

La qualità dell'attaccamento nei bambini con disturbi da Sintomi Somatici e disturbi correlati

Fabiola Bizzi (Università degli Studi di Genova)

Gli studi sull'attaccamento in specifiche condizioni psicopatologiche nella media infanzia e nella prima adolescenza non sono numerosi; questo lavoro intende valutare l'attaccamento in 101 bambini, di età 8-15 anni, 50 con diagnosi di disturbi da Sintomi Somatici (DSS) e 51 come gruppo di controllo, somministrando la *Child Attachment Interview* e la *Children Behavior Checklist*. I risultati mostrano nel gruppo DSS maggiori percentuali di attaccamento insicuro, preoccupato, disorganizzato e livelli maggiori di rabbia rispetto al gruppo di controllo. Si rilevano correlazioni negative tra le scale di sicurezza e le lamentele somatiche. Questo studio potrebbe aiutare i clinici nel processo di valutazione e di trattamento dei DSS.

L'idea che la qualità dell'attaccamento in età evolutiva possa avere implicazioni per la salute mentale costituisce uno dei principali contributi della teoria dell'attaccamento nell'area della psicopatologia dello sviluppo. Il disagio psichico può essere visto proprio come l'espressione di un fallimento ambientale o genitoriale, che impedisce la normale sintonizzazione e l'allineamento emotivo tra il bambino e il suo ambiente di sostegno, favorendo l'assunzione di una concezione dello sviluppo inscindibile dalle relazioni (Cavanna, 2011).

Considerando l'età evolutiva, degno di nota è il periodo della *middle childhood* e della *early adolescence*, in quanto i profondi cambiamenti evolutivi del bambino (biologici e cognitivi), vanno di pari passo con i diversi modi di vivere e considerare l'attaccamento, che diventa più integrato, diversificato e governato da interiorizzazioni cognitivo-affettive (Bosmans e Kerns, 2015). Queste trasformazioni hanno sollecitato gli studiosi dell'attaccamento alla realizzazione di nuovi strumenti di misura pensati in base all'età dei bambini. Tuttavia, a differenza dell'infanzia (con la *Strange Situation*) o dell'età adulta (con l'*Adult Attachment Interview*), dobbiamo riconoscere di essere ancora in una situazione di *work in progress* in questa fascia di età, non potendo contare su un approccio o uno strumento di misurazione dominante.

La messa a punto della *Child Attachment Interview* sembra costituire ad oggi «il miglior compromesso possibile» tra l'uso di osservazioni dirette del comportamento del bambino e l'uso degli strumenti narratologici per la valutazione delle rappresentazioni d'attaccamento dell'adulto. Questo strumento ha un'ampia applicazione sia su campioni normativi che clinici (Shmueli-Goetz, Target, Datta e Fonagy, 2008; Venta, Shmueli-Goetz e Sharp, 2014), ma va riconosciuta una carenza di studi orientata verso specifiche condizioni cliniche – quale quella di cui si occupa questo studio – piuttosto che su popolazioni cliniche eterogenee.

1. I disturbi da Sintomi Somatici e disturbi correlati in età evolutiva e il ruolo dell'attaccamento

I DSS sono caratterizzati da sintomi fisici senza origine organica, in cui è determinante la componente affettiva, cognitiva e comportamentale dell'individuo che li sperimenta. Diversi fattori possono contribuire alla loro insorgenza: la vulnerabilità genetica e biologica, precoci esperienze traumatiche (violenza, abuso, deprivazione), esperienze sfavorevoli di attaccamento e di apprendimento, nonché norme culturali/sociali che svalutano e stigmatizzano la sofferenza psicologica rispetto alle sofferenze fisiche (APA, 2013).

Questi disturbi possono presentarsi già in età precoce (Schulte e Petermann, 2011); l'incidenza risulta prevalentemente femminile (Bisht, Sankhyan, Kaushal, Sharma e Grover, 2008); la risposta dei genitori è elemento importante, in quanto stabilisce l'interpretazione dei sintomi e di conseguenza le eventuali assenze da scuola e/o il ricorso a cure mediche, determinando così il livello di disagio associato al sintomo stesso (APA, 2013). I bambini con DSS risultano inclini a preoccuparsi e a temere situazioni nuove ed eventuali separazioni, utilizzano strategie di *coping* maladattive, raggiungono elevati livelli di stress emotivo che ne influenzano il loro adattamento psicologico (Liu, Prkachin e Beaumont, 2011) e spesso presentano una frequente sintomatologia ansiosa, depressiva e alessitimia (Schulte e Petermann, 2011; Akhtar, Shah e Zaman, 2015).

Benché i DSS siano ben identificati nell'ambito dei manuali diagnostici, costituiscono ancora una delle aree meno esplorate dalla psichiatria in età evolutiva (Schulte e Petermann, 2011), probabilmente per le difficoltà inerenti al frequente cambiamento di profilo del disturbo, alla transitorietà della sintomatologia e alle difficoltà diagnostiche legate alla frequente comorbidità con altri disturbi psicopatologici.

Anche il ruolo dell'attaccamento risulta scarsamente esplorato nei bambini con DSS. Nei pochi studi presenti in letteratura viene posta

La qualità dell'attaccamento nei bambini con disturbi da Sintomi Somatici

particolare attenzione, più che alla sintomatologia del bambino, alle caratteristiche del caregiver e alla qualità specifica dell'interazione tra il bambino e il genitore, considerando il disturbo come l'espressione di un disturbo relazionale. Ne sono un esempio gli studi di Szajnberg, Krall, Davis, Treem e Hyams (1993) e di Ayaz, Fiş, Güler, Selcen (2012) secondo cui lo stile di attaccamento (evitante) della madre e le caratteristiche del sistema familiare (ansia e bassa qualità del funzionamento familiare) risultano associati ai Sintomi Somatici in età evolutiva; per Kokłowska (2001), la paura del rifiuto o la percezione di scarsa attenzione da parte dei genitori risultano un fattore chiave nelle reazioni di tipo isterico e somatizzante; per Kozłowska e Williams (2009) e Kozłowska e colleghi (2011) le reazioni di conversione infantili rifletterebbero le componenti motorio-sensoriali di due tipologie di risposta emotiva (una inibitoria, una eccitatoria), che si sviluppano come adattamenti alle minacce ricorrenti all'interno di relazioni intime. Solo i dati dello studio preliminare di Bizzi e colleghi (2015), confermato anche con l'ampliamento del campione (Bizzi, Shmueli-Goetz, Castellano e Cavanna, in corso di stampa) si soffermano direttamente sulla sintomatologia del bambino con DSS, rilevando una significativa presenza di insicurezza (oltre l'80%) e una sovra-rappresentazione dell'attaccamento disorganizzato (oltre il 40%), testimonianza del fatto che l'attaccamento può costituire un importante fattore di rischio per i DSS.

2. Obiettivi e ipotesi

L'obiettivo di questo studio è quello di valutare l'attaccamento nella *middle childhood* e nella *early adolescence* in giovani pazienti con DSS, rispetto a un gruppo di controllo, utilizzando la *Child Attachment Interview* (CAI). Nello specifico si intende indagare, oltre alle variabili socio-demografiche, se i bambini con DSS mostrino un'elevata frequenza di insicurezza e di disorganizzazione verso i genitori; bassi livelli nelle scale della CAI associate alla sicurezza; se esistano inoltre correlazioni significative tra le scale della CAI e la sintomatologia somatica.

3. Metodo

3.1. Soggetti

Hanno partecipato alla ricerca un totale di 101 bambini/adolescenti italiani, distinti in un gruppo clinico con DSS e in un gruppo di controllo

TAB. 1. *Caratteristiche socio-demografiche del campione clinico DSS e di quello di controllo*

Caratteristiche socio-demografiche	Gruppo DSS (N = 50)	Gruppo di controllo (N = 51)	gruppo clinico vs gruppo di controllo
Età media in anni (SD)	12,32 (SD = 1.76)	11,83 (SD = 1.79)	$t_{(100)} = -1.456, p = .148$
% femmine	57%	43%	$\chi^2_{(1)} = 1.922, p = .166$
% famiglia non tradizionale	28%	72%	$\chi^2_{(1)} = 4.317, p = .038^*$
% SES inferiore a 15000 euro	93%	7%	$\chi^2_{(1)} = 12.567, p = .000^{**}$

* $p \leq .05$; ** $p \leq .001$.

(senza diagnosi psicopatologiche). Criteri di inclusione: buona fluena della lingua italiana, età compresa tra gli 8 e i 15 anni e solo per il gruppo clinico avere una diagnosi di DSS. Criteri di esclusione: assenza di altre diagnosi psicopatologiche, trattamenti farmacologici e/o psicoterapeutici passati o in corso.

Il gruppo clinico, di 50 giovani pazienti, è stato reclutato presso l'Istituto G. Gaslini di Genova, a seguito di diagnosi di DSS (che prevedeva valutazioni mediche, colloqui clinici con il bambino e con la famiglia condotti dal neuropsichiatra e dallo psicologo della struttura e la somministrazione della CBCL 6-18), mentre quello di controllo, di 51 soggetti, è stato reclutato in Liguria attraverso un campionamento a «palla di neve». Per le caratteristiche socio-demografiche dei due gruppi si rimanda alla tabella 1.

3.2. Strumenti

Scheda di raccolta dati socio-demografici per la rilevazione dei principali dati socio-demografici dei soggetti, come età, genere, tipologia della famiglia («tradizionale o non tradizionale» se allargata o monogenitoriale), status socio-economico familiare (SES; «basso o medio-alto» se inferiore o superiore a 15000 euro annui).

Children Behavior Checklist 6-18 Version (CBCL 6-18; Achenbach e Rescorla, 2001), un questionario compilato dai genitori, che valuta le competenze sociali e i problemi emotivo-comportamentali dei figli tra i 6 e i 18 anni, attraverso scale «empiricamente derivate», capaci di fornire indicazioni su diversi quadri sindromici e scale «DSM-oriented», in grado di orientare il clinico e il ricercatore sulla diagnosi da formulare in base ai criteri del DSM-IV per alcuni disturbi. La CBCL gode di buone proprietà psicometriche (Achenbach e Rescorla, 2001) e la versione italiana è a cura di Frigerio e Montiroso (2002). In questo studio si fa riferimento alle scale sindromica delle Lamentele Somatiche e a quella *DSM-oriented*

dei Sintomi Somatici. Lo strumento mostra un'adeguata affidabilità interna ($\alpha = 0.92$).

Child Attachment Interview (Shmueli-Goetz et al., 2008), un'intervista semi-strutturata video registrata che valuta le rappresentazioni delle relazioni di attaccamento tra il bambino e ciascuno dei due genitori e ne classifica il modello di attaccamento a 2 vie (Sicuro, Insicuro), a 3 vie (Sicuro, Distanziante, Preoccupato) e a 4 vie (Sicuro, Distanziante, Preoccupato, Disorganizzato) in base ad indicatori linguistici e comportamentali. L'intervista, di durata di circa 45 minuti, pensata dapprima per bambini di 7-12 anni e successivamente usata fino ai 17 anni (Venta et al., 2014), deve essere condotta alla sola presenza dell'intervistatore. Il protocollo comprende 19 domande (VII edizione rivista); le risposte vanno trascritte *verbatim* secondo le norme specifiche dello strumento e successivamente vanno codificate da due giudici indipendenti in possesso del *training* e della prescritta *reliability*. Il sistema di codifica prevede l'attribuzione di un punteggio da 1 a 9 a ciascuna scala: Apertura emotiva, Bilanciamento fra riferimenti positivi e negativi nei confronti delle figure d'attaccamento, Uso di Esempi, Rabbia preoccupata/coingolgente materna e paterna, Idealizzazione materna e paterna, Svalutazione e/o Distanziamento materno e paterno, Risoluzione dei conflitti, Coerenza. La CAI mostra una buona affidabilità test-retest a 3 mesi (α di Cronbach 0.74-1.00) e a 1 anno (α di Cronbach 0.72-0.79), una buona consistenza interna dei punteggi alle scale (α di Cronbach 0.84-0.92 per la classificazione a 2 vie) e dell'accordo tra giudici (α compresa tra 0.83 e 0.92). La validazione italiana dello strumento è stata realizzata da Cavanna e colleghi (in corso di stampa). In questo studio l'accordo tra i due giudici indipendenti che hanno codificato le interviste è risultato buono secondo le linee-guida di Landis e Koch del 1977 (α compreso tra 0.83 e 0.92).

3.3. Procedura

Questo studio è stato approvato dal Comitato Etico dell'Istituto Gaslini (Genova) per il gruppo clinico e dal Comitato Etico del DISFOR (Università di Genova) per il gruppo di controllo. Tutti i partecipanti hanno aderito allo studio sulla base di un consenso informato, firmato da entrambi i genitori. La somministrazione è avvenuta per il gruppo clinico in una stanza dell'Istituto Gaslini, mentre per il gruppo di controllo presso il domicilio. In un unico incontro della durata di circa 45 minuti è stata somministrata da un ricercatore la CAI al bambino; in parallelo è stata consegnata ai genitori la scheda socio-anagrafica e il questionario CBCL.

4. Analisi dei dati

Per le analisi dei dati è stato utilizzato il pacchetto statistico SPSS 20.0. Le variabili demografiche sono state analizzate utilizzando statistiche descrittive; è stato effettuato il *Test di Chi Quadrato* per valutare la dipendenza tra due variabili categoriali; il *test t di Student* e l'*analisi della varianza* per valutare la significatività delle differenze tra due medie campionarie. Le correlazioni tra variabili numeriche sono state valutate tramite il coefficiente *r di Pearson*; l'attendibilità tra giudici sulle variabili categoriali è stata valutata attraverso il *coefficiente κ di Cohen*. I risultati dei test statistici sono stati considerati significativi se $p \leq .05$.

5. Risultati

Rispetto alle caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti, il gruppo DSS e di controllo non si differenziano per età ($p = .148$) e sesso ($p = .166$), ma per tipologia di famiglia ($p = .038$) e SES ($p = .000$). Inoltre i due gruppi si differenziano rispetto alle scale della CBCL utilizzate, raggiungendo nel gruppo DSS punteggi superiori di *Lamentele Somatiche* ($M = 68.29$, $DS = 9.70$) e di *Sintomi Somatici* ($M = 66.29$, $DS = 10.71$) rispetto al gruppo di controllo (rispettivamente $M = 55.65$, $DS = 6.64$, $t_{(90)} = -7.401$, $p = .000$; $M = 56.39$, $DS = 7.32$, $t_{(90)} = -5.251$, $p = .000$).

Prima di analizzare le distribuzioni dell'attaccamento, pensiamo sia importante sottolineare in tutto il campione, l'alta concordanza tra l'attaccamento alla madre e al padre (da 88% a 95%) con valori di κ compresi tra .83 a .89. Rispetto alla distribuzione dell'attaccamento, come illustrato nella tabella 2, i due gruppi si differenziano in modo statisticamente significativo rispetto a tutte le categorie dell'attaccamento ($p = .000$), mostrando il gruppo DSS una più alta percentuale di attaccamento insicuro (modello a 2 vie), preoccupato (modello a 3 vie) e disorganizzato (modello a 4 vie) ad entrambi i genitori rispetto al gruppo di controllo, in cui prevale l'attaccamento sicuro.

Per tenere sotto controllo la tipologia di famiglia e il SES, che abbiamo visto differire significativamente tra gruppo DSS e gruppo di controllo, le analisi riguardanti il modello CAI a 2 vie sono state ripetute separatamente per i soggetti appartenenti a famiglia tradizionale e non-tradizionale e per i soggetti con reddito basso e medio-alto. I valori di p forniti dal test della probabilità esatta di Fisher, sono risultati inferiori a .05 in tutte le analisi.

Tab. 2. Distribuzione dell'attaccamento: gruppo SSD e gruppo di controllo a confronto

	Gruppo SSD Frequenze (%)				Gruppo di controllo Frequenze (%)				Test χ^2	
	Attaccamento materno	Attaccamento paterno	Attaccamento materno	Attaccamento paterno	Attaccamento materno	Attaccamento paterno	Attaccamento materno	Attaccamento paterno	Attaccamento materno	Attaccamento paterno
Modello 2 vie	S	8 (16)	8 (16.3)	31 (60.8)	30 (58.5)	$\chi^2_{(1)} = 21.363$	$\chi^2_{(1)} = 19.156$			
	I	42 (84)	41 (83.7)	20 (39.2)	21 (41.2)	$p = .000^{**}$	$p = .000^{**}$			
Modello 3 vie	S	8 (16)	8 (16.3)	31 (60.8)	30 (58.8)	$\chi^2_{(2)} = 25.599$	$\chi^2_{(2)} = 21.753$			
	DS	19 (38)	20 (40.8)	15 (29.4)	15 (29.4)	$p = .000^{**}$	$p = .000^{**}$			
	P	23 (46)	21 (42.9)	5 (9.8)	6 (11.8)					
Modello 4 vie	S	7 (14)	7 (14,3)	31 (60.8)	30 (58.8)	$\chi^2_{(3)} = 30.583$	$\chi^2_{(3)} = 26.622$			
	DS	10 (20)	13 (26.5)	12 (23.5)	13 (25.5)	$p = .000^{**}$	$p = .000^{**}$			
	P	13 (26)	10 (20.4)	3 (5.9)	4 (7.8)					
	Disorg	20 (40)	19 (38.8)	5 (9.8)	4 (7.8)					

* $p \leq .05$; ** $p \leq .001$.

TAB. 3. Differenze tra gruppo DSS e gruppo di controllo alle diverse scale della CAI

	Gruppo DSS (N = 50)	Gruppo di controllo (N = 51)	Statistiche		
	M (SD)	M (SD)	$F_{(1,100)}$	p	η^2
Apertura emotiva	3.47 (1.52)	4.79 (1.46)	19.984	.000**	.168
Bilanciamento	3.32 (1.28)	4.72 (1.49)	24.700	.000**	.203
Uso di esempi	3.35 (1.50)	4.83 (1.45)	25.466	.000**	.205
Rabbia preoccupata/coinvolgente materna	3.79 (2.61)	1.89 (1.89)	17.358	.000**	.152
Rabbia preoccupata/coinvolgente paterna	3.66 (1.99)	1.99 (1.98)	12.011	.001**	.110
Idealizzazione materna	3.56 (2.06)	2.49 (1.70)	7.902	.006*	.077
Idealizzazione paterna	2.88 (2.08)	2.52 (1.68)	.908	.346	.009
Svalutazione e/o distanziamento materno	3.64 (2.74)	2.56 (1.91)	5.328	.023*	.051
Svalutazione e/o distanziamento paterno	3.74 (2.70)	2.62 (1.96)	5.754	.018*	.055
Risoluzione dei conflitti	3.48 (1.41)	4.79 (1.42)	20.931	.000**	.181
Coerenza	3.35 (1.38)	4.79 (1.43)	26.702	.000**	.212

* $p \leq .05$; ** $p \leq .001$.

Per valutare le differenze tra gruppo DSS e gruppo di controllo sulle 11 scale numeriche della CAI, tenendo sotto controllo le principali variabili potenzialmente confusive (tipologia di famiglia e SES), sono state eseguite due analisi multivariate. La prima include come variabili indipendenti, il gruppo (DSS, di controllo) e la tipologia di famiglia (tradizionale, non tradizionale), la seconda il gruppo (DSS, di controllo) e il SES (basso, medio-alto). La prima analisi mostra effetti significativi del gruppo ($F_{(1,197)} = 2.724$, $p = .005$, $\eta^2 = .270$), senza effetti significativi della tipologia di famiglia ($F_{(1,197)} = .989$, $p = .464$, $\eta^2 = .118$) e di interazione gruppo \times tipologia di famiglia ($F_{(1,197)} = 1.565$, $p = .125$, $\eta^2 = .175$). La seconda analisi mostra effetti significativi del gruppo ($F_{(1,81)} = 2.684$, $p = .006$, $\eta^2 = .306$), senza effetti significativi del SES ($F_{(1,81)} = .912$, $p = .534$, $\eta^2 = .130$) e senza interazione significativa gruppo \times SES ($F_{(1,81)} = .919$, $p = .527$, $\eta^2 = .131$). Le successive analisi univariate (tab. 3) mostrano differenze significative (e nella direzione attesa) su tutte le scale (p compreso tra .000 e .023) tranne quelle di Idealizzazione paterna ($p = .343$). Nello specifico il gruppo DSS raggiunge punteggi maggiori nelle scale associate all'insicurezza (Rabbia preoccupata/coinvolgente materna e paterna, Idealizzazione materna, Svalutazione/Distanziamento materno e paterno) e inferiori nelle scale associate alla sicurezza (Apertura Emotiva, Bilanciamento, Uso di Esempi, Risoluzione dei Conflitti, Coerenza) rispetto al gruppo di controllo.

La qualità dell'attaccamento nei bambini con disturbi da Sintomi Somatici

TAB. 4. Correlazioni tra scale dell'attaccamento (CAI) e sintomatologia somatica (CBCL)

	Lamentele Somatiche	Problemi Somatici
Apertura emotiva	-.247*	-.157
Bilanciamento	-.324**	-.251*
Uso di esempi	-.234*	-.140
Rabbia preoccupata/coinvolgente materna	.141	.105
Rabbia preoccupata/coinvolgente paterna	.194	.160
Idealizzazione materna	.143	.097
Idealizzazione paterna	.035	-.037
Svalutazione e/o Distanziamento materno	.125	.031
Svalutazione e/o Distanziamento paterno	.130	.043
Risoluzione dei conflitti	-.244*	-.117
Coerenza	-.264*	-.164

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

Per testare la relazione tra attaccamento alla CAI e sintomatologia somatica alla CBCL, è stata realizzata un'analisi di correlazione (tab. 4) da cui si evince che nel campione complessivo tutte le scale di sicurezza correlano negativamente con la scala delle Lamentele Somatiche della CBCL (r di Pearson compreso tra $-.234$ e $-.324$) sebbene con una piccola dimensione dell'effetto (d di Cohen compreso tra $.24$ e $.34$), mentre per le scale di insicurezza non si rilevano correlazioni significative. Differentemente, solo la scala del Bilanciamento risulta correlare negativamente con la scala dei Problemi Somatici ($r = -.251$, $d = .48$).

6. Discussione

Questo studio si propone di indagare il funzionamento socio-emotivo dei bambini con DSS, valutato attraverso lo studio dell'attaccamento, mettendo a confronto bambini con DSS (che presentano alla CBCL elevati livelli di Lamentele Somatiche e di Sintomi Somatici) e bambini senza disturbi psicopatologici, con caratteristiche socio-demografiche simili, quali età e sesso.

Come ipotizzato, il gruppo DSS si differenzia in modo significativo dal gruppo di controllo rispetto alle categorie dell'attaccamento. Tenendo sotto controllo le variabili confusive (tipologia di famiglia e SES), i bambini DSS mostrano una più alta percentuale di attaccamento insicuro, più sul versante preoccupato e disorganizzato rispetto al gruppo di controllo. I nostri dati sono tendenzialmente in linea con la meta-analisi italiana di Cassibba e collaboratori (2013): in entrambi i gruppi di controllo (seppur diversi per età e valutati con differenti strumenti dell'attaccamento) si ri-

scontra una prevalenza di attaccamento sicuro, mentre nei gruppi clinici si rileva una prevalenza di attaccamento insicuro (modello a 2 vie) e disorganizzato (modello a 4 vie), tuttavia nei nostri bambini DSS prevale nel modello a 3 vie il versante preoccupato (46% vs 17%). Questo mette in evidenza, come sottolineano gli studi di Koklowska (2001, 2009, 2011), che un comportamento somatizzante può essere inteso come una forma di comportamento interpersonale guidato da uno stile di attaccamento ansioso e disadattivo; le reazioni somatizzanti si svilupperebbero come adattamenti alle minacce ricorrenti all'interno di relazioni intime, percepite come potenziale fonte di ansia e pericolo. Ci si riferisce a quegli stati di malessere psicologico conseguenti ad un *mismatching* della comprensione relazionale, nei quali la consapevolezza «di non essere riconosciuti» facilita lo scivolamento sul corpo di questo senso di non essere veramente compresi sul piano psichico (Guiducci, Bizzi, Ferro e Cavanna, in corso di stampa).

Rispetto invece alla letteratura internazionale (Shmueli-Goetz *et al.*, 2008; Venta *et al.*, 2014), non si evidenzia un'omogeneità delle distribuzioni di attaccamento vista la sovra-rappresentazione della disorganizzazione del nostro studio (40%), ma va sottolineato che il nostro gruppo clinico è costituito da soggetti per lo più ricoverati e con una specifica diagnosi, e che risulta quindi abbastanza compromesso sul piano della salute psichica.

In aggiunta, come ipotizzato, il gruppo DSS si differenzia in modo significativo dal gruppo di controllo anche rispetto alle scale dell'attaccamento. Tenendo sempre sotto controllo le variabili confusive, i bambini DSS raggiungono punteggi maggiori nelle scale associate all'insicurezza e inferiori nelle scale associate alla sicurezza rispetto al gruppo di controllo. Solo la scala dell'Idealizzazione paterna non risulta discriminare il gruppo DSS da quello di controllo, ma bisogna considerare la scarsa ampiezza campionaria dello studio che potrebbe limitare la generalizzazione di questo dato. Inoltre i dati sulla Rabbia sottolineano una caratteristica saliente dei bambini DSS: sperimentando una storia di ripetuti rifiuti questi bambini possono essere più inclini alla rabbia. Tuttavia, il timore che l'espressione della rabbia possa renderli meno amabili e allontanare la figura di riferimento, può indurli a reprimere i sentimenti di rabbia al fine di mantenere il legame con l'altro e questo può richiedere un focus compensativo sulle sensazioni corporee (Liu, Cohen, Schulz e Waldinger, 2011).

Infine, dalle analisi correlazionali si evidenzia che tutte le scale associate alla sicurezza della CAI correlano negativamente con le scale delle Lamentele Somatiche della CBCL, ma non con quelle dei Sintomi Somatici. Riflettendo su questo dato possiamo osservare come i Sintomi Somatici costituiscano già l'espressione diretta del disagio sperimentato

nel contesto di attaccamento, che viene poi convertito come processo difensivo attraverso sintomi fisici. Va dunque prestata particolare attenzione alla manifestazione primaria dei sintomi, nel loro valore di richiamo ad una sofferenza sperimentata, che può talvolta rimanere «sullo sfondo» per i rischi di una eccessiva formalizzazione del processo diagnostico.

Nonostante si tratti di uno studio trasversale condotto su un campione poco rappresentativo, questo studio fornisce un contributo alla comprensione dell'attaccamento in un periodo evolutivo in cui i dati di ricerca sono talvolta contraddittori, focalizzandosi su una condizione clinica raramente studiata in età evolutiva e indagando le rappresentazioni di attaccamento separatamente per entrambi i genitori. Va però precisato che la focalizzazione su un'ampia gamma di sintomi medicalmente inspiegabili può costituire un limite dello studio, per quanto sia in corso uno studio ulteriore per specifiche sintomatologie somatiche. L'approfondimento delle conoscenze circa il funzionamento socio-emotivo dei DSS in età evolutiva può aiutare a meglio direzionare le strategie cliniche di intervento, quali quelle finalizzate a promuovere la qualità delle interazioni genitore-figlio, rendendo il genitore più attento, sensibile e disponibile ai bisogni del figlio, limitandone così il ricorso al sintomo somatico come regolatore esterno di sofferenze emotive non mentalizzate.

7. Riferimenti bibliografici

- Achenbach, T., Rescorla, L. (2001). *ASEBA School-age Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Akhtar, J., Shah, U., Zaman, S. (2015). Anxiety symptoms in patients with conversion disorder. *Journal of Postgraduate Medical Institute*, 29(4), 223-226.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington VA: American Psychiatric Association.
- Ayaz, A.B., Fiş, M., Güler, N.P., Selcen, A. (2012). Anxiety level, maternal attachment style and family functioning in adolescents somatoform disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 15(2), 121-128.
- Bisht, J., Sankhyan, N., Kaushal, R.K., Sharma, R.C., Grover, N. (2008). Clinical profile of pediatric Somatoform Disorders. *Indian Pediatrics*, 45, 111-115.
- Bizzi, F., Cavanna, D., Castellano, R., Pace, C.S. (2015). Children's mental representations with respect to caregivers and post-traumatic symptomatology in somatic symptom disorders and disruptive behavior disorders. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-12.
- Bizzi, F., Shmueli-Goetz, Y., Castellano, R., Cavanna, D. (in corso di stampa). A multi assessment approach for the attachment in middle childhood and early adolescence in two clinical groups. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*.
- Bosmans, G., Kerns, K.A. (2015). Attachment in middle childhood: Theoretical advances and new directions in an emerging field. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 148, 31-45.

- Cassibba, R., Sette, G., Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H. (2013). *Attachment the Italian way. European Psychology*, 18, 47-58.
- Cavanna, D. (2011). L'attaccamento e la dimensione interpersonale. *Giornale Italiano di Psicologia*, 38(4),783-788.
- Cavanna, D., Bizzi, F., San Martini, P., Castellano, R. (in corso di stampa). La Child Attachment Interview: un'indagine psicometrica su un campione italiano. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*.
- Frigerio, A., Montiroso, R. (2002). La valutazione su base empirica dei problemi emotivo comportamentali in età evolutiva. *Infanzia e Adolescenza*, 1, 38-48.
- Guiducci, V., Bizzi, F., Ferro, A., Cavanna, D. (in corso di stampa). Disregolazione affettiva, disorganizzazione dell'attaccamento e disturbi alimentari: fattori di rischio individuali e familiari. *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*.
- Kozłowska, K. (2001). Good children presenting with Conversion Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6, 575-591.
- Kozłowska, K., Scher, S., Williams L.M. (2011). Patterns of emotional-cognitive functioning in pediatric Conversion patients: Implications for the conceptualization of Conversion Disorder. *Psychosomatic Medicine*, 73(9), 755-788.
- Kozłowska, K., Williams, L.M. (2009). Self-protective organization in children with conversion and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 223-233.
- Landis, J.R., Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *International Biometric Society*, 33, 159-174.
- Liu, L., Cohen, S., Schulz, M.S., Waldinger, R.J. (2011). Sources of somatization: Exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression. *Social Science e Medicine*, 73, 1436-1443.
- Schulte, I.E., Petermann, F. (2011). Familial risk factor for the development of somatoform symptoms and disorders in children and adolescents: A systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 569-583.
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P., Datta, A. (2008). The Child Attachment Interview: A psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 44(4), 939-956.
- Szajnberg, N., Krall, V., Davis, P., Treem, W., Hyams, J. (1993). Psychopathology and relationship measures in children with Inflammatory Bowel Disease and their parents. *Child Psychiatry and Human Development*, 23(3), 215-232.
- Venta, A., Shmueli-Goetz, Y., Sharp, C. (2014). Assessing attachment in adolescence: A psychometric study of the Child Attachment Interview. *Psychological Assessment*, 26, 238-255.

[Ricevuto il 22 novembre 2017]

[Accettato il 10 marzo 2018]

The quality of attachment in children with Somatic Symptom Disorders and Related Disorders

Summary. There is a lack of studies on attachment in specific psychopathological conditions in middle childhood and early adolescence; this study aims to evaluate the attachment in 101 children, aged 8-15, 50 with a diagnosis of Somatic Symptoms Disorders (SSD) and 51 as control group, administering the *Child Attachment Interview* and *Children Behavior Checklist*. Find-

La qualità dell'attaccamento nei bambini con disturbi da Sintomi Somatici

ings showed in SSD group higher percentages of insecure, preoccupied, disorganized attachment, and higher levels of Involving Anger to caregivers than comparison group. Negative correlations between security scale and somatic complaints were found. This study might help clinicians in the SSD evaluation and treatment processes.

Keywords: Child attachment interview, attachment, middle childhood, early adolescence, Somatic Symptoms Disorders.

Per corrispondenza: Fabiola Bizzi, Università degli Studi di Genova, Dipartimento di Scienze della Formazione DISFOR, Corso A. Podestà 2, 16126 Genova. Email: fabiola.bizzi@edu.unige.it

