

# La *Child Attachment Interview*: un'indagine psicometrica su un campione italiano

Donatella Cavanna (Università degli Studi di Genova)

Fabiola Bizzi (Università degli Studi di Genova)

Pietro San Martini (Sapienza Università di Roma)

Rosetta Castellano (Università degli Studi di Genova)

Sebbene esista un'ampia gamma di strumenti per valutare l'attaccamento infantile e adulto, un «gap di misurazione» in questo ambito riguarda la seconda infanzia e la prima adolescenza. Questo articolo documenta, in riferimento al contesto italiano, le proprietà psicometriche della *Child Attachment Interview* (CAI), un'intervista semi-strutturata sviluppata a partire dall'*Adult Attachment Interview* (AAI) e dalla *Strange Situation Procedure* (SSP). Sono presentate le principali proprietà psicometriche dello strumento: l'affidabilità tra giudici, l'affidabilità test-retest, la validità convergente e discriminante. I risultati mostrano che la versione italiana della CAI è una misura affidabile e valida per la valutazione dell'attaccamento in questa fascia evolutiva e discrimina l'attaccamento dei bambini con sviluppo tipico da quelli con psicopatologia.

## 1. Introduzione

Da una disamina della letteratura emerge che la metodologia per analizzare l'attaccamento nella seconda infanzia e nella prima adolescenza mostra una serie di lacune. A questo proposito, come già sottolineato da Kerns nel 2008 nella sua rassegna apparsa nell'*Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Application* (Cassidy e Shaver, 2008), si può constatare la presenza di un'ampia gamma di tecniche e di misure specifiche (questionari, test proiettivi, interviste) per valutare l'at-

*Si ringraziano tutti i bambini e le loro famiglie che hanno aderito alla ricerca. Un ringraziamento particolare va alle dottoresse S. Graziosi, D. Fonzi, D. Generali (Asl Roma 2 ex B), M. Galeota (Ospedale Moscati di Avellino), L. Sciarretta, M. Savoini, E. Veneselli (Istituto Giannina Gaslini di Genova), S. Federici, G. Nebbiosi (Istituto di Specializzazione Isipsè), R. Sciorato (Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica, Il Ruolo Terapeutico, Genova) e agli specializzandi da loro selezionati che hanno collaborato al progetto.*

taccamento in età scolare, ma la mancanza di un approccio metodologico o concettuale dominante.

Uno degli aspetti più critici della ricerca in questo ambito è la difficoltà di confrontare i dati – stante la varietà di strumenti a disposizione – nonché di cogliere la disorganizzazione dell'attaccamento, che è spesso riscontrata in associazione con condizioni psicopatologiche (Lyons-Ruth e Jacobvitz, 2008; Solomon e George, 2011). I questionari, ad esempio, basandosi sull'auto-percezione di una serie di aspetti connessi all'attaccamento, non consentono di catturare la disorganizzazione, le cui manifestazioni comportamentali in questa fase evolutiva si riducono, per essere sostituiti dall'evidenza di indici rappresentazionali indicativi di cadute nel monitoraggio metacognitivo e nella coerenza (Liotti, 2004; Solomon e George, 2011).

### **1.1. L'attaccamento nella seconda infanzia e nella prima adolescenza**

Per studiare l'attaccamento nella seconda infanzia e nella prima adolescenza vanno presi in considerazione i profondi cambiamenti che avvengono in questo periodo evolutivo: quelli biologici e cognitivi trasformano il corpo e la mente del bambino, mentre le relazioni e i ruoli sociali si modificano e si arricchiscono per l'ingresso scolastico e l'inserimento nei gruppi dei pari (Bosmans e Kerns, 2015).

Nonostante le profonde trasformazioni di questo periodo, il legame di attaccamento con le figure di riferimento, sebbene subisca tutta una serie di cambiamenti, continua a rivestire un ruolo pregnante per l'apagamento dei bisogni primari e per la definizione del senso di identità (Kerns, Abraham, Schlegelmilch e Morgan, 2007). Marvin e Britner (1999) sostengono che l'attaccamento diventa più sofisticato ed astratto. Nella relazione con il caregiver, il bambino diventa più proattivo e migliora la propria capacità di negoziare con la figura di riferimento, fino a costruire una prospettiva condivisa (Mayseless, 2005). Si riduce per i genitori la necessità di sorvegliare fisicamente il proprio figlio, che è in grado di fare maggiore riferimento alla loro disponibilità e accessibilità emotiva (Kerns e Richardson, 2005). Vi è un ampio consenso sull'idea che le rappresentazioni di attaccamento vengano progressivamente inglobate all'interno di una strategia più generale, all'inizio legata a una particolare relazione e successivamente maggiormente capace di riflettere i contributi specifici delle diverse relazioni del bambino, sia con adulti che con coetanei (Kerns, 2008).

L'attaccamento in questo periodo evolutivo resta comunque un importante fattore di protezione o di rischio per il benessere psichico

dell'individuo: per esempio, bambini sicuri mostrano maggiori livelli di resilienza, minori difficoltà a identificare le emozioni o minore probabilità di esiti psicopatologici (Brumariu, Kerns e Seibert, 2012; Oldfield, Humphrey e Hebron, 2016); diversamente, l'attaccamento disorganizzato è correlato a un funzionamento socio-emotivo disadattivo o francamente patologico (Bureau, Easlerbrooks e Lyons-Ruth, 2009; Cassibba, Sette, Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn, 2013; Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Lapsley e Roisman, 2010; Fearon e Belsky, 2011; Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg e Fearon, 2012; Lecompte e Moss, 2014).

### **1.2. La Child Attachment Interview: uno strumento per la valutazione dell'attaccamento nella seconda infanzia e nella prima adolescenza**

Con il passaggio dalla prima alla seconda infanzia, il bambino fa meno ricorso ai comportamenti di attaccamento, per cui l'interesse dei teorici dell'attaccamento si sposta dall'esame delle caratteristiche comportamentali a quelle rappresentazionali. Anche per quanto riguarda gli strumenti d'indagine si assiste a un passaggio *dai comportamenti alle narrazioni*.

La messa a punto, ad opera di un gruppo di ricercatori dell'Anna Freud Centre (AFC), di un'intervista semi-strutturata per la valutazione dell'attaccamento in età scolare, la CAI (Shmueli-Goetz, Target, Fonagy e Datta, 2008), mira a colmare quello che Greenberg (1999) ha definito il «blocco di misurazione» dell'attaccamento in questa fascia d'età. Diversamente da altri strumenti di misura dell'attaccamento nell'età scolare, essa consente di: 1) cogliere i modelli delle relazioni di attaccamento separatamente per ogni genitore; 2) catturare la disorganizzazione dell'attaccamento; per questo 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 dello stato della mente (rappresentazioni) rispetto all'attaccamento (Borelli *et al.*, 2016).

Nello specifico, il protocollo ricalca in parte quello dell'AAI per il contenuto verbale, nonché il sistema di divisione delle narrative all'interno di «Episodi Relazionali», in linea con il *Tema Relazionale Conflittuale Centrale* di Luborsky e Crits-Christoph (1990); esso utilizza inoltre alcuni indici della SSP per l'analisi del comportamento. L'intervista richiede circa la metà del tempo rispetto all'AAI, data la differente capacità dei ragazzi di mantenere l'attenzione sul compito e di parlare dei propri stati emotivi (Shmueli-Goetz, 2014). L'attuale versione del protocollo della CAI comprende 19 domande principali (Target, Fonagy, Shmueli-Goetz, Datta e

TAB. 1. *L'organizzazione delle domande della Child Attachment Interview*

---

L'organizzazione delle domande

---

Composizione della famiglia

3 aggettivi per descrivere se stesso

3 aggettivi per descrivere rapporto con la madre. Cosa accade quando la madre si arrabbia con lui

3 aggettivi per descrivere rapporto con il padre. Cosa accade quando il padre si arrabbia con lui

Esplorazione del disagio, ferite, malattia

Esplorazione maltrattamento, fisico, sessuale

Esplorazione dei lutti

Esplorazione dell'allontanamento di persone care

Le separazioni

I conflitti tra i genitori

Domande di chiusura

---

Schneider, 2007), che vengono riportate nella tabella 1, sebbene vada ricordato che ad ogni domanda sono associate delle sotto-domande, cruciali per una buona conduzione dell'intervista<sup>1</sup>.

Il sistema di codifica e di classificazione (Shmueli-Goetz, Target, Datta e Fonagy, 2004) è parzialmente modellato su quello dell'AAI soprattutto per quanto concerne il peso che viene attribuito al costrutto della Coerenza (Grice, Cole e Morgan, 1975); come per la SSP, si assegna però una classificazione di attaccamento distinta per la madre e il padre, nell'ottica di rappresentazioni considerate ancora «multiple». Inoltre, non va dimenticato il peso che assume nella codifica complessiva l'osservazione del comportamento. Viene attribuito un punteggio da 1 a 9 a ciascuna scala, che può essere generale o specifica per la madre e per il padre:

*Apertura emotiva* per la valutazione della capacità del bambino di esprimere e dare un nome alle emozioni e di contestualizzarle nella descrizione delle relazioni.

*Bilanciamento fra riferimenti positivi e negativi nei confronti delle figure d'attaccamento* valuta la capacità di riconoscere e integrare aspetti sia positivi che negativi delle figure genitoriali, presentando descrizioni bilanciate e realistiche.

*Uso di esempi* include la capacità del bambino di fornire esempi rilevanti ed elaborati.

---

<sup>1</sup> Va ricordato che l'intervista CAI, come l'AAI, necessita di uno specifico addestramento alla somministrazione e alla codifica. Tale addestramento prevede una serie di lezioni teoriche e di esercitazioni pratiche (corso di formazione di 3 giorni) e il conseguimento della prescritta reliability (codifica di 30 interviste).

*Rabbia preoccupata/coinvolgente materna e paterna* valuta il grado in cui la rabbia/preoccupazione del bambino, nel descrivere eventi negativi o conflittuali, risulta pervasiva e non contenuta.

*Idealizzazione materna e paterna* valuta quanto siano verosimili e consistenti le descrizioni delle figure d'attaccamento.

*Svalutazione e/o Distanziamento materno e paterno* valuta il grado in cui il bambino minimizza l'importanza delle figure d'attaccamento.

*Risoluzione dei conflitti* si riferisce all'abilità del bambino di descrivere in maniera coerente e pacata la risoluzione di conflitti con i genitori.

*Coerenza* viene misurata sulla base della generale consistenza, chiarezza e riflessione della narrazione.

Dalla codifica dell'intervista è possibile giungere alle categorie di classificazione dell'attaccamento, *Sicuro*, *Distanziante*, *Preoccupato*, *Disorganizzato*. Nello specifico la categoria *Sicura* è connotata da una qualità fluida della narrazione. I bambini Sicuri sono capaci di discutere sia gli aspetti positivi che negativi delle loro figure di attaccamento e comunicano la consapevolezza dell'impatto emotivo di una separazione, il bisogno di conforto e di attenzione nei periodi di malattia, di incidenti fisici o di conflitto.

Nella categoria *Distanziante* i bambini enfatizzano la loro auto-sufficienza, aspetto che è particolarmente pronunciato nelle discussioni degli episodi di incidenti o malattie. I tentativi di presentare le figure di attaccamento come «perfette» falliscono, a dispetto degli aggettivi forniti e la riflessione sugli affetti è in gran parte assente, in particolare sui sentimenti di vulnerabilità e dipendenza.

La categoria *Preoccupata* si caratterizza per un invischiamento rispetto al legame emotivo con i genitori e per il tentativo di coinvolgere l'intervistatore in temi ripetitivi. Sono presenti chiare sequenze di rabbia e/o descrizioni sprezzanti del genitore e un eccessivo focus su di lui.

La categoria *Disorganizzata* si caratterizza come una strategia insicura controllante, che può essere espressa attraverso due modalità, una punitiva (*controllante-punitiva*), in cui il bambino si rapporta al genitore umiliandolo, oppure attraverso una modalità di accudimento e cura del genitore che è vissuto come fragile e inadeguato (*compulsiva-protettiva*), con una chiara inversione dei ruoli. Gli indicatori specifici della Disorganizzazione riflettono una serie di criteri di comportamento bizzarro o inadeguato ricavati principalmente dalla SSP.

## 2. Obiettivi e ipotesi

L'obiettivo di questo studio è di presentare alcune proprietà psicometriche della CAI (Shmueli-Goetz *et al.*, 2008), con particolare riferimento alla sua applicazione nel contesto italiano. Si intende analizzare i principali aspetti psicometrici dello strumento, quali l'accordo tra giudici, l'affidabilità test-retest, la validità convergente e discriminante. Questo lavoro riporta i risultati relativi all'indagine su queste proprietà, sia in un campione normativo che clinico.

Nello specifico si intende verificare se la versione italiana della CAI:

1) consenta di ottenere, da codificatori appositamente addestrati, un'alta affidabilità tra giudici sia sulle classificazioni finali sia sulle scale della CAI;

2) mostri distribuzioni dell'attaccamento che rispecchino, in generale, i dati emersi in altri studi nazionali ed internazionali. In particolare, sarà presentato il confronto con il campione dello studio originale di validazione inglese (Shmueli-Goetz *et al.*, 2008), pur avendo scelto di utilizzare la versione più recente della CAI (versione VIII rivista) con 19 domande per i bambini dagli 8 ai 15 anni (Target *et al.*, 2007) e il confronto con il campione dello studio italiano di meta-analisi di Cassibba e collaboratori (2013);

3) valuti il costrutto dell'attaccamento indipendentemente da variabili sociodemografiche (età, genere, tipologia della famiglia, status socio-economico familiare) e dal livello di comprensione verbale (Shmueli-Goetz *et al.*, 2008);

4) mostri un'alta affidabilità test-retest a 3 mesi e a 12 mesi sia sulle classificazioni finali sia sulle scale della CAI;

5) mostri una buona validità convergente, data dal confronto tra la CAI e altri strumenti di valutazione dell'attaccamento in età scolare;

6) sia in grado di discriminare soggetti con psicopatologia e soggetti con sviluppo tipico.

## 3. Metodo

### 3.1. Soggetti

Hanno partecipato alla ricerca un totale di 287 bambini/adolescenti italiani, distinti in un gruppo normativo e in un gruppo clinico. Nello specifico, il gruppo normativo è costituito da 189 soggetti italiani, che sono stati reclutati attraverso un campionamento a «palla di neve». I criteri di

TAB. 2. Caratteristiche sociodemografiche del campione normativo e di quello clinico

Caratteristiche socio-demografiche	Gruppo normativo (N = 189)	Gruppo clinico (N = 98)	Gruppo normativo vs gruppo clinico
Età media in anni (ds)	11.64 (2.38)	11.47 (2.14)	$t_{(285)} = .62, p = .534$ ns
Media ICV (ds)	110.80 (12.71)	107.34 (12.90)	$t_{(114)} = 1.27, p = .206$ ns
% maschi	47%	58.2%	$\chi^2_{(1)} = 3.18, p = .075$ ns
% famiglia tradizionale	86%	72.4%	$\chi^2_{(2)} = 8.34, p = .014$ *
% famiglia allargata	5.6%	8.2%	
% famiglia monogenitoriale	8.4%	19.4%	
% SES inferiore a 15000 euro	15.1%	52.2%	$\chi^2_{(2)} = 13.95, p = .001$ **
% SES tra 15000 e 36000 euro	50%	40.7%	
% SES superiore a 36000 euro	34.9%	19%	

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

inclusione del gruppo normativo sono stati: età compresa tra gli 8 e i 15 anni, assenza di condizioni psicopatologiche e buona comprensione dell'italiano, valutata in base all'Indice di Comprensione Verbale della WISC IV (Orsini, Pezzuti e Picone, 2012).

Il gruppo clinico è costituito da 98 soggetti, così suddivisi: 56 soggetti con diagnosi di «disturbo da sintomi somatici o disturbi correlati» (DSS) e 42 con diagnosi di «disturbo da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta» (DCD). Il campione è stato reclutato presso l'Istituto Giannina Gaslini di Genova. Oltre ai criteri di buona comprensione dell'italiano e di età compresa tra gli 8 e i 15 anni, questo gruppo di soggetti è stato reclutato sulla base del seguente criterio: avere una diagnosi di DSS o di DCD, in riferimento alla classificazione del DSM 5 (APA, 2013). Abbiamo cioè voluto «controllare» la tipologia di condizione psicopatologica, attraverso una sua precisa selezione resa possibile da una diagnosi accurata. Nella ricerca sono stati considerati disturbi che hanno caratteristiche opposte, vale a dire di natura esternalizzante (DCD) e internalizzante (DSS); questi disturbi si caratterizzano per manifestazioni comportamentali differenti, un diverso stato della mente rispetto ai propri stati emotivi, ma un identico impatto, fortemente limitativo, sull'adattamento sociale dei bambini; da qui nasce la loro rilevanza clinica. Lo studio di due forme psicopatologiche con caratteristiche specifiche e ben differenziate costituisce un aspetto raramente presente in altri studi, ove la tendenza prevalente è piuttosto quella di raccogliere un gruppo clinico che contiene al suo interno un'ampia gamma di condizioni psicopatologiche. Inoltre, come ampiamente sottolineato in letteratura, queste due forme psicopatologiche presentano un forte legame con l'insicurezza dell'attaccamento (Fearon e Belsky, 2011; Kozłowska, Scher e Williams, 2011; Kozłowska e Williams, 2009). Riportiamo in tabella 2 le caratteristiche sociodemografiche dei due gruppi.

### 3.2. Strumenti

*Scheda di raccolta dati sociodemografici* per la rilevazione dei principali dati socio-demografici dei soggetti, come età, genere, tipologia della famiglia, status socio-economico familiare [SES].

*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 lo stile di attaccamento in base ad indicatori linguistici e comportamentali. Si rimanda al paragrafo 1.2. per la descrizione dello strumento.

Le principali caratteristiche metrologiche dello strumento sono state valutate su campioni clinici e non clinici inglesi (Shmueli-Goetz et al., 2008; Target, Fonagy e Shmueli-Goetz, 2003). Questi studi hanno mostrato una buona affidabilità test-retest a 3 mesi ( $\alpha$  di Cronbach 0.74-1.00) e a 1 anno ( $\alpha$  di Cronbach 0.72-0.79) sia dei punteggi delle scale che delle classificazioni, una buona consistenza interna dei punteggi alle scale ( $\alpha$  di Cronbach 0.84-0.92 per la classificazione a 2 vie, 0.84-0.85 per la classificazione a 3 vie, 0.74-0.89 per la classificazione a 4 vie) e dell'accordo tra giudici ( $\kappa = 0.92$  per la classificazione a 2 vie,  $\kappa = 0.84$  per la classificazione a 3 vie,  $\kappa = 0.83$  per la classificazione a 4 vie). Inoltre, la classificazione della CAI è risultata correlata con la sicurezza dell'attaccamento dei bambini misurata tramite il *Separation Anxiety Test*, con la classificazione materna effettuata tramite l'AAI e le misure del funzionamento sociale (Shmueli-Goetz et al., 2008). Le classificazioni della CAI non sono collegate all'età, al sesso, allo status socio-economico, all'etnia, al quoziente intellettivo, alle abilità linguistiche o alla tipologia di famiglia in cui il bambino vive (Target et al., 2003).

*Separation Anxiety Test* (SAT; Klagsbrun e Bowlby, 1976; Attili, 2001) uno strumento semi-proiettivo che valuta la tipologia di attaccamento del soggetto e la sua ansia da separazione rispetto alle figure di attaccamento. Si compone di 6 immagini, che hanno per oggetto separazioni «moderate» o «severe». L'esaminatore descrive cosa succede prima di ogni separazione e prosegue con domande rispetto a come si sente il bambino, perché si sente in quel modo e che cosa farà. Le immagini sono differenziate in base al genere e le risposte del bambino vengono audio-registrate e trascritte fedelmente.

Diversamente dallo studio di validazione inglese della CAI (Shmueli-Goetz et al., 2008), in questo studio la procedura utilizzata per codificare il SAT è stata quella di Attili (2001a), in quanto si è preferito utilizzare la versione validata in Italia piuttosto che la versione non validata nel nostro paese. Un punteggio compreso tra -2 e +2 viene attribuito a ciascuna delle seguenti sottoscale: Attaccamento, Perdita di autostima, Ostilità, Fi-

ducia in se stesso, Evitamento, Ansia, Angoscia e Confusione. Sulla base dei punteggi su queste sottoscale, si giunge a una delle seguenti classificazioni di attaccamento: Sicuro, Ansioso-Ambivalente, Ansioso-Evitante, Disorganizzato e Confuso. Lo strumento è ampiamente usato e ha buone proprietà psicometriche (Attili, 2001a); per questo è stato utilizzato per misurare la validità convergente della CAI (Shmueli-Goetz et al., 2008; Venta, Shmueli-Goetz e Sharp, 2014). Due giudici indipendenti hanno codificato il test e l'accordo dei codificatori è stato dell'82% ( $\kappa = 0,67$ ).

*Inventory of Peer and Parent Attachment* (IPPA; Armsden e Greenberg, 1987; San Martini, Zavattini e Ronconi, 2009) un questionario per adolescenti, che intende fornire una stima della loro percezione della dimensione emotiva/cognitiva delle relazioni parentali e di quelle con gli amici stretti. È costituito da 3 scale di 25 item, relative all'esperienza di attaccamento con la madre, con il padre e con i pari. A ciascun item il soggetto attribuisce una propria valutazione di veridicità, attraverso una scala Likert a 5 punti. Lo strumento fornisce, oltre a un punteggio globale di Sicurezza dell'Attaccamento, anche punteggi separati per le scale di Fiducia, Comunicazione e Disaffezione. Quest'ultima scala è «rovesciata» rispetto al costrutto della Sicurezza dell'Attaccamento. La versione italiana dello strumento ha evidenziato buone caratteristiche psicometriche (San Martini et al., 2009). In questo studio il questionario, utilizzabile a partire dai 13 anni (San Martini et al., 2009), è stato usato per testare la validità convergente della CAI (Venta et al., 2014) e sono state utilizzate solo le scale per i genitori. L'affidabilità interna, stimata attraverso l' $\alpha$  di Cronbach, è pari a .84 per entrambi i genitori.

*Wechsler Intelligence Scale for Children IV* (WISC IV; versione italiana di Orsini et al., 2012) un test per la valutazione dell'abilità intellettuale generale del bambino dai 6 ai 16 anni. *L'attendibilità dello strumento è elevata per tutte le fasce di età e tutti i livelli, con valori di  $\alpha$  di Cronbach superiore a .70* (Orsini et al., 2012). In questo studio sono state somministrate solo alcune prove dello strumento (Shmueli-Goetz et al., 2008) ossia *Somiglianze*, *Vocabolario* e *Comprensione*, dal momento che si voleva misurare esclusivamente la capacità di comprensione verbale (ICV: Indice di Comprensione Verbale). L'affidabilità interna, stimata attraverso l' $\alpha$  di Cronbach, è risultata pari a .80.

### 3.3. Procedura

La versione italiana della CAI è stata sviluppata secondo la procedura standard impiegata dai ricercatori per tradurre gli strumenti costruiti in lingue diverse dal contesto in cui si effettua la ricerca (Brislin,

1970): tre ricercatori indipendenti con ottima conoscenza della lingua inglese e del lessico psicologico hanno tradotto il protocollo dall'inglese all'italiano, cercando di evitare espressioni gergali o frasi ambigue. Successivamente, è stata concordata la versione comune dell'intervista, tradotta in inglese da una persona bilingue con una buona conoscenza del lessico psicologico.

Lo studio si è articolato nelle seguenti fasi: nel primo incontro di circa 50 minuti, sono stati somministrati ai bambini la CAI e il questionario IPPA; in parallelo è stata consegnata ai genitori la scheda socio-anagrafica. Nel secondo incontro di 45 minuti circa, avvenuto entro una settimana, è stato somministrato il SAT e specifiche prove della WISC IV. A un sottogruppo di soggetti, scelti sulla base della loro disponibilità, è stata somministrata dallo stesso intervistatore la CAI (dopo 3 e 12 mesi), in un incontro della durata di circa 40 minuti.

## 4. Analisi dei dati

I protocolli delle interviste e i questionari sono stati raccolti seguendo le istruzioni e le procedure standardizzate proposte dagli autori dei diversi strumenti e sono stati codificati in formato digitale. 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 o più 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, oltre che in termini di percentuali di accordo, attraverso il *coefficiente  $\kappa$  di Cohen*, che fornisce una stima del grado di accordo tra giudici non attribuibile al caso. I risultati dei test statistici sono stati considerati significativi se  $p \leq .05$ .

## 5. Risultati

### 5.1. Affidabilità tra giudici

Un aspetto che indica le buone caratteristiche dell'intervista è dato dall'alto accordo tra giudici nella codifica, sia sulle classificazioni finali sia sulle scale. Tutte le interviste sono state codificate da due giudici indipendenti, addestrati direttamente dall'autrice dello strumento e che hanno

conseguito il certificato di affidabilità presso l'AFC. Un totale di 355 interviste sono state codificate a doppio giudice.

Rispetto alla nostra ipotesi (1), l'accordo tra giudici sulle classificazioni CAI a 2, 3 e 4 vie, sia rispetto alla madre che al padre, è risultato «molto buono», secondo le linee guida suggerite da Landis e Koch (1977), con valori di  $\kappa$  compresi tra .85 e .93 e percentuali di accordo compresi tra 89.4% e 95.6%. È stato valutato anche l'accordo sulle scale dell'intervista, che è risultato «molto buono» su tutte le scale, con valori di  $r$  compresi tra .85 e .97.

### 5.2. Confronto con le distribuzioni di attaccamento di altri studi nazionali ed internazionali

Sono state confrontate le distribuzioni dell'attaccamento (ipotesi 2) tra il campione normativo italiano ( $N = 189$ ) e quello dello studio di validazione inglese ( $N = 161$ ) di Shmueli-Goetz e colleghi (2008). Come mostra la tabella 3, che riporta i test sui confronti tra le due distribuzioni, è emerso che nel modello a 2 vie, la probabilità di trovare un attaccamento Sicuro alla madre è significativamente più alta nel gruppo inglese piuttosto che in quello italiano, mentre non si riscontrano differenze statisticamente significative rispetto all'attaccamento al padre. Nel modello a 3 vie, tra gli italiani normativi, vi sono un numero maggiore di soggetti con attaccamento Preoccupato, sia alla madre che al padre, rispetto agli inglesi. Nel modello a 4 vie, i soggetti italiani sono risultati più Insicuri, Preoccupati e Disorganizzati degli inglesi nell'attaccamento alla madre e al padre.

Abbiamo anche effettuato un confronto delle distribuzioni del nostro campione normativo con quanto emerso dalla meta-analisi italiana di Casibba, Sette, Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn (2013), che raggruppa gli studi italiani sull'attaccamento a partire dall'infanzia (17 studi) fino all'età adulta (50 studi). Confrontando le nostre distribuzioni (modello a 3 e 4 vie) con quelle presenti nei bambini italiani non clinici, valutati attraverso la SSP, non emergono differenze statisticamente significative sia nel modello a 3 vie ( $\chi^2_{(2)} = .15, p = .927$ ) che a 4 vie ( $\chi^2_{(3)} = .00, p = .999$ ). Analogamente, dal confronto tra i nostri dati e quelli di adolescenti italiani, valutati attraverso l'uso dell'AAI, non emergono differenze statisticamente significative sia per il modello a 3 vie ( $\chi^2_{(2)} = .03, p = .985$ ) che per quello a 4 vie ( $\chi^2_{(3)} = .00, p = .999$ ). In entrambi i gruppi normativi si riscontra una sovra-rappresentazione della Sicurezza; il versante Distanziante risulta essere più rappresentato rispetto a quello Preoccupato; la Disorganizzazione raggiunge percentuali minime.

TAB. 3. Distribuzione dell'attaccamento: campioni normativi italiano e inglese a confronto

		CAMPIONE NORMATIVO % osservate (residui standardizzati corretti)		Campione italiano vs cam- pione inglese	CAMPIONE NORMATIVO % osservate (residui standardizzati corretti)		Campione italiano vs campione inglese
		Attacca- mento materno italiano	Attacca- mento materno inglese	Test chi <sup>2</sup>	Attacca- mento paterno italiano	Attacca- mento paterno inglese	Test chi <sup>2</sup>
Modello 2 vie	S	54 (-2.4)	66.5 (2.4)	$chi^2_{(1)} = 5.64$ $p = .018^*$	53.5 (-1.8)	64 (1.8)	$chi^2_{(1)} = 4.62$ $p = .099$
	I	46 (2.4)	33.5 (-2.4)		46.5 (1.8)	36 (-1.9)	
Modello 3 vie	S	54 (-2.4)	66 (2.4)	$chi^2_{(2)} = 17.71$ $p = .000^{**}$	53.5 (-1.9)	64 (1.9)	$chi^2_{(2)} = 10.51$ $p = .005^{**}$
	Ds	27 (-.5)	30 (.5)		28.3 (-.3)	30 (.3)	
	P	19 (4.2)	4 (-4.2)		18.2 (3.2)	6 (-3.2)	
Modello 4 vie	S	54 (-2.3)	66 (2.3)	$chi^2_{(3)} = 19.60$ $p = .000^{**}$	53 (-1.8)	63 (1.8)	$chi^2_{(3)} = 12.65$ $p = .005^{**}$
	Ds	21.7 (-1.2)	28 (1.2)		23 (-1.0)	28 (1.0)	
	P	12.2 (3.1)	3 (-3.1)		11.8 (2.1)	5 (-2.1)	
	Disorg	12.2 (2.9)	4 (-2.9)		11.8 (2.6)	4 (-2.6)	

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

### 5.3. L'attaccamento come costrutto indipendente da variabili sociodemografiche e capacità linguistiche

Un aspetto ampiamente verificato in letteratura è se il costrutto dell'attaccamento sia indipendente da variabili socio-demografiche (validità discriminante), quali l'età, il genere, lo status socio-economico, la composizione familiare, nonché dalle capacità linguistiche. In questo studio, l'analisi di questi aspetti nel campione normativo (N = 144) ha mostrato l'assenza di differenze significative di genere tra Sicuri e Insicuri sia alla madre ( $chi^2_{(1)} = 3.17$ ,  $p = .075$ ), che al padre ( $chi^2_{(1)} = 2.49$ ,  $p = .139$ ). Questo dato conferma quanto ipotizzato (ipotesi 3) ed è in linea con lo studio di validazione di Shmueli-Goetz e colleghi (2008). Rispetto all'età, sono invece emerse differenze statisticamente significative tra Sicuri e Insicuri sia rispetto alla classificazione materna ( $F_{(1,189)} = 14.67$ ,  $p = .000$ ;  $r_{pb} = .27$ ) che a quella paterna ( $F_{(1,187)} = 6.01$ ,

$p = .015$ ;  $r_{pb} = .18$ ), con i soggetti Sicuri più «anziani» degli Insicuri mediamente di circa un anno. Il coefficiente di correlazione medio tra l'età e le 11 scale numeriche CAI (dopo la ricodifica delle scale invertite rispetto al costrutto della sicurezza) è risultato pari a  $.25$ . Anche rispetto alla *composizione familiare* sono emerse differenze statisticamente significative tra Sicuri e Insicuri sia alla madre ( $\chi^2_{(2)} = 7.76$ ,  $p = .021$ ) che al padre ( $\chi^2_{(1)} = 6.20$ ,  $p = .045$ ). La percentuale di Sicuri (i valori sono identici sia per l'attaccamento al padre che alla madre) è significativamente maggiore nelle famiglie con due genitori (55.8%) rispetto all'insieme delle famiglie «allargate» (cioè composte da genitori sposati o conviventi, con precedenti matrimoni e figli) o monogenitoriali (29.2%) ( $\chi^2_{(1)} = 5.92$ ,  $p = .015$ ). Vi sono inoltre differenze significative di *reddito familiare* (SES) tra Sicuri e Insicuri sia rispetto alla madre ( $\chi^2_{(1)} = 6.10$ ,  $p = .014$ ) che rispetto al padre ( $\chi^2_{(1)} = 6.35$ ,  $p = .012$ ). La percentuale di soggetti Sicuri alla madre e al padre è significativamente maggiore nella fascia di reddito alta (66.7%; 68.6%) rispetto a quella di reddito bassa (45.3%; 46.8%).

Come ipotizzato (ipotesi 3), nel campione normativo ( $N = 144$ ) è stato anche verificato che le classificazioni alla CAI (sia rispetto alla madre che al padre) non risultassero correlate con la capacità di comprensione verbale del soggetto. In linea con lo studio di validazione di Shmueli-Goetz e colleghi (2008), non sono emerse differenze significative tra Sicuri e Insicuri nei punteggi di comprensione verbale sia rispetto alla classificazioni di attaccamento alla madre ( $F_{(1,115)} = .80$ ,  $p = .738$ ) che al padre ( $F_{(1,114)} = .84$ ,  $p = .688$ ).

#### 5.4. Affidabilità test-retest

Rispetto all'ipotesi (4), è stata testata la stabilità della classificazione d'attaccamento in un periodo di un anno. In questo studio, l'*affidabilità test-retest* è stata calcolata su un sottogruppo di soggetti normativi ( $N = 53$ ) a distanza di 3 mesi e ( $N = 49$ ) a distanza di 1 anno. Le interviste sono state codificate dagli stessi due giudici indipendenti della prima somministrazione. I risultati (tab. 4) mostrano un accordo sulle categorie della CAI a 3 e a 12 mesi da «moderato» (per la Disorganizzazione), a «molto buono» (Landis e Koch, 1977)<sup>2</sup>.

Sono state effettuate anche le analisi di *affidabilità test-retest* sulle scale della CAI. Come mostra la tabella 5, per la maggior parte delle

<sup>2</sup> L'interpretazione dei valori Kappa è stata eseguita secondo le linee-guida di Landis e Koch (1977) secondo cui:  $\kappa < 0.2$  = concordanza pessima;  $\kappa$  compreso fra 0.2 e 0.4 = concordanza modesta; fra 0.4 e 0.6 = moderata; fra 0.6 e 0.8 = buona;  $> 0.80$  = ottima.

TAB. 4. *Affidabilità test-retest (kappa di Cohen) a 3 mesi e 12 mesi*

Stabilità dell'accordo tra giudici ( $\kappa$ ) su categorie di attaccamento a due, tre e quattro vie a 3 e 12 mesi	3 mesi		12 mesi	
	Madre (N = 53)	Padre (N = 52)	Madre (N = 49)	Padre (N = 47)
	Classificazione a 2 vie	.774	.808	.918
Classificazione a 3 vie	.811	.837	.933	.963
Classificazione a 4 vie	.676	.676	.711	.824
Disorganizzazione (presente/assente)	.706	.790	.500	.619

TAB. 5. *Affidabilità test-retest (r di Pearson) sulle scale della CAI a 3 mesi e a 12 mesi*

Scale	3 mesi (N = 53)	12 mesi (N = 49)
Apertura emotiva	.859	.885
Bilanciamento	.871	.906
Uso di esempi	.878	.918
Rabbia preoccupata/coinvolgente materna	.783	.725
Rabbia preoccupata/coinvolgente paterna	.928	.935
Idealizzazione materna	.803	.755
Idealizzazione paterna	.707	.754
Svalutazione e/o Distanziamento materno	.801	.885
Svalutazione e/o Distanziamento paterno	.773	.883
Risoluzione dei conflitti	.831	.862
Coerenza	.876	.892

scale, il grado di accordo è molto buono sia a 3 mesi (con valori di  $r$  compresi tra .80 e .93) che a 12 mesi (con valori di  $r$  compresi tra .86 e .93), mentre per le scale di Rabbia materna, Idealizzazione e Svalutazione e/o Distanziamento paterno, i risultati mostrano un accordo leggermente inferiore (con valori di  $r$  compresi tra .71 e .78).

Questi risultati mostrano una buona affidabilità di tutte le scale della CAI anche a distanza di un anno, con punteggi maggiori (tutti superiori a .70) rispetto allo studio di Shmueli-Goetz (2008). In linea con lo studio inglese, anche nella nostra ricerca i punteggi più bassi di stabilità sono stati raggiunti nella scala dell'Idealizzazione, ma non della Rabbia preoccupata/coinvolgente rispetto al padre.

### 5.5. Validità convergente

Come ipotizzato (ipotesi 5), è stata valutata la validità convergente della CAI attraverso due domini: un self-report compilato sulla percezione di sicurezza del genitore (IPPA) e una misura basata sulle narrative (SAT).

Rispetto alle associazioni tra CAI e IPPA (tab. 6), nel modello a 2 vie, i soggetti Sicuri alla CAI mostrano punteggi significativamente maggiori sulle scale di Attaccamento ( $F_{(1,97)} = 13.51, p = .000$ ), Fiducia ( $F_{(1,97)} = 11.37, p = .001$ ) e Comunicazione ( $F_{(1,97)} = 15.56, p = .000$ ) e significativamente inferiori su quella di Disaffezione ( $F_{(1,97)} = 5.24, p = .024$ ), ma questo dato si riscontra per il padre. Per la madre si raggiungono dati statisticamente significativi solo rispetto alla scala di Comunicazione ( $F_{(1,98)} = 4.428, p = .043$ ), in cui i soggetti Sicuri mostrano punteggi significativamente maggiori di quelli Insicuri. Nel modello a 3 vie, i soggetti Preoccupati alla CAI mostrano punteggi significativamente inferiori sulle scale di Attaccamento, Fiducia e Comunicazione e significativamente maggiori di Disaffezione, ma questo dato si riscontra per il padre. Per la madre, i soggetti Preoccupati mostrano solo punteggi significativamente inferiori di Fiducia e significativamente maggiori di Disaffezione rispetto ai Sicuri e ai Distanzianti. Nel modello a 4 vie dell'attaccamento verso la madre, sulla scala di Comunicazione non compaiono differenze significative tra i quattro gruppi CAI. I soggetti Disorganizzati alla madre hanno punteggi significativamente inferiori sulle scale di Fiducia e di Attaccamento e significativamente maggiori di Disaffezione rispetto ai soggetti Sicuri, Preoccupati e Distanzianti. Rispetto all'attaccamento al padre, i soggetti Preoccupati hanno punteggi significativamente inferiori di Fiducia, Comunicazione e attaccamento e superiori di Disaffezione rispetto ai Sicuri, ai Distanzianti e ai Disorganizzati.

Rispetto invece alla relazione tra CAI e SAT ( $N = 237$ ), dopo avere ricondotto le 5 categorie SAT a due categorie (Sicuri, non-Sicuri), il test del chi quadro non ha mostrato correlazioni significative tra i due modelli di attaccamento alla madre ( $\chi^2_{(1)} = .15, p = .702$ ) e al padre ( $\chi^2_{(1)} = .21, p = .648$ ).

### 5.6. Differenze tra soggetti con psicopatologia e soggetti con sviluppo tipico

Un aspetto fondamentale di uno strumento è dato dalla capacità di discriminare tra soggetti con sviluppo tipico e soggetti con condizioni di psicopatologia.

#### A) Confronto sulle categorie CAI

Il confronto tra i due gruppi ha mostrato (tab. 7), come ipotizzato (ipotesi 6), la capacità della CAI di discriminare soggetti con psicopatologia (clinici) e soggetti a sviluppo tipico (normativi). La distribuzione dell'attaccamento (modello a 2 vie) nel gruppo normativo ( $N = 189$ ) presenta

TAB. 6. Relazione CAI (modello a 3 e 4 vie) e IPPA

Attaccamento 3 vie alla madre		M	ds	Statistiche
Fiducia madre	Distanziante	36.88	4.875a,b	$F_{(2, 97)} = 3.47, p = .035^*$
	Preoccupato	34.92	7.505a	
	Sicuro	38.29	3.996b	
Comunicazione madre	Distanziante	30.50	5.912a	$F_{(2, 97)} = 2.20, p = .116$
	Preoccupato	30.24	6.735a	
	Sicuro	32.73	4.862a	
Disaffezione madre	Distanziante	12.25	4.245a,b	$F_{(2, 97)} = 3.74, p = .027^*$
	Preoccupato	13.52	6.456b	
	Sicuro	10.49	3.797a	
Attaccamento madre	Distanziante	85.13	12.588a,b	$F_{(2, 97)} = 4.08, p = .078$
	Preoccupato	81.64	19.211a	
	Sicuro	90.53	9.572b	
Attaccamento 3 vie al padre		M	ds	Statistiche
Fiducia padre	Distanziante	35.19	6.203b	$F_{(2, 96)} = 10.15, p = .000^{**}$
	Preoccupato	30.16	8.133a	
	Sicuro	37.15	5.182b	
Comunicazione padre	Distanziante	25.73	6.353a,b	$F_{(2, 96)} = 8.97, p = .000^{**}$
	Preoccupato	22.68	8.548a	
	Sicuro	30.10	7.188b	
Disaffezione padre	Distanziante	12.62	5.092a	$F_{(2, 96)} = 6.08, p = .003^{**}$
	Preoccupato	16.56	6.571b	
	Sicuro	11.96	5.036a	
Attaccamento padre	Distanziante	78.31	16.183b	$F_{(2, 96)} = 10.32, p = .000^{**}$
	Preoccupato	66.32	21.629a	
	Sicuro	85.29	14.409b	
Attaccamento 4 vie alla madre		M	ds	Statistiche
Fiducia madre	Distanziante	37.55	4.718b	$F_{(3, 96)} = 5.72, p = .001^{**}$
	Preoccupato	37.43	4.502b	
	Sicuro	38.29	3.996b	
Comunicazione madre	Disorganizzato	32.20	8.308a	$F_{(3, 96)} = 2.43, p = .051^*$
	Distanziante	30.50	5.104a	
	Preoccupato	32.07	5.427a	
	Sicuro	32.73	4.862a	
Disaffezione madre	Disorganizzato	28.60	8.140a	$F_{(3, 96)} = 3.47, p = .019^*$
	Distanziante	11.55	3.790a,b	
	Preoccupato	13.00	5.038a,b	
	Sicuro	10.49	3.797a	
Attaccamento madre	Disorganizzato	14.60	7.327b	$F_{(3, 96)} = 4.75, p = .004^{**}$
	Distanziante	86.50	10.846a	
	Preoccupato	86.50	13.084a,b	
	Sicuro	90.53	9.572b	
	Disorganizzato	76.20	22.498a	

TAB. 6. (segue)

		Attaccamento 4 vie al padre	M	ds	Statistiche
Fiducia padre	Distanziante		35.64	6.215b,c	$F_{(3, 95)} = 6.801, p = .000^{**}$
	Preoccupato		30.07	6.933a	
	Sicuro		37.15	5.182c	
	Disorganizzato		30.93	8.876a,b	
Comunicazione padre	Distanziante		26.18	6.412a,b	$F_{(3, 95)} = 6.125, p = .001^{**}$
	Preoccupato		22.64	8.289a	
	Sicuro		30.10	7.188b	
	Disorganizzato		22.87	8.357a	
Disaffezione padre	Distanziante		11.77	5.061a	$F_{(3, 95)} = 5.418, p = .002^{**}$
	Preoccupato		16.07	5.567a,b	
	Sicuro		11.96	5.036a	
	Disorganizzato		17.20	6.732b	
Attaccamento padre	Distanziante		80.05	16.372a,b	$F_{(3, 95)} = 7.394, p = .000^{**}$
	Preoccupato		66.64	18.785a	
	Sicuro		85.29	14.409b	
	Disorganizzato		66.67	22.595a	

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

infatti un'alta percentuale di soggetti con attaccamento Sicuro alla madre (54%) e al padre (53.5%), mentre nel gruppo clinico ( $N = 97$ ), una percentuale molto alta di soggetti è invece classificata con attaccamento Insicuro alla madre (84.5%) e al padre (85.3%). Considerando il modello a 3 vie, nel gruppo normativo si registra una percentuale maggiore di soggetti con attaccamento Distanziante (27% alla madre e il 28.3% al padre), rispetto a quelli con attaccamento Preoccupato (19% alla madre e il 18.2% al padre); nel gruppo clinico si registra una predominanza di attaccamento Distanziante (47.4% alla madre e 53.7% al padre). La frequenza dell'attaccamento Preoccupato è del 37.1% alla madre e il 31.6% al padre. Nel modello a 4 vie la frequenza dell'attaccamento Disorganizzato nel campione normativo è pari al 12.2% rispetto alla madre e al 11.8% rispetto al padre, mentre nel campione clinico la frequenza è molto alta, con il 46.4% di attaccamento Disorganizzato alla madre e il 47.4% al padre.

Per tenere sotto controllo il reddito e il tipo di famiglia, che abbiamo visto differire significativamente tra clinici e normativi, le analisi riguardanti il modello CAI a 2 vie sono state ripetute separatamente per i soggetti con reddito basso ( $N = 46$ ), medio ( $N = 123$ ) e alto ( $N = 63$ ) e per i soggetti appartenenti a famiglia tradizionale ( $N = 224$ ), allargata ( $N = 18$ ) o monogenitoriale ( $N = 34$ ). In tutte le analisi, la proporzione di soggetti Insicuri è risultata maggiore tra i clinici rispetto ai normativi. I valori di  $p$  forniti dal test della probabilità esatta di Fisher, sono risultati inferiori a .05 in tutte le analisi, ad eccezione di quella riguardante i soggetti ap-

TAB. 7. Distribuzioni dell'attaccamento nei soggetti normativi e clinici

		Attaccamento alla madre % osservate (residui standardizzati corretti)		Campione normativo vs campione clinico	Attaccamento al padre % osservate (residui standardizzati corretti)		Campione normativo vs campione clinico
		Gruppo normativo	Gruppo clinico	Test $\chi^2$	Gruppo normativo	Gruppo clinico	Test $\chi^2$
Modello 2 vie	S	54 (6.3)	15.5 (-6.3)	$\chi^2_{(1)} = 39.31$ $p = .000^{**}$	53.5 (6.3)	14.7 (-6.3)	$\chi^2_{(1)} = 39.25$ $p = .000^{**}$
	I	46 (-6.3)	84.5 (6.3)		46.5 (-6.3)	85.3 (6.3)	
Modello 3 vie	S	54 (6.3)	15.5 (-6.3)	$\chi^2_{(2)} = 39.44$ $p = .000^{**}$	53.5 (6.3)	14.7 (-6.3)	$\chi^2_{(2)} = 39.34$ $p = .000^{**}$
	Ds	27 (-3.5)	47.4 (3.5)		28.3 (-4.2)	53.7 (4.2)	
	P	19 (-3.3)	37.1 (3.3)		18.2 (-2.5)	31.6 (2.5)	
Modello 4 vie	S	54 (6.6)	13.4 (-6.6)	$\chi^2_{(3)} = 60.99$ $p = .000^{**}$	53.5 (6.6)	12.6 (-6.6)	$\chi^2_{(3)} = 60.89$ $p = .000^{**}$
	Ds	21.7 (.4)	19.6 (-.4)		23 (-.2)	24.2 (.2)	
	P	12.1 (-1.9)	20.6 (1.9)		11.7 (-.9)	15.8 (.9)	
	Disorg	12.2 (-6.4)	46.4 (6.4)		11.8 (-6.6)	47.4 (6.6)	

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

partenenti alla classe di reddito alta (solo per la CAI paterna) e di quelle riguardanti i soggetti appartenenti a famiglie allargate e a famiglie monogenitoriali. I risultati non significativi di queste due ultime analisi devono tuttavia essere valutati tenendo conto del basso numero di soggetti e della conseguente minore potenza dei test. Nel gruppo con famiglia allargata, infatti, compaiono, nel nostro campione, solo 2 soggetti Sicuri (sia per l'attaccamento al padre che alla madre); nel gruppo con famiglia unigenitoriale compaiono solo 8 Sicuri alla CAI materna e 6 Sicuri alla CAI paterna.

#### B) Confronto sulle scale CAI

Per valutare le differenze tra clinici e normativi sul complesso delle 11 scale numeriche della CAI, tenendo sotto controllo le principali variabili potenzialmente confusive (reddito familiare e tipo di famiglia), sono state eseguite due analisi multivariate. La prima include come variabili indipendenti, il gruppo (clinico, normativo) e il tipo di famiglia (tradizionale, non tradizionale), la seconda il gruppo (clinico, normativo) e la classe di

TAB. 8. *Analisi univariate sulle diverse scale della CAI*

Scale	M	F <sub>(1, 207)</sub>	p	eta <sup>2</sup>
Apertura emotiva	33.59	17.27	.000**	.077
Bilanciamento	32.41	16.15	.000**	.072
Uso di Esempi	38.03	17.85	.000**	.079
Rabbia preoccupata/coinvolgente materna	35.06	6.61	.011*	.031
Rabbia preoccupata/coinvolgente paterna	8.68	1.62	2.05	.008
Idealizzazione materna	16.35	5.36	.022*	.025
Idealizzazione paterna	10.28	3.06	.082	.015
Svalutazione e/o Distanziamento materno	27.51	4.77	.030*	.023
Svalutazione e/o Distanziamento paterno	34.00	5.68	.018*	.027
Risoluzione dei conflitti	33.51	16.45	.000**	.074
Coerenza	38.83	20.35	.000**	.090

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

reddito (bassa, media alta). Ambedue includono inoltre, come covariate, l'età e il punteggio al sub-test WISC di Vocabolario.

La prima analisi mostra effetti significativi dell'età ( $F_{(11,197)} = 7.36$ ,  $p = .000$ ,  $eta^2 = .291$ ), del Vocabolario, ( $F_{(11,197)} = 2.57$ ,  $p = .005$ ,  $eta^2 = .126$ ) e del gruppo ( $F_{(11,197)} = 2.54$ ,  $p = .005$ ,  $eta^2 = .124$ ), senza effetti significativi del tipo di famiglia ( $F_{(11,197)} = 1.56$ ,  $p = .113$ ,  $eta^2 = .080$ ) e di interazione gruppo x tipo di famiglia ( $F_{(11,197)} = .78$ ,  $p = .667$ ,  $eta^2 = .042$ ).

La seconda analisi mostra effetti significativi dell'età ( $F_{(11,169)} = 7.11$ ,  $p = .000$ ,  $eta^2 = .316$ ), del Vocabolario ( $F_{(11,169)} = 1.88$ ,  $p = .044$ ,  $eta^2 = .109$ ), del gruppo ( $F_{(11,169)} = 3.57$ ,  $p = .000$ ,  $eta^2 = .188$ ) e della classe di reddito ( $F_{(22,340)} = 1.90$ ,  $p = .009$ ,  $eta^2 = .110$ ), senza interazione significativa gruppo x classe di reddito ( $F_{(22,340)} = 1.03$ ,  $p = .420$ ,  $eta^2 = .063$ ).

Le successive analisi univariate (tabb. 8 e 9) mostrano differenze significative (e nella direzione attesa) su tutte le scale tranne quelle di Rabbia e Idealizzazione paterna.

## 6. Discussione

L'obiettivo di questo studio è stato quello di presentare alcune proprietà psicometriche della *Child Attachment Interview* (Shmueli-Goetz et al., 2008), con particolare riferimento alla sua applicazione nel contesto italiano. Si tratta di uno strumento che cerca di colmare il gap di misurazione dell'attaccamento nella seconda infanzia e nella prima adolescenza.

TAB. 9. Differenze tra normativi e clinici alle diverse scale della CAI

Scale	Gruppo	Media	Errore standard	Varianza d'errore	ds	d di Cohen																																																																																																
Apertura emotiva	Normativo	4.32	.19	1.94	1.39	.78																																																																																																
	Clinico	3.23	.18				Bilanciamento	Normativo	4.17	.20	2.01	1.42	.76	Clinico	3.09	.18	Uso di Esempi	Normativo	4.27	.20	2.02	1.42	.79	Clinico	3.14	.18	Rabbia preoccupata/ coinvolgente materna	Normativo	2.41	.32	5.31	2.30	-.49	Clinico	3.53	.29	Rabbia preoccupata/ coinvolgente paterna	Normativo	2.52	.32	5.38	2.32	-.24	Clinico	3.08	.29	Idealizzazione materna	Normativo	2.65	.24	3.05	1.75	-.32	Clinico	3.42	.22	Idealizzazione paterna	Normativo	2.70	.25	3.36	1.83	-.42	Clinico	3.30	.23	Svalutazione e/o Distanziamento materno	Normativo	3.16	.33	5.77	2.40	-.25	Clinico	4.15	.30	Svalutazione e/o Distanziamento paterno	Normativo	3.25	.34	5.98	2.44	-.41	Clinico	4.35	.31	Risoluzione dei conflitti	Normativo	4.25	.20	2.04	1.43	-.77	Clinico	3.16	.18	Coerenza	Normativo	4.34	.19	1.91	1.38
Bilanciamento	Normativo	4.17	.20	2.01	1.42	.76																																																																																																
	Clinico	3.09	.18				Uso di Esempi	Normativo	4.27	.20	2.02	1.42	.79	Clinico	3.14	.18	Rabbia preoccupata/ coinvolgente materna	Normativo	2.41	.32	5.31	2.30	-.49	Clinico	3.53	.29	Rabbia preoccupata/ coinvolgente paterna	Normativo	2.52	.32	5.38	2.32	-.24	Clinico	3.08	.29	Idealizzazione materna	Normativo	2.65	.24	3.05	1.75	-.32	Clinico	3.42	.22	Idealizzazione paterna	Normativo	2.70	.25	3.36	1.83	-.42	Clinico	3.30	.23	Svalutazione e/o Distanziamento materno	Normativo	3.16	.33	5.77	2.40	-.25	Clinico	4.15	.30	Svalutazione e/o Distanziamento paterno	Normativo	3.25	.34	5.98	2.44	-.41	Clinico	4.35	.31	Risoluzione dei conflitti	Normativo	4.25	.20	2.04	1.43	-.77	Clinico	3.16	.18	Coerenza	Normativo	4.34	.19	1.91	1.38	.79	Clinico	3.17	.17						
Uso di Esempi	Normativo	4.27	.20	2.02	1.42	.79																																																																																																
	Clinico	3.14	.18				Rabbia preoccupata/ coinvolgente materna	Normativo	2.41	.32	5.31	2.30	-.49	Clinico	3.53	.29	Rabbia preoccupata/ coinvolgente paterna	Normativo	2.52	.32	5.38	2.32	-.24	Clinico	3.08	.29	Idealizzazione materna	Normativo	2.65	.24	3.05	1.75	-.32	Clinico	3.42	.22	Idealizzazione paterna	Normativo	2.70	.25	3.36	1.83	-.42	Clinico	3.30	.23	Svalutazione e/o Distanziamento materno	Normativo	3.16	.33	5.77	2.40	-.25	Clinico	4.15	.30	Svalutazione e/o Distanziamento paterno	Normativo	3.25	.34	5.98	2.44	-.41	Clinico	4.35	.31	Risoluzione dei conflitti	Normativo	4.25	.20	2.04	1.43	-.77	Clinico	3.16	.18	Coerenza	Normativo	4.34	.19	1.91	1.38	.79	Clinico	3.17	.17																
Rabbia preoccupata/ coinvolgente materna	Normativo	2.41	.32	5.31	2.30	-.49																																																																																																
	Clinico	3.53	.29				Rabbia preoccupata/ coinvolgente paterna	Normativo	2.52	.32	5.38	2.32	-.24	Clinico	3.08	.29	Idealizzazione materna	Normativo	2.65	.24	3.05	1.75	-.32	Clinico	3.42	.22	Idealizzazione paterna	Normativo	2.70	.25	3.36	1.83	-.42	Clinico	3.30	.23	Svalutazione e/o Distanziamento materno	Normativo	3.16	.33	5.77	2.40	-.25	Clinico	4.15	.30	Svalutazione e/o Distanziamento paterno	Normativo	3.25	.34	5.98	2.44	-.41	Clinico	4.35	.31	Risoluzione dei conflitti	Normativo	4.25	.20	2.04	1.43	-.77	Clinico	3.16	.18	Coerenza	Normativo	4.34	.19	1.91	1.38	.79	Clinico	3.17	.17																										
Rabbia preoccupata/ coinvolgente paterna	Normativo	2.52	.32	5.38	2.32	-.24																																																																																																
	Clinico	3.08	.29				Idealizzazione materna	Normativo	2.65	.24	3.05	1.75	-.32	Clinico	3.42	.22	Idealizzazione paterna	Normativo	2.70	.25	3.36	1.83	-.42	Clinico	3.30	.23	Svalutazione e/o Distanziamento materno	Normativo	3.16	.33	5.77	2.40	-.25	Clinico	4.15	.30	Svalutazione e/o Distanziamento paterno	Normativo	3.25	.34	5.98	2.44	-.41	Clinico	4.35	.31	Risoluzione dei conflitti	Normativo	4.25	.20	2.04	1.43	-.77	Clinico	3.16	.18	Coerenza	Normativo	4.34	.19	1.91	1.38	.79	Clinico	3.17	.17																																				
Idealizzazione materna	Normativo	2.65	.24	3.05	1.75	-.32																																																																																																
	Clinico	3.42	.22				Idealizzazione paterna	Normativo	2.70	.25	3.36	1.83	-.42	Clinico	3.30	.23	Svalutazione e/o Distanziamento materno	Normativo	3.16	.33	5.77	2.40	-.25	Clinico	4.15	.30	Svalutazione e/o Distanziamento paterno	Normativo	3.25	.34	5.98	2.44	-.41	Clinico	4.35	.31	Risoluzione dei conflitti	Normativo	4.25	.20	2.04	1.43	-.77	Clinico	3.16	.18	Coerenza	Normativo	4.34	.19	1.91	1.38	.79	Clinico	3.17	.17																																														
Idealizzazione paterna	Normativo	2.70	.25	3.36	1.83	-.42																																																																																																
	Clinico	3.30	.23				Svalutazione e/o Distanziamento materno	Normativo	3.16	.33	5.77	2.40	-.25	Clinico	4.15	.30	Svalutazione e/o Distanziamento paterno	Normativo	3.25	.34	5.98	2.44	-.41	Clinico	4.35	.31	Risoluzione dei conflitti	Normativo	4.25	.20	2.04	1.43	-.77	Clinico	3.16	.18	Coerenza	Normativo	4.34	.19	1.91	1.38	.79	Clinico	3.17	.17																																																								
Svalutazione e/o Distanziamento materno	Normativo	3.16	.33	5.77	2.40	-.25																																																																																																
	Clinico	4.15	.30				Svalutazione e/o Distanziamento paterno	Normativo	3.25	.34	5.98	2.44	-.41	Clinico	4.35	.31	Risoluzione dei conflitti	Normativo	4.25	.20	2.04	1.43	-.77	Clinico	3.16	.18	Coerenza	Normativo	4.34	.19	1.91	1.38	.79	Clinico	3.17	.17																																																																		
Svalutazione e/o Distanziamento paterno	Normativo	3.25	.34	5.98	2.44	-.41																																																																																																
	Clinico	4.35	.31				Risoluzione dei conflitti	Normativo	4.25	.20	2.04	1.43	-.77	Clinico	3.16	.18	Coerenza	Normativo	4.34	.19	1.91	1.38	.79	Clinico	3.17	.17																																																																												
Risoluzione dei conflitti	Normativo	4.25	.20	2.04	1.43	-.77																																																																																																
	Clinico	3.16	.18				Coerenza	Normativo	4.34	.19	1.91	1.38	.79	Clinico	3.17	.17																																																																																						
Coerenza	Normativo	4.34	.19	1.91	1.38	.79																																																																																																
	Clinico	3.17	.17																																																																																																			

Dai risultati emergono una serie di aspetti che evidenziano le buone caratteristiche psicometriche della versione italiana di questo strumento. Innanzitutto, sono incoraggianti i dati relativi all'accordo tra giudici, con punteggi di  $\kappa$  compresi tra .85 e .93 nelle categorie di attaccamento ad entrambi i genitori e valori di  $r$  compresi tra .85 e .97 rispetto alle scale.

Rispetto alle caratteristiche della distribuzione del gruppo italiano, eravamo interessati a mettere a confronto i nostri dati con quelli di altri gruppi nazionali e internazionali, al fine di verificare se risultassero tendenzialmente in linea. A tal proposito gli studi prescelti per il confronto tra gruppi normativi sono stati quello del campione inglese, poiché si tratta di quello originario su cui sono state testate le proprietà psicometriche della CAI, in particolare gli aspetti di validità e affidabilità dello strumento, e il lavoro di meta-analisi italiana di Cassibba *et al.* (2013), che ha messo insieme i dati sulle distribuzioni dell'attaccamento sia in infanzia che in adolescenza. Non sono stati invece confrontati i soggetti del gruppo clinico italiano con quelli dello studio originale di validazione inglese ( $N = 65$ ) né con quelli dello studio di meta-analisi ( $N = 90$ ) di Cassibba e colleghi (2013), in quanto non presentavano una psicopatologia specifica e risultavano difficilmente confrontabili con il nostro campione.

Rispetto al confronto con lo studio di validazione inglese, i dati mostrano che nel nostro campione compaiono più soggetti Insicuri, ma solo rispetto all'attaccamento materno. Si mantiene il dato per cui all'interno della categoria dell'insicurezza, prevalgono i Distanzianti tra gli inglesi e i Preoccupati tra gli italiani. Rispetto alla categoria della Disorganizzazione, gli italiani sono presenti in percentuale maggiore. Questi dati possono essere dovuti a una differenza culturale o di selezione del campione, ma visto lo scopo psicometrico di questo lavoro, ci manteniamo cauti nella loro interpretazione.

Rispetto al confronto con la meta-analisi italiana di Cassibba e collaboratori (2013), i nostri dati sono invece tendenzialmente in linea: in entrambi i gruppi normativi (seppur diversi per età e valutati con differenti strumenti dell'attaccamento) non si riscontrano differenze statisticamente significative.

I dati emersi dall'analisi della capacità della CAI di misurare l'attaccamento indipendentemente dalle variabili sociodemografiche e dalle capacità di comprensione verbale, hanno mostrato le buone proprietà dello strumento, nella sua versione italiana. Nello specifico la CAI risulta discriminare i diversi modelli d'attaccamento indipendentemente dal genere e dalla capacità di comprensione verbale. Tuttavia, contrariamente allo studio di Shmueli-Goetz (2008), nel nostro campione abbiamo riscontrato che la probabilità di avere una classificazione di soggetto Sicuro è maggiore tra i soggetti appartenenti a famiglie bigenitoriali e a famiglie con reddito alto. Inoltre l'età media dei soggetti Sicuri è risultata maggiore di circa un anno rispetto a quella dei soggetti Insicuri. È difficile dare un'interpretazione di queste differenze. La natura meramente «psicometrica» e non trans-culturale di questi studi non consente di stabilire se esse siano specifiche dei campioni, cioè legate a diverse modalità di reclutamento dei soggetti o se siano attribuibili a differenze sostanziali tra i due contesti culturali.

Nella valutazione della stabilità dello strumento a 3 e a 12 mesi, i risultati suggeriscono una ragionevole stabilità della CAI. Abbiamo infatti riscontrato che la versione italiana della CAI mostra un accordo sulle categorie da «moderato» (per la scala della Disorganizzazione a 12 mesi) a «molto buono» e una buona affidabilità di tutte le scale. La minore stabilità per la scala della Disorganizzazione può risentire dei cambiamenti evolutivi che connotano le manifestazioni della disorganizzazione in quest'ampia fascia d'età ed è in linea con lo studio di Shmueli-Goetz e colleghi (2008). A questo proposito anche Liotti (2004) e altri autori (Solomon e George, 2011) sottolineano la necessità di leggere la minore stabilità della Disorganizzazione – nell'arco di un anno – come espressione della forte oscillazione dei movimenti evolutivi in questa fase di

cambiamento. Questo dato è molto importante e suggerisce la necessità di valutare attentamente i cambiamenti comportamentali in questo periodo evolutivo per poter pianificare programmi di intervento efficaci, che tengano conto proprio di questo delicato ma funzionale passaggio dalle manifestazioni comportamentali alle rappresentazioni. Va anche aggiunto che la misurazione della disorganizzazione resta una sfida per i ricercatori dell'attaccamento e ulteriori ricerche proprio in questa fascia d'età sono auspicabili.

Rispetto alla validità convergente dello strumento, abbiamo utilizzato un questionario (solo per i bambini più grandi) e un test proiettivo per valutare quanto la versione italiana della CAI mostrasse associazioni con alcune dimensioni misurate da altri strumenti dell'attaccamento in età scolare. La validità convergente è sostenuta dall'IPPA; abbiamo infatti riscontrato che le scale di Attaccamento, Comunicazione e Fiducia risultano correlate positivamente con la sicurezza dell'attaccamento ai caregivers valutata alla CAI, mentre la scala di Disaffezione risulta correlata positivamente con l'insicurezza. Questo risultato va pertanto nella direzione attesa, dal momento che mette in evidenza come due misure, seppur finalizzate ad indagare rispettivamente la percezione di sicurezza genitoriale e le rappresentazioni mentali di attaccamento ai caregivers, misurino dimensioni affini dello stesso costrutto. Queste analisi mostrano anche l'utilità delle classificazioni CAI a 3 e a 4 vie nel cogliere in modo più preciso, rispetto al modello a 2 vie, la natura dell'associazione tra l'attaccamento CAI e le dimensioni dell'IPPA. Di contro, non risultano relazioni tra CAI e SAT, ma questo dato può essere attribuibile alla scelta di aver utilizzato la versione italiana dello strumento che si rifà a un sistema di codifica differente (Attili, 2001a) rispetto a quello utilizzato negli studi internazionali (Klagsbrun e Bowlby, 1976). Abbiamo considerato preferibile utilizzare la versione di validazione italiana dello strumento, sia per un confronto con dati nazionali che per la sensibilità dello strumento nel rilevare l'associazione tra l'insicurezza dell'attaccamento e la psicopatologia, in particolare nei disordini alimentari in adolescenza (Attili, 2001b; Attili, Di Pentina e Magnani, 2004; Attili, Di Pentina, Toni e Roazzi, 2016). Inoltre, solo la versione italiana del SAT possiede indicatori per cogliere la disorganizzazione. Va detto però che i due strumenti potrebbero anche catturare dimensioni diverse dello stesso costrutto, dal momento che il SAT più che essere uno strumento per misurare l'attaccamento «di per sé», misura l'ansia da separazione, mentre la CAI valuta le rappresentazioni di attaccamento rispetto ai caregivers.

Rispetto alla capacità della versione italiana della CAI di discriminare tra soggetti con sviluppo tipico e soggetti con psicopatologia, i dati mostrano evidenze molto significative. Nello specifico, è stata riscontrata una

sovra-rappresentazione nel campione clinico di modelli di attaccamento In-sicuro e un'elevata presenza di Disorganizzazione, con differenze statisticamente significative tra i due gruppi (tenendo sotto controllo le variabili confusive, quali l'età, il reddito familiare e il tipo di famiglia), oltre che sulle classificazioni a 2, 3 e 4 vie, anche su tutte le scale della CAI. Questo sottolinea che la CAI è uno strumento in grado di ben discriminare i giovani soggetti che presentano condizioni psicopatologiche rispetto ai bambini con sviluppo tipico. Tuttavia, rispetto alla letteratura (Shmueli-Goetz *et al.*, 2008; Venta *et al.*, 2014), la Disorganizzazione risulta essere sovra-rappresentata. Va sottolineato che il nostro campione clinico è costituito da soggetti per lo più ricoverati e con una specifica diagnosi, quindi gravemente compromesso sul piano della salute psichica. Questo dato merita ulteriori confronti: altri studi presenti in letteratura (Bizzi, Cavanna, Castellano e Pace, 2015; Venta *et al.*, 2014; Zaccagnino, Cussino, Preziosa, Veglia e Carassa, 2015) condotti su popolazioni a rischio anche se con caratteristiche diverse (raramente si focalizzano su specifiche condizioni psicopatologiche), non evidenziano un'omogeneità delle distribuzioni di attaccamento, anche se in essi viene costantemente sottolineato il ruolo chiave della Disorganizzazione come possibile fattore di rischio del benessere psichico dell'individuo in età scolare (Bureau *et al.*, 2009).

Nel complesso, ci pare che la disponibilità di un'intervista per la misurazione dell'attaccamento tra gli 8 e i 15 anni validata in Italia possa costituire un ausilio per la ricerca futura, che tuttavia va ulteriormente implementata. Va detto che la CAI, cogliendo i modelli delle relazioni di attaccamento (anche quelli disorganizzati) separatamente per ogni genitore, costituisce uno strumento di grande utilità sul piano clinico, perché fornisce informazioni sull'esperienza del bambino, sulle relazioni familiari e sulla contestuale disponibilità dei genitori (Borelli *et al.*, 2016). Il suo target di interesse può spaziare dalla psicodiagnosi, alla progettazione di interventi in popolazioni a rischio, alla psicoterapia infantile per la valutazione dei trattamenti (Zaccagnino *et al.*, 2015) e può essere utilizzata anche in ambito forense per la valutazione della custodia dei figli (Lee, Borelli e West, 2011).

Questo studio risente anche di alcuni limiti significativi: per la validità convergente sono stati presentati i dati relativi solo ai bambini più grandi e non sono stati presentati i dati sulla validità predittiva (Shmueli-Goetz *et al.*, 2008). Ai fini di validazione dello strumento, infatti, è necessario continuare a lavorare aumentando la numerosità del campione, indagando ulteriori correlazioni tra il costrutto della CAI ed altri indicatori della sicurezza dell'attaccamento, esplorando in particolare la validità predittiva nel rapporto tra la CAI e l'AAI genitoriale. Ci riserviamo di continuare la nostra ricerca per arricchire la conoscenza e fare maggiore chiarezza e su questo ed altri aspetti.

## 7. Riferimenti bibliografici

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Oxford: Erlbaum.
- Armsden, G., Greenberg, M. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.
- Attili, G. (2001a). *Ansia da Separazione e Misura dell'Attaccamento Normale e Patologico. Versione Modificata e Adattamento Italiano del Separation Anxiety Test (SAT) di Klagsbrun e Bowlby*. Milano: Unicopli.
- Attili, G. (2001b). Attaccamento e disturbi alimentari: la validità predittiva dello strumento in campioni clinici. In G. Attili, *Ansia da separazione e misura dell'attaccamento normale e patologico. Versione modificata e adattamento italiano del Separation Anxiety Test (SAT) di Klagsbrun e Bowlby*. Milano: Unicopli.
- Attili, G., Di Pentima, L., Magnani, M. (2004). Disturbi del comportamento alimentare, modelli mentali dell'attaccamento e relazioni familiari. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 8(1), 69-96.
- Attili, G., Di Pentima, L., Toni, A., Roazzi, A. (2016). Trascuratezza emotiva, attaccamento e ansia da separazione nei disturbi alimentari: uno studio su pazienti adolescenti e sui loro genitori. *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, 2, 95-118.
- 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.
- Borelli, J.L., Somers, J., West, J.L., Coffey, J.K., De Los Reyes, A., Shmueli-Goetz, Y. (2016). Associations between Attachment Narratives and Self-Report Measures of Attachment in Middle Childhood: Extending Evidence for the Validity of the Child Attachment Interview. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 1235-1246.
- 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.
- Brislin, R. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1, 185-216.
- Brumariu, L.E., Kerns, K.A., Seibert, A. (2012). Mother-Child Attachment, Emotion Regulation, and Anxiety Symptoms in Middle Childhood. *Personal Relationships*, 19(3), 569-585.
- Bureau, J.F., Easlerbrooks, A., Lyons-Ruth, K. (2009). Attachment Disorganization and Controlling Behavior in Middle Childhood: Maternal and Child Precursors and Correlates. *Attachment & Human Development*, 11(3), 265-284.
- Cassibba, R., Sette, G., Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M. (2013). Attachment the Italian Way In Search of Specific Patterns of Infant and Adult Attachments in Italian Typical and Atypical Samples. *European Psychologist*, 18(1), 47-58.
- Cassidy, J., Shaver, P.R. (2008). *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Trad. It. Roma: Giovanni Fioriti editore, 2010.
- Calvo, V. (1998). *Traduzione Italiana della Security Scale di Kerns, Keplac e Cole*. Manoscritto non pubblicato, Università di Padova.
- Fearon, P.R.M., Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., Lapsley, A.M., Roisman, G.I. (2010). The Significance of Insecure Attachment and

- Disorganization in the Development of Children's Externalizing Behavior: A Meta-Analytic Study. *Child Development*, 81(2), 435-456.
- Fearon, P.R.M., Belsky, J. (2011). Infant-Mother Attachment and the Growth of Externalizing Problems across the Primary-School Years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52 (7), 782-791.
- George, C., Kaplan, N., Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California.
- Greenberg, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy e P.R. Shaver (a cura di), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (469-496). New York: Guilford.
- Grice, H.P., Cole, P., Morgan, J.L. (1975). Syntax and semantics. *Logic and conversation*, 3, 41-58.
- Groh, A.M., Roisman, G.I., van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Fearon, R. (2012). The Significance of Insecure and Disorganized Attachment for Children's Internalizing Symptoms: A Meta-Analytic Study. *Child Development*, 83 (2), 591-610.
- Kerns, K.A. (2008). L'attaccamento nella seconda infanzia. In J. Cassidy e P.R. Shaver (a cura di), *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche* (418-436). Trad. It. Roma: Giovanni Fioriti editore, 2010.
- Kerns, K.A., Abraham, M.M., Schlegelmilch, A., Morgan, T.A. (2007). Mother-child attachment in late middle childhood: assessment approaches and associations with mood and emotion regulation. *Attachment and Human Development*, 9, 33-53.
- Kerns, K.A., Klepac, L., Cole, A. (1996). Peer relationships and preadolescents' perceptions of security in the child-mother relationship. *Developmental Psychology*, 32, 457-466.
- Kerns, K.A., Richardson, R.A. (2005). *Attachment in middle childhood*. New York: Guilford Press.
- Klagsbrun, M., Bowlby, J. (1976). Responses to separation from parents: A clinical test for young children. *British Journal of Projective Psychology*, 21,7-21.
- 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(1), 159-174.
- Lecompte, V., Moss, E. (2014). Disorganized and Controlling Patterns of Attachment, Role Reversal, and Caregiving Helplessness: Links to Adolescents' Externalizing Problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 581-589.
- Lee, S.M., Borelli, J.L., West, J.L. (2011). Children's Attachment Relationships: Can Attachment Data Be Used in Child Custody Evaluations? *Journal of Child Custody*, 8(3), 212-242.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 41, 472-486.
- Lyons-Ruth, K., Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy e P.R. Shaver (a cura di), *Handbook of attachment*.

- Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.) (666-697). New York: Guilford Press.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference. The CCRT Method*. New York: Basic Books.
- Marvin, R.S., Britner, P.A. (1999). Normative development: The ontogeny of attachment. In J. Cassidy e P.R. Shaver (a cura di), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical application* (44-67). New York: Guilford press.
- Mayseless, O. (2005). Ontogeny of attachment in middle childhood: Conceptualization of normative changes. In K.A. Kerns e R.A. Richardson (a cura di), *Attachment in middle childhood* (1-23). New York: Guilford Press.
- Oldfield, J., Humphrey, N., Hebron, J. (2016). The Role of Parental and Peer Attachment Relationships and School Connectedness in Predicting Adolescent Mental Health Outcomes. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(1), 21-29.
- Orsini, A., Pezzuti, L., Picone, L. (2011). *WISC-IV. Contributo alla taratura italiana*. Firenze: Giunti OS.
- San Martini, P., Zavattini, G.C., Ronconi, S. (2009). L'inventario per l'attaccamento ai genitori e ai pari (Inventory of Parent and Peer Attachment). Un'indagine psicometrica su un campione italiano di adolescenti. *Giornale Italiano di Psicologia*, 36(1), 199-225.
- Shmueli-Goetz, Y. (2014). The Child Attachment Interview (CAI). The Routledge handbook of attachment. *Assessment*, 119-132.
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Datta, A., Fonagy, P. (2004). *Child Attachment Interview (CAI) coding and classification manual, version V*. Unpublished Manuscript. London: The Sub-Department of Clinical Health Psychology, University College London.
- 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.
- Solomon, J., George, C. (2011). *Disorganization of attachment and caregiving. Research and clinical advances*. New York: Guilford Press.
- Target, M., Fonagy, P., Shmueli-Goetz, Y. (2003). Attachment representations in school-age children: The development of the Child Attachment Interview (CAI). *Journal of child psychotherapy*, 29(2), 171-186.
- Target, M., Fonagy, P., Shmueli-Goetz, Y., Datta, A., Schneider, T. (2007). *The Child Attachment Interview (CAI) protocol*. Unpublished manuscript. London: Sub-Department of Clinical Health Psychology, University College London.
- Venta, A., Shmueli-Goetz, Y., Sharp, C. (2014). Assessing attachment in adolescence: A psychometric study of the Child Attachment Interview. *Psychological Assessment*, 26(1), 238-255.
- Zaccagnino, M., Cussino, M., Preziosa, A., Veglia, A., Carassa, A. (2015). Attachment Representation in Institutionalized Children: A Preliminary Study Using the Child Attachment Interview. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(2), 165-75.

[Ricevuto il 12 ottobre 2016]  
[Accettato il 31 marzo 2017]

### Child Attachment Interview: A Psychometric Study of an Italian Sample

**Summary.** Although there is a wide range of tools to assess infant and adult attachment, a «measuring gap» has been identified in middle childhood and early adolescence. This article documents the Italian psychometric properties of the *Child Attachment Interview* (CAI), a semi-structured interview developed from *Adult Attachment Interview* (AAI) and *Strange Situation Procedure* (SSP). The main psychometric properties are presented: interrater reliability, test-retest reliability, concurrent and discriminant validities. Findings suggest that the CAI Italian version is a reliable and valid measure for assessing attachment in this developmental period and discriminates the attachment of normally developing children and those with psychopathology.

**Keywords:** Attachment, middle childhood, early adolescence, Child Attachment Interview, Italian study.

*Per corrispondenza: Donatella Cavanna, Dipartimento di Scienze della Formazione (DISFOR), Università degli Studi di Genova, Corso Andrea Podestà 2, 16128 Genova. E-mail: donatella.cavanna@unige.it*

*Fabiola Bizzi, Dipartimento di Scienze della Formazione (DISFOR), Università degli Studi di Genova, Corso Andrea Podestà 2, 16128 Genova. E-mail: fabiola.bizzi@edu.unige.it*

*Pietro San Martini, Facoltà di Psicologia, Sapienza Università di Roma, Via dei Marsi 78, 00185 Roma. E-mail: pietero.sanmartini@uniroma1.it*

*Rosetta Castellano, Dipartimento di Scienze della Formazione (DISFOR), Università degli Studi di Genova, Corso Andrea Podestà 2, 16128 Genova. E-mail: rosetta.castellano@unige.it*

