament QUIT. Erickson: Trento, 2002
- Bandura A. Autoefficacia. Teoria e applicazioni. Erickson: Trento, 2000
- Baiocco R. Giannini AM. Laghi F. Scala Alessitimica Romana SAR. Erickson: Trento, 2005

- Baiocco R. Westh F. Laghi F. Carsten Rosenberg H. Ferre CA. D'Alessio M. Psychometric Properties and Construct Validity of the Parents Preference Test PPT. In International Congress of Psychology, 20-25 luglio, Berlino, 2008
- Baumrind D. Parenting Style and Adolescent Development. In Brooks-Gunn, Lerner Petersen. The Encyclopedia of Adolescence. Garland: New York, 1991
- Beck CT. Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale PDSS. Giunti OS: Firenze, 2010
- Benedetto L. Il Parent Training: counseling e formazione per genitori. Carocci, Roma, 2009
- Benedetto L. Ingrassia M. Parenting. Psicologia dei legami genitoriali. Carocci:Roma, 2010
- Bertoni A. Donato S. Ranieri S. Una proposta di valutazione di un intervento promozionale della genitorialità. *Psicologia dell'Educazione*, 4,2:177-200,2010
- Bonino S. Cattellino E. Ciarino S. Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione. Giunti: Firenze, 2007
- Bonino S. Paura del conflitto e genitorialità: il ricatto della "buona relazione". *Minori e giustizia*, 2:14-18,2009
- Bricklin B. Nuovi test psicologici per l'affidamento dei figli in casi di separazione e divorzio. Giunti, Milano, 2005.
- Brisch KH. Disturbi dell'attaccamento. Dalla teoria alla teoria. Giovanni Fioriti editore, 2007
- BROPHY-HERB, H.E., STERLING HONIG, A. (1999). Reflectivity: Key ingredient in Positive Adolescent Parenting. *The Journal of Primary Prevention*, 19 (3), 241-250.
- Budd KS. Holdsworth MJA. Hogan Bruen KD. Antecedents and concomitants of parenting stress in adolescent mothers in foster care. *Child Abuse Neglect*, 30:557-574, 2006
- Butcher J. Williams C. Graham J. Archer R. Tellegen A. Ben-Porath Y. Kaemmer B. Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI-A. Giunti OS: Firenze, 2001
- Calvi E. Gulotta G. Il codice deontologico degli psicologi. Giuffrè, Milano 1999, p.181
- Camaioni L. Caselli MC. Longobardi E. Volterra V. Luchenti S. Questionario sullo sviluppo comunicativo e linguistico nel secondo anno di vita. QSCL. Giunti OS: Firenze, 2008
- Camerini C.B. Volpini L. Sergio G. De Leo G. Criteri psicologico-giuridici di valutazione delle capacità genitoriali: proposta di uno strumento clinico. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. 75,1:61-78, 2008

- Camerini GV. Lopez G. La valutazione della genitorialità in situazioni di pregiudizio: nuove proposte metodologiche. *Quaderni Sociali Kyosei* 12:2008, www.kyosei.it
- Caprara GV. La valutazione dell'autoefficacia. Costrutti e strumenti. Erickson: Trento,2001
- Carli L. La genitorialità nella prospettiva dell'attaccamento. Linee di ricerca e nuovi servizi. Franco Angeli: Milano,2002
- Cassibba R. Costantino E. L'intervento con video-feedback e discussione (VIPP-R) con diadi madre-bambino a rischio psicosociale. *Infanzia e adolescenza*". *Psicodinamica e psicopatologia.* 6, 2, 2007.
- Cassibba R. van Ijzendoorn M. L'intervento clinico basato sull'attaccamento. Promuovere la relazione genitore-bambino. Il Mulino, Bologna, 2005
- Cavedon A. Magro T. Dalla separazione all'alienazione parentale. Come giungere a una valutazione peritale. Franco Angeli: Milano, 2010
- Cianchetti C. Sannio Fancello G. Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per fanciulli e adolescenti SAFA. Giunti OS: Firenze, 2001
- Cicognani E. Baldazzi M. Cerchierini L. Lavorare con i genitori di adolescenti. Metodi e strategie di intervento. Carocci: Roma, 2005
- Cigoli V. Gulotta G. Santi G. Separazione, divorzio e affidamento dei figli. Giuffrè, Milano, 2007 De Rosa P. Villa F. L'inserimento nella comunità madre-bambino strumento di "messa alla prova" della genitorialità e di tutela del figlio. In *Minori e Giustizia*, 2: 227-232,2009-12-10
- Cismai. Linne-guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori. <http://www.cismai.org/Documenti.aspx>
- De Luca M.N. Quando la mamma è minorenni. La Repubblica, 9 febbraio 2010 www.repubblica.it
- Dell'Antonio A. Genitori e "capacità genitoriali" alle soglie del 2000. Seam:Roma, 1999
- De Rosa P. Villa F. L'inserimento nella comunità mamma-bambino strumento di "messa alla prova" della genitorialità e di tutela del figlio. *Minorigiustizia*, 2:227-236, 2009.
- De Vito E. Muscetta S. Adolescenza e attaccamento: fattori di vulnerabilità e di protezione. *Infanzia e Adolescenza. Psicodinamica e Psicopatologia.* 9, 2: 59-68, 2010.
- Di Vita A.M. Brustia P. Psicologia della genitorialità. Modelli, ricerche, interventi. Antigone:Torino, 2008

- Elliot G. Assessment of parenting skills: infant and preschooler (ASPIIS). In Bricklin B. Nuovi test psicologici per l'affidamento dei figli in casi di separazione e divorzio. Giunti, Milano, 2005.
- Emanuel L. Cosa sapere su tuo figlio di 3 anni. Erickson, Trento, 2009
- Endler N. Parker J. Coping Inventory for Stressfull Situation CISS. Giunti OS: Firenze, 2009
- Erikson, E. Infanzia e Società. Armando: Milano, 1950
- Finistrella V. Trentini C. Il sostegno della genitorialità a rischio nella prospettiva della teoria dell'attaccamento: presentazione di un intervento. *Infanzia e adolescenza*". *Psicodinamica e psicopatologia*. 6, 2, 2007.
- Franzoni N. La gravidanza in adolescenza e lo sviluppo di cure genitoriali. In Maggiolini A. Charmet PG. *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*. Franco Angeli, Milano, 2004
- Giannantonio M. *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2009
- Gil E. *Trattare gli adolescenti abusati*. Armando, Roma, 2001
- Giusti M.G. L'esperienza dei corsi per i genitori condotti secondo il metodo Gordon. In: Cicognani E. Baldazzi M. Cerchierini L. *Lavorare con i genitori di adolescenti. Metodi e strategie di intervento*. Carocci: Roma, 2005
- Gray M. Steinberg L. Unpacking Authoritive Parenting: Reassessing a Multidimensional Construct. *Journal of Marriage and the Family*, 61:574-87, 1999
- Gray MR: Steinberg L. 1999. Cit. Cicognani E. Baldazzi M. Cerchierini L. *Lavorare con i genitori di adolescenti. Metodi e strategie di intervento*. Carocci: Roma, 2005
- Greco O. *Il lavoro clinico con le famiglie complesse. Il test La doppia luna nella ricerca e nella terapia*. Franco Angeli: Milano, 2006
- Greco O. *La doppia Luna. Test dei confini e delle appartenenze familiari*. Vita e Pensiero: Milano, 1999
- Greco O. Maniglio R. *Genitorialità: Profili psicologici, aspetti patologici e criteri di valutazione*. Franco Angeli: Milano, 2009
- Grimaldi S. Il compito dell'affido e le necessità dei minori: quali interventi e con quali persone. Richard e Piggie. *Studi psicoanalitici del bambino e dell'adolescente*", 17, 2, 2009
- Iafrate R. Rosnati R. Bertoni A. Promuovere la generatività: i percorsi di promozione e arricchimento dei legami familiari. In: Scabini E. Rossi G. *Promuovere la famiglia nella comunità. Studi interdisciplinari sulla famiglia*. *Vita e Pensiero*, 113-140, 2007

- KONIAK-GRIFFIN, D., ANDERSON, N.L.R., BRECHT, M.L., VERZEMNIEKS, I., LESSER, J., KIM, S. (2002). Public health nursing care for adolescent mothers: Impact on infant health and selected maternal outcomes at 1 year postbirth. *Journal of Adolescent Health, 30*, 44-54.
- Laufer M. Laufer E. Adolescenza e break down evolutivo. Bollati Boringhieri: Torino, 1984
- Leiderman RC. Giochi con me? 1001 attività intelligenti per divertirsi con il tuo bambino. De Agostini, 2008
- Maccioni S. L'affidamento dei minori. L'importanza del lavoro sulla genitorialità e con i Servizi. Richard e Piggle. Studi psicoanalitici del bambino e dell'adolescente", 17, 2, 2009
- Maccoby E. Martin J. Socialization in the Context of the family: Parent-child interaction. In Mussen H. Hetherington M. Handbook of Child Psychology. Vol. 4. Wyley & Sons: New York, 1983
- Malagoli Togliatti M. Tafà M. Gli interventi sulla genitorialità per i nuovi centri per le famiglie. Esperienze di ricerca. Franco Angeli: Milano, 2005
- Malagoli Togliatti M. Mazzoni S. Osservare, valutare e sostenere la relazione genitore-figli. Il Lausanne Trilogue Play clinico. Raffaello Cortina: Milano, 2006
- Maggiolini A. Charmet G. Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti. Franco Angeli: Milano, 2004
- MARCHEGIANI, I., GRASSO, M. (2007). Gravidanze in adolescenza. *Infanzia e Adolescenza, 3*, 178-196.
- Marchesani D. Gravidanza e adolescenza: fattori associati al benessere e rischio sociale. Tesi di Laurea, anno 2008-09. www.tesionline.it
- Maùti E. Una fiaba per ogni perché. Spiegare ai bambini perché succedono le cose. Erickson, Trento, 2007
- Messina S. Ronconi S. Zavattini GC. I disturbi dell'attaccamento nell'infanzia: valutazione diagnostica e prime proposte di intervento. In *Psicologia Clinica dello sviluppo*, anno XIII, 2: 255-284, 2009
- Miller L. Cosa sapere di tuo figlio di 2 anni. Erickson: Trento, 2009
- Moore S. Rosenthal D. Rischi sessuali: gravidanza e aborto. In: *Adolescenza e sessualità*. Franco Angeli, Milano, 1993
- Moro M.R. Neuman D. Réal I. Maternità in esilio. *Bambini e migrazioni*. Raffaello Cortina: Milano, 2010

- Novik K. Novik J. Il lavoro con i genitori. I migliori alleati nella psicoterapia con il bambino e l'adolescente. Franco Angeli: Milano, 2009.
- Ordine degli Psicologi della regione Emilia-Romagna. Buone pratiche per la valutazione della genitorialità: raccomandazioni per gli psicologi. Pendragon: Bologna, 2009
- Palmonari A. Psicologia dell'Adolescenza. Il Mulino: Bologna, 1993
- Papa O. Romani S. Cenci L. Cardinali C. Attaccamento e conflittualità genitoriale. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. 75,1:43-54, 2008
- Parker, G., Tupling, H., and Brown, L.B. (1979) A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 1979, 52, 1-10.
- Parker, G. PBI: criteri di attribuzione del punteggio.
<http://www.vertici.com/servizi/psicofinder/template.asp?cod=14143>
- Pascoletti C. Il Parent Training nei disturbi della condotta. *Psicologia e scuola*, 3-4: 41-48,2010
- Prezza M. Aiutare i neo-genitori in difficoltà. L'intervento di sostegno domiciliare. Franco Angeli, Milano,2006
- Puliatti M. Eventi traumatici e conseguenze psicopatologiche nell'adolescente. In: Puliatti M.: Comunità per minori: formazione e supervisione per gli operatori (a, in stampa).
- Puliatti M. Valutare e promuovere le capacità genitoriali in ambito clinico e giuridico (b, in stampa).
- Quadrino S. Counselling e genitorialità. Dal "prima della gravidanza" ai primi mesi di vita del bambino. Change:Torino, 2005
- Rapoport JL. Ismond DR. DSM-IV. Guida alla diagnosi dei Disturbi dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Masson, Milano, 2005
- Reder P. Lucey C. Cure genitoriali e rischio di abuso. Guida per la valutazione. Erikson, Trento, 1997
- Regione Piemonte. Criteri ed indicatori prognostici per la valutazione delle capacità genitoriali. Allegato 2. www.regionepiemonte.it
- Rognoni M. Conflittualità e cura della genitorialità. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 5:10-13, 2008
- Rossetti SA. La prevenzione educativa. Carocci, Roma, 2009.
- Rovetto F. Rossi L. Psicologia giuridica: giustizia e famiglia. Santa Croce: Parma, 2007
- Rusignolo I. I figli delle madri adolescenti. www.verticinetwork.it 2009

- Santinello M. Canna P. Valutazione di un programma di parent-training per genitori con figli preadolescenti. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 4:179-191,1998
- Signorelli G. Zampino A.F. Rappresentazioni e investimenti emotivi nella gravidanza delle adolescenti. *Minori e Giustizia*, 3-4:173-185,2002
- Signorelli G. Zampino A.F. Riflessioni su un caso di gravidanza in adolescenza. *La Rivista di Servizio Sociale. Studi di scienze sociali applicate e di pianificazione sociale*, 2/2008
www.rivistadiserviziosociale.it/it/articoli.aspx?a=16
- Simonelli A. Calvo V. L'attaccamento: teoria e metodi di valutazione. Carocci, Roma, 2005
- Simonelli A. L'attaccamento: teoria e metodi di valutazione. Carocci: Roma, 2002
- Simonelli A. Fava Vizziello G. Petech E. Ballabio M. Bioni E. Il Lausanne Trilogue Play: potenzialità diagnostiche e prospettive di intervento nella valutazione delle competenze interattive familiari. *Infanzia e Adolescenza. Psicodinamica e psicopatologia*, 1: 1-12, 2009
- Sità C. Il sostegno alla genitorialità. Analisi dei modelli di intervento e prospettive educative. Editrice La Scuola:Brescia, 2005
- Stern D.N. Le interazioni madre-bambino. Nello sviluppo e nella clinica. Raffaello Cortina, Milano, 1998.
- Synergia. La parola al territorio nel sostegno alla genitorialità. Provincia di Lecco, 2009
- Tomisich M. Zucchinali M. Le comunità mamma-bambino: una risorsa del sociale per tutelare la relazione madre-bambino. *Minorigiustizia*, 2:221-226, 2009.
- Trost G. Lo sviluppo psicologico del bambino dai due ai sei anni. Armando, Roma, 2005
- Vernaschi L. Adolescenza e gravidanza: il pieno e il vuoto dello spazio interiore metafora della separazione. Tesi di Laurea 1997-98 www.tesionline.it
- Voltolin G. La maternità in adolescenza: fattori di rischio e di protezione e modelli di intervento. www.tesionline.it
- Vizziello G.M. I costrutti da valutare. 2009. www.ordinepsicologier.it/public/genpags/biggs/interventoProfssaFavaVizziello.pdf
- Vizziello G.M. Quando essere genitori è difficile. 2008 www.cesdop.it/el_download.php?cat=5
- Voltolini G. La maternità in adolescenza: fattori di rischio e di protezione e modelli di intervento. Tesi di Laurea. www.tesinonline.it

- Zappa M. Ri-costruire genitorialità. Sostenere le famiglie fragili, per tutelare il benessere dei figli. Franco Angeli: Milano, 2008.
- West F. Fokusmodellen, In. Welsth. I dialog med familie, Dansk Psykologisk Forlag Koebenhavn, 2006.
- WOODS, E.R., OBEIDALLAH-DAVIS, D., SHERRY, M.K., ETTINGER, S.L., SIMMS, E.U., DIXON, R.R., MISSAL, S.M., COX, J.E. (2003). The Parenting Project for Teen Mothers: The Impact of a Nurturing Curriculum on Adolescent Parenting Skills and Life Hassles. *Ambulatory Pediatrics*, 3 (5), 240-245.

Centri e Professionisti di riferimento

Centro di Terapia dell'Adolescenza - CTA – Via Valparaiso 10/6 – Milano – Dott. Francesco Valdilonga – email: info@centrocta.it

Home Visiting – Prof. Massimo Ammanniti – Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica – VIA DEGLI Apuli, 1- Roma – email: massimo.ammaniti@uniroma1.it

Home Visiting – Dott.ssa Giuseppina Pacilli – Dipartimento di Psicologia – Via dei Marsi 78 – Roma – email: gpacilli@uniroma.it

Home Visiting – Associazione per la tutela dell'infanzia e dell'Adolescenza- A.T.In.A onlus – Dott.ssa Viviana Finistrella, Via Pescia 6 – Roma – email: viviana.finistrella@gmail.it

Interventi con video-feedback (VIPP-R) – Prof.ssa Rosalinda Cassibba – Dipartimento di Psicologia – Via Crisanzio, 1 – Bari – email: cassibba@psico.uniba.it

Progetto Genitori - Centro Medico Andromeda – Via Pergolesi 4- Milano – 026690124 –referente Dott.ssa Maria Puliatti – email: mrp.puliatti@tiscali.it

Sostegno domiciliare – Dott. Francesco Ciotti – Via San Mauro 921 – Forlì – email: iscra.cesena@virgilio.it

