

## ENCOPRESI SECONDARIA E QUALITÀ DELLA RELAZIONE DI ATTACCAMENTO MADRE-FIGLIO. STUDIO DI UN CASO

Nerina Fabbro<sup>o</sup>, Alessia Segat\*

<sup>o</sup>Psicologa-psicoterapeuta Ass n°4 “Medio Friuli” Udine; tutor Project di Ricerca APC/SPC,  
\*Allieva Specializzanda Project di Ricerca Associazione di Psicologia Cognitiva (APC); Sede  
di Verona e psicologa presso il Servizio Psicologico dell’Azienda Sanitaria di Merano  
alessia.segat@asbmeran-o.it

### Riassunto

Secondo la teoria dell’attaccamento le modalità relazionali, che hanno caratterizzato le prime esperienze con i propri genitori, generano schemi che orientano le previsioni della relazione con l’altro (MOI) e che modellano il proprio comportamento all’interno delle relazioni significative. Vi sarebbe dunque una sorta di continuità tra pattern di attaccamento dei genitori e pattern di attaccamento del bambino.

In questo studio, che rientra in un project di ricerca, abbiamo preso in considerazione una coppia madre-bambino, in cui il bambino presenta encopresi secondaria. La letteratura evidenzia come problemi nella sfera emozionale siano frequenti nei casi di encopresi, a prescindere dal fatto che si tratti di encopresi primaria o secondaria.

In entrambi i casi vi sono complicità emotive dovute al senso di colpa e vergogna in quanto effetti secondari al disturbo, ma scarsa è la bibliografia che ha indagato il ruolo di difficoltà emozionali nella genesi di un disturbo complesso come quello dell’encopresi.

Tuttavia alcune ricerche che si sono occupate di questo tema hanno messo in evidenza difficoltà emozionali e comportamentali in bambini encopretici, in particolare nei casi caratterizzati da episodi frequenti (si intende almeno una volta in settimana).

L’ipotesi che guida il seguente lavoro è che disturbi nei pattern di attaccamento genitore-bambino, possano essere alla base dei problemi emozionali frequenti in bambini con encopresi. Da tali difficoltà emozionali derivano importanti implicazioni per il trattamento, che dovrà essere centrato sulla relazione madre-bambino e considerare i rispettivi pattern di attaccamento.

**Parole chiave:** Attaccamento-Encopresi-Disturbo emozionale

### SECONDARY ENCOPRESIS AND QUALITY OF MOTHER-CHILD ATTACHMENT. STUDY OF A CASE

### Abstract

According to the theory of attachment the relational modalities, that have marked the first experiences with the parents, generate patterns that direct the predictions of the relation with the other and shape one’s behaviour in the most important relations in life. Therefore a kind of continuity should exist between

patterns of attachment of the parents and the ones of the child.

In the present study, which is part of a project of research, we have taken into consideration the couple mother-child, where the child presents secondary encopresis.

The recent literature points out that problems in the emotional sphere frequently occur in encopresis cases, without considering if it is primary or secondary encopresis.

In both situations there are emotional disorders caused by sense of guilt and shame as secondary effects of the disease, but the bibliography about the role of emotional difficulties in the origin of such a complex disease as encopresis is little.

Nevertheless some researches about this matter have shown emotional and behavioural difficulties in children affected by encopresis, particularly in cases of frequent events (that means at least once a week).

The hypothesis that underlies this work states that diseases in patterns of parents - children attachment could form the basis of the emotional problems that often occur in children affected by encopresis.

From this kind of emotional difficulties arise important implications for the treatment, that has to be centred on the relation mother - child and consider the relative patterns of attachment.

**Keywords:** Attachment-Encopresis-Emotional Disorder

## Stato attuale della ricerca sul problema dell'encopresi

Secondo la *Classificazione multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente* (ICD-10, Organizzazione Mondiale della Sanità 1997) si parla di encopresi quando: A. Il bambino ripetutamente perde feci in luoghi non appropriati per questo scopo (negli abiti, sul pavimento) volontariamente o involontariamente (il disturbo può includere la perdita della continenza secondaria ad una ritenzione fecale funzionale). B. L'età cronologica e mentale del bambino è di almeno 4 anni. C. Vi è almeno un episodio di encopresi al mese. D. La durata del disturbo è di almeno 6 mesi. E. Non vi è condizione organica che costituisca una causa sufficiente per gli episodi di encopresi.

In letteratura (Leoning Baucke 2002) si distinguono due tipi di encopresi: *primaria*, nel caso in cui un bambino non sia mai arrivato a sviluppare un controllo sfinterico, e *secondaria*, quando il controllo delle funzioni fecali si è stabilizzato per almeno sei mesi prima dell'inizio dell'encopresi. A questo secondo tipo in passato si pensava fossero associati difficoltà sul piano emozionale e relazionale, mentre ricerche più recenti non sostengono l'ipotesi della presenza di una maggiore associazione tra difficoltà emozionali e comportamentali ed encopresi secondaria rispetto ai casi di encopresi primaria (Von Gontard 2007), dove invece si può riscontrare tale evenienza. Sembra invece molto più utile, da un punto di vista clinico, differenziare tra *encopresi ritentiva (con costipazione)* e *non ritentiva o isolata (senza costipazione)*, dal momento che la cura della costipazione costituisce un importante segnale prognostico per il decorso dell'encopresi e per gli esiti del suo trattamento nel lungo termine (Mehler Wex et al. 2005).

A tale proposito nel 2005 la Paris Consensus on Childhood Constipation Terminology (Benninga et al. 2005) ha proposto di sostituire il termine "encopresi" con l'espressione "*incontinenza fecale*", suddivisa in *organica* e *funzionale*. Nel primo caso le cause sono di tipo neurologico o medico, mentre nel secondo le origini sono per lo più psicologiche o ambientali. *L'incontinenza fecale funzionale* può a sua volta essere associata a costipazione oppure comparire in modo isolato; in quest'ultimo caso viene chiamata incontinenza fecale funzionale non ritentiva. Nella maggior parte dei casi comunque l'incontinenza fecale si sviluppa a partire dalla ritenzione

delle feci, o costipazione, che può avere cause organiche, ma più spesso ha origine funzionale. Vengono inoltre specificati i *criteri* per poter parlare di costipazione, i quali includono due o più dei seguenti eventi per almeno otto settimane: 1) meno di tre movimenti intestinali a settimana; 2) più di un episodio di incontinenza fecale a settimana; 3) gran quantità di feci nel retto o palpabili nell'addome; 4) passaggio di feci larghe o irregolari (talvolta rese più dolorose da una lesione anale, con piccola lacerazione nel margine anorettale; 5) postura e comportamento di ritenzione; 6) defecazione dolorosa.

**L'incontinenza fecale funzionale non ritentiva**, in cui rientra il caso che viene riportato di seguito, è spesso osservata come manifestazione di un disturbo emozionale in bambini in età scolare. La perdita del controllo degli sfinteri può essere dovuta a fattori stressanti di origine ambientale, quali pratiche educative eccessivamente rigide o lassiste (Hansen et al. 2007), difficoltà nell'interazione con i genitori o i fratelli (Reid et al. 2006) o a fobia della toilette, e tende a risolversi spontaneamente durante l'adolescenza.

Secondo il modello biopsicocomportamentale (Cox et al. 1998) sono stati riscontrati ben sei fattori psicologici associati al problema di encopresi:

- ansia e depressione;
- minore espressività e organizzazione a livello familiare;
- maggiore frequenza di difficoltà attentive;
- maggiore frequenza di difficoltà sociali;
- condotte aggressive;
- peggior rendimento scolastico.

È stata osservata un'elevata comorbidità con i disturbi psichiatrici e con il deficit di attenzione e iperattività (ADHD). A tale proposito la cura dei suddetti disturbi è stata identificata come un buon indicatore per una prognosi favorevole dell'encopresi ed anzi propongono di includere nell'assessment dell'encopresi la valutazione dell'ADHD (Mehler Wex et al. 2005).

Secondo Von Gontard (2007) in generale i sintomi psichici sono sia di tipo internalizzante che esternalizzante e spesso si associano a difficoltà scolastiche. Tali sintomi sarebbero inoltre più rilevanti nei casi di encopresi frequente, rispetto ai casi di encopresi non frequente (episodi che avvengono meno di una volta in settimana).

Clayden et al. (2001) pongono l'accento sull'interazione sociale e psicologica tra genitore e bambino come fattore chiave nello sviluppo della continenza fecale o della perdita di essa. In particolare essi evidenziano il ruolo della rabbia nel genitore e la conseguente paura e perdita di sicurezza del bambino. Lo stress psicologico potrebbe favorire l'aumento della motilità intestinale, diminuendo la consapevolezza delle proprie sensazioni, contribuendo così a spiegare il problema di encopresi secondaria.

A proposito del ruolo della rabbia nell'etiologia dell'incontinenza funzionale, alcuni autori (Reid et al. 2006) mettono in luce l'importanza di sostenere i genitori nell'aiutare i propri figli ad esprimere sentimenti di ostilità e rabbia frequentemente provati nei confronti dei genitori stessi, dei fratelli ed in particolare dei fratellini nati di recente. L'autrice evidenzia come spesso i genitori mettano in atto comportamenti che inducono i figli a sopprimere le proprie reazioni adeguate di rabbia. Altri autori (Boige et al. 1999), di orientamento psiconalitico, sottolineano come il problema di encopresi si collochi all'interno di un approccio psicosomatico, da ricondurre a componenti depressive conseguenti ad un ritiro nell'investimento sulla relazione con la figura di attaccamento (FdA).

## Trattamento dell'encopresi

Per quanto riguarda il trattamento, la ricerca attuale (Smith et al. 2000; Brazzelli et al. 2006; Herbert 2001) evidenzia l'efficacia della terapia medica convenzionale (lassativi e consulenza dietetica), associata a terapia comportamentale (addestramento alla toilette), per quanto riguarda il problema di incontinenza fecale con costipazione, mentre evidenzia come sia invece assolutamente controindicato l'utilizzo di lassativi nei casi di encopresi non ritentiva.

In particolare è stato sviluppato un protocollo che mira a interrompere il *circolo vizioso* che si viene a creare tra ritenzione dolore-paura-ritenzione, attraverso un protocollo costituito da tre fasi: psicoeducazione, evacuazione, mantenimento (prevenzione della ritenzione), facendo leva sul *rinforzo positivo* e la *desensibilizzazione* dell'ansia associata al momento della toilette (Van Dijk 2007).

L'addestramento alla toilette viene considerato un efficace contributo comportamentale da affiancare alla terapia medica e prevede di mettere il bambino sul vasino 15-20 minuti dopo i pasti principali (3 volte al giorno) e di lasciarlo lì per circa 5-10 minuti, senza sforzarlo. Vengono rinforzati sia i tentativi che gli episodi in cui è riuscito a defecare. I rinforzi sono costituiti da premi e ricompense, mentre la desensibilizzazione prevede la creazione di un ambiente piacevole, con musica, giochi, decorazioni che rendano l'ambiente della toilette un luogo piacevole. In generale viene comunque sempre incoraggiato un percorso di assessment globale, che vada oltre un trattamento sintomatico e che includa la valutazione ed il trattamento delle difficoltà emozionali e comportamentali, frequentemente associate al problema dell'encopresi, a prescindere dalla presenza della costipazione e dall'età di insorgenza del disturbo (Joinson 2007). Spitzcok et al. (2007) sostengono la necessità di trattamento di tipo familiare.

## La teoria dell'attaccamento e l'encopresi

L'attaccamento del bambino alla madre è un elemento fondante della vita psichica dell'individuo e consente di ipotizzare la possibilità di comunicazione e condivisione dello stile relazionale del soggetto, quando si trova inserito in relazioni significative (Crittenden 1994) e quindi, l'esistenza di una correlazione tra le configurazioni di attaccamento dei genitori e quelle sviluppate dai bambini nei loro confronti. Questa ipotesi ha permesso di formulare il concetto di *trasmissione intergenerazionale del pattern di attaccamento*, mediante una sorta di ripetitività instauratasi nel soggetto e resa sociale e condivisibile attraverso il comportamento ed il linguaggio. Si suppone che la trasmissione intergenerazionale avvenga in tre stadi: il tipo di attaccamento dei genitori nell'infanzia (primo stadio) influenza il comportamento genitoriale verso i figli (secondo stadio), che a sua volta va ad influire sulla qualità dell'attaccamento del bambino verso i genitori (terzo stadio) (Ainsworth 1978; Bretherton 1989; Bowlby 1973). Il meccanismo che consente la trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento è costituito dall'effetto "filtro" dei modelli operativi interni del sé e della figura di attaccamento (Bowlby 1979) e da quanto questi permettano di riconoscere i segnali degli altri nel loro significato reale. In tal modo genitori che da piccoli avevano un attaccamento insicuro tenderanno a sviluppare pattern di attaccamento insicuro con i propri figli, contribuendo in tal modo alla trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento.

Fino al momento attuale non sono state riportate in letteratura ricerche che indaghino il rapporto tra encopresi e pattern di attaccamento. Per tale ragione si è scelto di approfondire

questa tematica attraverso lo studio di un caso clinico con incontinenza fecale non ritentiva.

L'ipotesi che guida il lavoro prende in considerazione la diade madre-figlio, analizzando, da un canto le difficoltà emozionali del genitore, riconducendole alla sua storia di attaccamento, dall'altro approfondendo il tipo di relazione di attaccamento con il figlio, all'interno del quale il sintomo si manifesta.

A tal fine vengono esplorate le difficoltà emozionali, comportamentali ed il pattern di attaccamento del bambino con l'obiettivo di comprendere il significato relazionale del sintomo presentato.

## Caso clinico

Andrea giunge in consulenza psicologica accompagnato dalla madre. La signora riferisce di essere stata sollecitata dagli insegnanti di Andrea a rivolgersi ad uno psicologo a causa di problemi di attenzione e concentrazione, sonnolenza, mancanza di motivazione tali da ostacolare il rendimento scolastico. I risultati scolastici sono comunque positivi.

Altro problema presentato è l'encopresi secondaria. Quest'ultimo sembra essere, a detta della signora, il più invalidante tra i problemi presentati, quello che condiziona maggiormente la quotidianità di Andrea sia a scuola che a casa.

La storia del disturbo di encopresi inizia con l'ingresso di Andrea in prima elementare, con frequenza quasi quotidiana e senza costipazione. Nel corso del tempo, a scuola gli episodi scompaiono quasi del tutto, mentre a casa vanno improvvisamente aumentando (fino ad arrivare a tre alla settimana) nell'anno in cui Andrea frequenta la terza elementare, in concomitanza con il trasferimento del bambino e della madre in casa della nonna materna, ambiente fortemente intriso di conflitti tra le due donne e tra Andrea ed il figlio della nonna, della sua stessa età, nato da una seconda unione della nonna.

## *Descrizione del bambino*

Andrea è un bambino intelligente e socievole. Entra senza difficoltà in contatto con l'adulto sin dalla prima seduta. Sempre piuttosto vigile, si pone in modo molto acquiescente, adattandosi a tutte le richieste che gli vengono fatte. Parla assumendo comportamenti da "piccolo adulto" e raramente esprime i propri bisogni o fa delle richieste. Solamente quando è assieme alla madre tende a comandare e a voler controllare il comportamento di questa, con scoppi di rabbia e atteggiamenti controllanti. La madre riferisce che tali comportamenti compaiono, per esempio, quando lei deve uscire di casa. In tali situazioni la signora oscilla tra atteggiamenti di sottomissione, in cui sembra quasi chiedere il permesso ad Andrea, e scoppi di rabbia, che sfociano in urla, salvo poi mettersi a ridere e a scherzare pochi istanti dopo la lite.

## *Storia del bambino e della sua famiglia*

Al momento della consultazione Andrea ha nove anni. È figlio unico, nato a termine con parto naturale. La madre riferisce che sia lei che l'ex marito desideravano il bambino e ricorda Andrea come un neonato dal temperamento tranquillo. Presenta una storia evolutiva nella norma, con un regolare sviluppo del cammino, del linguaggio e del controllo degli sfinteri (que-

st'ultimo risultava acquisito già verso i due anni e mezzo). Lo svezzamento è avvenuto piuttosto precocemente a causa di un problema di ragadi da parte della signora. L'ingresso all'asilo nido viene descritto come un momento di regressione per Andrea, in quanto, in conformità con le regole della scuola, viene costretto a rimettersi il pannolino, pur avendo già raggiunto il controllo degli sfinteri. Non vengono riferite difficoltà al momento dell'ingresso alla scuola materna. Da un punto di vista medico, la madre riferisce che Andrea soffre di numerose intolleranze alimentari e di asma.

La raccolta della storia di vita della madre evidenzia un padre alcolista, maltrattante e violento, che la donna ricorda picchiare la madre, e una madre fredda e distante, che non la consolava nei momenti in cui ne avrebbe avuto bisogno. Durante la sua infanzia doveva fare la "mammina" al fratello minore, aiutandolo a fare i compiti e rimanendo a casa con lui quando i genitori uscivano. I suoi ricordi sono costellati di episodi di intensa paura, come ad esempio l'essere stata chiusa in cantina al buio per essersi dimenticata di andare a prendere una bottiglia di vino per il padre. Mentre racconta tali episodi scoppia spesso a ridere, dimostrando uno scarsissimo contatto con le proprie emozioni, specialmente quelle di tristezza e rabbia. Durante l'adolescenza ricorda di essersi spesso sentita controllata (il padre ascoltava le conversazioni al citofono quando lei rimaneva sotto il portico con il fidanzatino) e trattata ingiustamente. Riferisce ad esempio di un episodio in cui il padre le avrebbe sequestrato il motorino, dopo che lei aveva lavorato tutta l'estate per pagarselo, senza addurre motivazione in merito. Si sposa all'età di ventun'anni con un uomo dal quale divorzierà dopo tre anni, perché violento, "soprattutto quando beveva".

Al momento della richiesta di aiuto il bambino vive con la madre, che all'epoca aveva 30 anni, e il fratello di questa, minore di un anno, disoccupato. La signora ha un lavoro precario e frequenta contemporaneamente una scuola per migliorare la sua condizione professionale. Riferisce di avere un compagno, ma si dice non soddisfatta da tale relazione anche a causa dei cattivi rapporti tra il proprio compagno e Andrea.

Al momento della consultazione appare evidentemente molto provata dal proprio lavoro, dalle continue cure che offre al figlio, al fratello più giovane, al fratellastro, che accudisce quotidianamente quando la madre si reca al lavoro, oltre che dai continui conflitti con la madre stessa. In tale contesto, il problema dell'encopresi del figlio, che pare essersi ulteriormente acuito a seguito di incontri tra Andrea ed il padre durante le vacanze, porta la signora a richiedere aiuto.

Sul piano clinico, il problema maggiore per Andrea sembra essere un miscuglio di paura e rabbia, che si attivano contemporaneamente quando viene sgridato (dalla nonna, dalla maestra o quando si trova coinvolto nei litigi con "lo zio piccolo"). Spesso madre e figlio sembrano interagire come fossero coetanei, dimostrando in questo modo scarsi confini intergenerazionali.

## Assessment

La sessione di assessment si articola nella raccolta dell'analisi funzionale oltre che nella somministrazione di alcuni strumenti di misurazione dell'attaccamento.

L'analisi funzionale dell'encopresi secondaria evidenzia che gli episodi sono sempre preceduti da situazioni che vengono vissute dal bambino come fonte di grande stress: litigi con lo zio; punizioni e sgridate da parte della madre; momenti di distanza da casa (la prima volta in una colonia estiva) oppure assenze della madre per lavoro o studio. Solitamente la madre reagisce agli episodi di encopresi punendo e sgridando Andrea e contemporaneamente avvicinandosi a

lui e pulendolo. Il tempo della pulizia pare essere l'unico momento in cui la signora dedica attenzione al bambino; solitamente infatti la loro interazione non è caratterizzata da gratificazione, piuttosto da frequenti richiami, punizioni, fino ad arrivare al metterlo fuori dalla porta di casa quando la rabbia verso di lui è particolarmente alta.

Da un punto di vista emotivo emergono rilevanti difficoltà della signora ad esprimere la propria rabbia, specialmente nei confronti della madre, e la tendenza a dirigerla verso il figlio.

Un ABC tipico della madre è

A	B	C
La nonna invita Andrea ad andare al parco e lui accetta contento, anche se aveva promesso di venire all'ippodromo con me.	Preferisce lei a me. Se non fa quello che voglio io, questo significa che non mi vuole bene.	Rabbia, delusione, tristezza. Lo sbatto fuori dalla porta. Lui si sporca

Un ABC tipico del bambino è

A	B	C
Litigo con mio zio e mia mamma sgrida solo me.	Non è colpa mia, è colpa sua!	Rabbia, frustrazione, encopresi

Per completare l'assessment è stata proposta al bambino una batteria di test, finalizzata alla valutazione del pattern di attaccamento, nell'ottica di verificare innanzitutto se ad una problematica emotiva, in questo caso l'encopresi secondaria, corrisponda un pattern insicuro. Agli adulti di riferimento, in questo caso la madre e gli insegnanti del bambino, è stato proposto il completamento di due checklist, che valutano il profilo emotivo-comportamentale del bambino nei contesti di vita per lui più significativi, la famiglia e la scuola, finalizzato ad un approfondimento circa le problematiche emotive segnalate dalla madre.

Con l'obiettivo invece di sondare l'ipotesi che il disturbo del bambino si inserisca in un disturbo della relazione madre-figlio (Lambruschi 2004), anche alla madre sono stati proposti alcuni test per la misurazione dello stile di attaccamento.

Altro scopo che si è voluto perseguire, attraverso la proposta di strumenti di misurazione e di approfondimento della diade madre-figlio, è di fornire un contributo, attraverso lo studio di caso singolo, all'ipotesi della trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento. La batteria proposta alla madre risulta composta da strumenti di diversa impostazione teorica: ci sono infatti sia test che valutano le rappresentazioni mentali dell'attaccamento, sia strumenti di autovalutazione, che misurano aspetti più coscienti dell'attaccamento (Brennan et al. 1998). Questa scelta è stata voluta per poter effettuare un confronto tra le prove selezionate, al fine di verificare la congruenza dei diversi strumenti tra di loro rispetto al costrutto che si intende verificare.

Gli strumenti utilizzati per valutare lo stile di attaccamento del bambino sono i seguenti:

*Separation Anxiety Test* (SAT, Attili 2001): Attili (2001) ha validato una versione modificata del Separation Anxiety Test (SAT) di Klagsburn (1976), che consente non solo di evidenziare i rischi per l'insorgenza di patologie o disturbi della condotta, ma anche di individuare i modelli mentali dell'attaccamento per soggetti d'età compresa tra i 4 e i 19 anni. Al bambino è stato proposto il set di sei tavole per i maschi che appresenta scene di separazioni lunghe dai genitori ("severe") e scene di separazioni brevi ("moderate"). Il test è stato somministrato, secondo la procedura indicata nel manuale: per ogni tavola si legge al bambino una breve descrizione della situazione e gli si chiede come si sentirebbe o cosa farebbe lui in quella situazione o cosa pensa che farebbe un bambino ipotetico. Questa differenziazione viene proposta per consentire al bambino di esprimere sentimenti o desideri più difficili da manifestare sul piano della realtà, offrendo la possibilità di osservare la discrepanza o la vicinanza tra questi due livelli.

*Security Scale* (Kerns et al. 1996): è una scala di autovalutazione per bambini e preadolescenti con cui viene valutata la percezione rispetto alla sicurezza derivante dalla relazione con una specifica figura di attaccamento. È una scala composta da 15 item, ognuno dei quali forma una scala graduata a 4 livelli. Ogni item è composto da due frasi contrapposte del tipo "alcuni bambini... invece altri bambini..."

*Inclusion of Other in the Self* (Aron et al. 1991; Inguglia et al. 2004): consiste in un test grafico che misura la relazione di vicinanza percepita ad entrambi i genitori lungo la dimensione vicinanza-distanza. Per ogni figura genitoriale viene assegnato un punteggio che va da 7 (massima vicinanza) a 1 (massima distanza).

La valutazione del bambino si è completata con la compilazione della *Child Behavior Checklist 4-18* (CBCL, Achenbach 1991) e della *TRF-Valutazione degli insegnanti* (Frigerio, 2004): entrambe le checklist, strutturate sotto forma di questionario, consentono di indagare le competenze sociali e i problemi comportamentali dei bambini di età compresa fra i 4 e i 18 anni. La CBCL, proposta ai genitori, comprende 118 item raggruppati in 8 scale sindromiche relative a diversi quadri problematici: Ritiro, Lamentele somatiche, Ansia/Depressione, Problemi sociali, Problemi del pensiero, Problemi attentivi, Comportamento delinquenziale, Comportamento aggressivo. La versione italiana dello strumento e la taratura del questionario sulla popolazione italiana sono state curate da Molteni e Frigerio (2001).

La *TRF- Valutazione degli insegnanti*, proposta agli insegnanti, consente descrivere il comportamento e l'atteggiamento del bambino collocandolo sempre su otto scale cliniche e ricavandone, oltre che un profilo totale, anche un profilo di internalizzazione ed uno di esternalizzazione.

La batteria proposta alla madre si compone di:

*Adult Attachment Interview* (George et al. 1999): è un'intervista semistrutturata, che si propone di mettere a fuoco la rappresentazione delle prime esperienze di attaccamento della persona e i loro effetti. I pattern di attaccamento identificati vengono ricondotti a quattro categorie: sicuro, distanziante, preoccupato, irrisolto. Le domande vengono poste secondo un ordine prestabilito e sono previsti specifici approfondimenti. La narrazione dell'intervista viene audioregistrata, successivamente trascritta integralmente ed esaminata sulla base della forma del discorso, da due giudici indipendenti; i giudizi sull'attaccamento derivano dalla valutazione sulla coerenza del trascritto, secondo le indicazioni fornite da Crittenden (1999).

*Parental Bonding Instrument* (PBI, Parker et al. 1979): è un questionario di auto-somministrazione, composto da 25 item, che valuta retrospettivamente le caratteristiche del legame genitoriale. Esso prende in considerazione due dimensioni fondamentali nella relazione

genitori-figli: *care* e *overprotection*; la prima è quella dell'accudimento o cura, che va da un estremo di grande calore ed empatia ad un estremo di freddezza e indifferenza; la seconda è quella del controllo o iperprotezione, che va da atteggiamenti di controllo, repressione, intrusività, prevenzione del comportamento indipendente fino alla promozione dell'autonomia. I risultati danno luogo alla creazione di cinque tipologie di parenting sulla base dei punteggi di accudimento e controllo paterno e materno, che sono: punteggi medi di cura/controllo (legame medio); Alta cura/Basso controllo (parenting positivo); Bassa cura/Basso controllo (legame debole o assente); Alta cura/Alto controllo (controllo con affetto); Bassa cura/Alto controllo (controllo privo di affetto).

*Inclusion of Other in the Self* (Aron et al. 1991): si veda la descrizione fornita per il bambino.

*Experiences in close relationships* (Brennan et al. 1998), del quale esiste una versione validata per l'Italia (Picardi et al. 2000): è un questionario composto da 36 item che consentono di descrivere come la persona generalmente si sente nelle relazioni sentimentali. I punteggi vengono assegnati su una scala likert a 7 punti, che permette di collocare i soggetti non solo in categorie, ma anche in uno spazio bidimensionale, in accordo ai livelli di *evitamento* dell'attaccamento e di *ansietà* per l'attaccamento e le relazioni. L'andamento dei punteggi permette di far emergere quattro tipologie di attaccamento (Bartholomew et al. 1991), così definite; sicuro (bassi punteggi in entrambi le scale), distaccato (alti punteggi in evitamento) corrispondente all'evitante, preoccupato (alti punteggi in ansietà), corrispondente ad ambivalente e timoroso (alti punteggi in entrambi le scale), corrispondente alla tipologia non-risolto/disorganizzato.

## Risultati e discussione

L'analisi dei risultati ottenuti alle prove somministrate (vedi tabella 1) evidenzia che il pattern di attaccamento del bambino, per come emerge al SAT (Attili 2001), può essere classificato come insicuro-ambivalente.

Da sottolineare tuttavia la presenza di differenze nelle risposte fornite dal bambino allo stress attivato dalla separazione dalla FdA, a seconda se le stesse sono attribuite al bambino ipotetico o a se stesso, al *self*. Andrea infatti attribuisce al bambino ipotetico emozioni e reazioni, che possono essere classificate come di tipo sicuro, mentre evidenzia per sé reazioni esagerate e tendenzialmente controllanti rispetto al comportamento del genitore. (esempio: bambino reale: tav.:B3 *Non sarei proprio contento, ma arrabbiato al massimo e inizierei a fare casini dalla zia con mio cugino. (IID) Perché non voglio che se ne vanno, che restino con me per sempre. Andrei in giro per tutto il mondo a piedi. (III D) Rubo una bici e una moto finché non trovo mia mamma. (IV D) L'abbraccerei e la bacerei nella guancia e le faccio promettere che non se ne deve andare, prima mi deve avvertire, poi può decidere se andare o no*). Come indicato da Attili (2001) la presenza di differenze tra ciò che viene ammesso al *self* e ciò che viene attribuito all'*altro* ha valore diagnostico, in quanto differenze nelle risposte vengono frequentemente riscontrate nei soggetti clinici.

Al test *Inclusion of Others in the Self*, il bambino visualizza un legame di vicinanza molto stretta con la madre, con caratteristiche di fusionalità, invischiamento, presumibilmente compensativo della grande distanza emotiva che il bambino percepisce nei confronti del padre. Mentre queste due prove risultano congruenti tra di loro nel rilevare un attaccamento insicuro ai genitori, il punteggio alla *Security Scale* evidenzia invece la percezione di buona vicinanza nei confronti della madre, con punteggio classificabile come sicuro. Questo dato, apparentemente

Tabella 1: Risultati ai test somministrati al bambino ed alla madre

<b>SAT</b> Attaccamento di tipo insicuro-ambivalente,	<b>AAI</b> Attaccamento di tipo TIPO C Preoccupato
<b>INCLUSION OF OTHER IN THE SELF</b> PADRE: 1 (massima distanza) MADRE: 7 (massima vicinanza)	<b>PBI</b> <i>affectionless control</i> CURA (PADRE E MADRE) 9 <24,9 IPERPROTEZIONE (PADRE e MADRE) 21 <13,3 <i>Bassa cura e alta iperprotezione in entrambi i genitori</i>
<b>SECURITY SCALE :</b> Autopercezione della vicinanza : p.51, SICURO	
<b>CBCL</b> (compilata dalla madre) Punteggio totale: punti t 68 Scala ansia-depressione: punti t >70, clinica, Scala comp.aggessivo: punti t 68, borderline Internalizzazione: punti t 70, clinica Esternalizzazione : punti t 66, clinica	<b>INCLUSION OF OTHER IN THE SELF</b> PADRE: 1 (massima distanza) MADRE: 1 (massima distanza)
<b>TRF</b> (compilato dai docenti) Punteggio totale: punti t 61, borderline Scala Ritiro: punti t >70, clinica Scala Lamentele Somatiche: punti t >70, clinica Internalizzazione: punti t 75, clinica Esternalizzazione: nella norma	<b>ECR</b> Evitamento 84 z 3,11 Ansietà 108 z 1,85
	<u>Item critici</u> <i>Temo che il mio partner non tenga a me quanto io tengo a lui</i> <i>Spesso vorrei fondermi completamente col mio partner e ciò talvolta lo spaventa e lo fa allontanare</i> <i>Quando il partner mi critica mi sento molto a disagio</i>

in contraddizione con quello ricavato dagli altri due test, può essere tuttavia spiegato sulla base della percezione da parte del bambino di una stretta vicinanza con la madre, da lui letta in termini positivi, pur essendo in verità esageratamente attaccata.

È possibile inoltre che il bambino abbia espresso con valutazioni positive il suo stretto legame con la madre, anche per aspetti di desiderabilità sociale.

Il profilo comportamentale del bambino, che emerge dal questionario compilato dalla madre (CBCL, Achenbach 1991), mette in luce la presenza di un disturbo sia sul versante emotivo, con tendenza all'internalizzazione del disagio (innalzamento clinico della Scala "ansia-depressione"), che, in forma più contenuta, sul versante dell'esternalizzazione, con comparsa di comportamenti aggressivi (punteggio borderline nella scala "Comportamenti aggressivi"). Questo dato risulta in linea con quanto ritrovato da Von Gontard (2007), relativamente all'associazione tra encopresi e sintomi psichici sia di tipo internalizzante che esternalizzante, oltre che a difficoltà scolastiche. Al TFR (Achenbach 1991), compilato dalle insegnanti, emerge che nel contesto scolastico, il bambino manifesta esclusivamente un disagio di tipo internalizzante, che si traduce in comportamenti di chiusura e di ritiro, oltre che attraverso lamentele somatiche, men-

tre non vengono segnalate problematiche esternalizzanti (TRF: innalzamento clinico delle Scale “Ritiro” e “Lamentele somatiche”).

Relativamente al rapporto tra pattern di attaccamento e psicopatologia, i dati ottenuti, da un canto permettono di classificare quindi l’attaccamento come insicuro ambivalente, dall’altro rilevano la comparsa, nel contesto di casa, soprattutto di problematiche emozionali di tipo ansioso-depressivo accanto ad alcuni aspetti critici sul piano comportamentale, con comparsa di aggressività nelle relazioni, mentre nell’ambito scolastico il disagio è esclusivamente di tipo internalizzante. I risultati confermano quanto trovato da Egeland et al. (1981), secondo cui ci sono evidenze a favore di una specificità di legame tra attaccamento “ambivalente” e problemi internalizzanti, con comparsa di sintomi di tipo ansioso, oltre che tra attaccamento “evitante” e problemi esternalizzanti. Come sostenuto ancora dagli stessi Autori, mentre l’attaccamento sicuro opera come fattore protettivo dalla psicopatologia, il pattern di attaccamento insicuro ambivalente, che questo bambino ha costruito nella relazione con i suoi genitori, non è in grado di svolgere funzione di protezione dal rischio di psicopatologia, orientando la sofferenza verso aspetti internalizzanti di tipo ansioso.

Ma come mai questo bambino ha una rappresentazione mentale di insicurezza nelle relazioni con le figure genitoriali? E come si lega questo suo pattern a quello della madre?

Relativamente alla madre, l’esame delle rappresentazioni mentali nei confronti delle figure di attaccamento, effettuato con l’AAI, evidenzia un pattern di attaccamento di tipo C-insicuro-preoccupato. La signora infatti esplicita di essersi sentita sempre rifiutata da parte dei genitori, che vengono da lei descritti nell’intervista come trascuranti, anaffettivi, distanti, distratti, presi dal loro conflitto di coppia; in particolare descrive il padre come maltrattante e violento; se stessa imprigionata in un ruolo di triangolazione; l’emozione dominante in famiglia è la rabbia. La donna risulta molto critica e biasimante nei confronti dei propri genitori, invischiata in relazioni gravemente conflittuali e problematiche, intrise di forte rabbia, ancora nel presente. Non riesce tuttavia a riconoscere la sua responsabilità nel non facile andamento delle relazioni. Anche il PBI mette in luce che le relazioni infantili nei confronti di entrambi i genitori sono state caratterizzate da controllo senza affetto (“affectionless control”), con bassa cura ed alta iperprotezione, a confermare un attaccamento di tipo insicuro nei confronti dei propri genitori. Lo stesso dato, relativo alla percezione di una grande distanza emotiva della signora-bambina dai genitori, emerge anche al test Inclusion of Others in the Self, che conferma lo scarso legame presente tra i genitori e la signora. Anche relativamente allo stile sentimentale di questa donna, si evidenzia un pattern affettivo di tipo insicuro. L’ECR mette in luce l’innalzamento patologico della scala dell’“evitamento”, accanto, seppur in misura più contenuta, della scala dell’“ansietà”; tale andamento, secondo il modello di Bartholomew e Horowitz (1991) può essere categorizzato come “timoroso”; secondo questo pattern, ritenuto dagli Autori corrispondente alla *tipologia non risolto/disorganizzato*, in quanto presenta sia aspetti del profilo preoccupato che di quello distaccato, vengono classificati quegli individui che tendono a fidarsi di loro stessi, a mantenere la loro autostima a discapito dell’intimità (come gli evitanti), ma allo stesso tempo desiderano l’intimità, pur essendo riluttanti a fidarsi degli altri, al punto da evitare i coinvolgimenti intimi che possono portare alla perdita o al rifiuto. Questo stile di attaccamento evidenzia un modello operativo interno (MOI) negativo del Sé ed un MOI negativo dell’altro, in quanto sottende disagio ed evitamento dell’intimità e paura ed ansia per le relazioni. I soggetti *timorosi* rivelano un assetto mentale che viene considerato *disorganizzato*, per la confusione di emozioni e di comportamenti che sottende.

Tale andamento risulta in sintonia con l’ipotesi di Bowlby, il quale sosteneva che le esperienze affettive precoci innescano percorsi rigidi nelle relazioni di attaccamento in età adulta.

Avendo questa donna sperimentato in età infantile con entrambi i genitori legami affettivi caratterizzati da imprevedibilità, confusione e contraddizione (AAI), scarso affetto accanto a forte controllo (PBI), modalità genitoriali che hanno fatto sentire la donna, da bambina, rifiutata e non soddisfatta circa i bisogni di conforto, portandola, in età adulta, verso reazioni confuse (ECR) all'interno delle relazioni sentimentali e nei contesti sociali più ampi.

L'analisi di tutti i dati ricavati porta, in conclusione, ad osservare che il disturbo del bambino si inserisce in una cornice di attaccamento insicuro, di tipo ambivalente, ad una figura di attaccamento, la madre, che a sua volta presenta un pattern di attaccamento insicuro, presumibilmente di tipo preoccupato, sia nella sua relazione precoce, ma anche attuale, con i propri genitori, conseguentemente nelle relazioni sentimentali più in generale. E' possibile che Andrea esprima, nel contesto di casa, laddove prevalgono modalità relazionali caratterizzate da invischiamento, rabbia, discontinuità ed imprevedibilità, soprattutto il versante aggressivo del pattern insicuro-ambivalente, mentre all'esterno, nell'ambito della scuola, mostri soprattutto la strategia disarmante del pattern C (Crittenden 1999), evidenziando soprattutto le emozioni di paura e di ricerca di conforto.

### *Alcune linee di intervento*

Il lavoro psicoterapeutico con questa diade madre-figlio ha avuto come primo obiettivo di aiutare la madre a comprendere meglio il disturbo del figlio e a trovare strategie efficaci nella gestione dello stesso. Per tale ragione il focus dell'intervento è stato il sostegno alla madre nell'elaborazione delle proprie emozioni disfunzionali, rileggendole alla luce della propria storia di vita. Nel corso delle sedute e dopo i primi successi relativi all'espressione adeguata delle proprie emozioni, la signora è stata invitata a tenere lo stesso diario con il figlio e a chiedergli più spesso: "Come stai, come ti senti?" anche in situazioni differenti rispetto a quelle dell'encopresi. Questo con l'obiettivo esplicito di favorire un riconoscimento ed un'accettazione delle emozioni del figlio, soprattutto la rabbia, come suggeriscono Bahar et al. (2006).

In un secondo momento il focus dell'intervento è stato quello di sostenere la madre, facendo oscillare la sua attenzione tra i propri bisogni e quelli del figlio, aiutandola a leggere i propri segnali emotivi e quelli del figlio, secondo l'ottica di Clayden et al. (2001), i quali pongono l'accento sull'interazione sociale e psicologica tra genitore e bambino come fattore chiave nello sviluppo della capacità di continenza fecale o della perdita di essa.

A conclusione dell'intervento terapeutico gli episodi di encopresi risultano diminuiti in misura significativa: sono infatti passati da tre alla settimana, in fase iniziale, ad uno ogni dieci giorni, fino alla totale scomparsa. La signora è riuscita a lasciare la casa della madre per una nuova abitazione autonoma, in cui vivere assieme al figlio, interrompendo pure la relazione sentimentale in corso perché insoddisfacente.

### **Conclusioni**

Questo lavoro, che presenta le limitazioni dovute allo studio su caso singolo e l'impossibilità di generalizzare i risultati ottenuti ad un campione più ampio, evidenzia però una linea interpretativa in cui un genitore con un attaccamento insicuro – preoccupato nei confronti dei propri genitori nell'infanzia, si pone nei confronti del proprio figlio in modo che questo sviluppi a sua volta un attaccamento insicuro. Nella famiglia in questione *la rabbia sembra venire tra-*

smessa attraverso la relazione genitore - figlio, così da determinare insicurezza nell'attaccamento.

In secondo luogo, relativamente al sintomo specifico dell' encopresi, si evidenzia che il disturbo del bambino si inquadra in un disturbo della relazione madre-figlio (Lambruschi 2004), e come tale va trattato dal punto di vista psicoterapeutico.

Nel nostro caso l'encopresi si associa ad un quadro di disturbi internalizzanti (ansia, depressione, sintomi somatici); dal punto di vista dell'attaccamento il pattern risulta essere di tipo insicuro-ambivalente per il bambino ed insicuro-preoccupato per la madre, così come insicuro risulta lo stile relazionale che la madre mette in atto sia nel contesto sociale che nelle relazioni di coppia.

Relativamente agli strumenti di assessment utilizzati, si sono trovati dati sufficientemente congruenti tra i risultati ottenuti alle prove che misurano le rappresentazioni mentali dell'attaccamento (SAT, Attili 2001); (AAI, George et al.1985); (Crittenden 1999), con i self-report autovalutativi; questo ci conforta nell'utilizzo in ambito clinico di questionari dell'attaccamento, in quanto permettono quantomeno di differenziare tra lo stile di attaccamento sicuro ed insicuro.

## Bibliografia

- Achenbach TM (1991). *Problem Scales of the Child Behavior Checklist for Ages 4-18*. University of Vermont (USA). Versione italiana *Questionario sul Comportamento del Bambino 4-18*, curata da Frigerio A, Istituto Scientifico E. Medea, Ass. La Nostra Famiglia, Bosisio Parini (LC), 1998.
- Ainsworth MDS (1995). *Attaccamenti ed altri legami affettivi nel ciclo della vita*. In Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P, *L'attaccamento nel ciclo di vita*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Ainsworth, MDS, Blehar M, Waters E, Wall S (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Aron A, Aron EN, Tudor M, Nelson G (1991). Close relationship as including other in the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 241-253.
- Attili G (2001). *Ansia da separazione e misura dell'attaccamento normale e patologico*. Unicopli, Milano.
- Bartholomew K, Horovitz LM (1991). Stili di attaccamento fra giovani adulti: analisi di un modello a quattro categorie. *Attaccamento e rapporto di coppia*. Raffaello Cortina, Milano.
- Benninga M, Candy DC, Catto-Smith A.G, Clayden G, Loening-Baucke V, Di Lorenzo C, Nurko S, Staiano, (2005). The Paris Consensus on Childhood Constipation Terminology (PACCT). *Group. J. Pediatr Gastroenterol Nutr.* 40(3): 273-275.
- Boige N, Missonier S, Bellaich M, Foucaud P(1999). Abord psychosomatique de l'encopresie. *Arch. Pediatr.* 6, 1331-1337.
- Bowlby J (1973). *Attachment and loss. Vol. II: Separation*. New York, Basic Books. Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*. Bollati Boringhieri, Torino, 1978 (II ed.).
- Bowlby J (1979): *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina, Milano, 1982.
- Brazzelli M, Griffiths P (2006). Behavioural and cognitive interventions with or without other treatments for the management of faecal incontinence in children (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 2 Art. No. CD002240.
- Bretherton I, Ridgeway D, Cassidy J, (1990). Assessing Internal Working Models of the Attachment relationship: an attachment story completion task for 3-years-olds, in Greenberg, Cicchetti e Cummings. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. 273 – 308. Chicago:

University of Chicago Press.

- Clayden G (2001). The Child who soils. *Current Pediatrics* 11, 130-134.
- Classificazione multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente (ICD-10, 1997 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità)*, Masson, Milano.
- Cox DJ, Morris J, Borowitz S, and Sutphen JL, (2002). Psychological differences between children with and without chronic encopresis. *Journal of Pediatric Psychology* 27,7,585-591.
- Cox DJ, Ritterband LM, Quillian W, Kovatchev B, Morris JB., Sutphen JL, Borowitz SM, (2003). Assessment of behavioral mechanisms maintaining encopresis: Virginia Encopresis-Constipation Apperception Test. *Journal of Pediatric Psychology*,28,375-382.
- Crittenden PM (1994). *Nuove prospettive sull'attaccamento: Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*. Guerini, Milano.
- Crittenden PM (1999). *Attaccamento in età adulta: l'approccio dinamico maturativo all'Adult Attachment Interview*. Tr it. Raffaello Cortina, Milano 1999.
- Egeland B, Sroufe LA (1981). Developmental Sequelae of Maltreatment in Infancy. *Child Development*. 2, 77-92.
- Frigerio A (2004). Behavioral and Emotional Problems among Italian Children and Adolescents. *EJPA* 20(2) 124-133.
- George C, Kaplan N, Main M (1985). *Adult Attachment Interview Protocol*. Manoscritto non pubblicato. University of California, Berkeley, 1996 (II.ed).
- Hansen B, Lehmkuhl U (2007). Verhaltenstherapie bei Encopresis am Beispiel einer Patientin mit chronischem "Toiletten-Verweigerungssyndrom". *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56,535-548.
- Herbert M(2001). *Cacca addosso & pipì a letto*. Salerno, Ecomind.
- Ingoglia S (2004). Percezione della relazione con i genitori. *Psicologia Clinica dello sviluppo*, aVIII, 2, 8.2004
- Joinson C (2006). Psychological Differences Between Children With and Without Soiling Problem. *Pediatrics*.117, 1575-1584.
- Kerns KA, Klepac L, Cole A (1996). Peer relationship and preadolescents, perceptions of security in the child- mother relationship. *Developmental Psychology* 32, 457-66.
- Klagsburn M, Bowlby J (1976). Responses to separation from parents: a clinical test for young children. *British Journal of Projective Psychology* 21, 7-21.
- Lambruschi F(2004). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva dell'attaccamento*. Bollati-Boringhieri, Torino.
- Loening Baucke V (2002). Encopresis. *Current Opinion in Pediatrics*. 14,570-575.
- Mehler-Wex,C, Sheuerpflug P, Peschke N, Roth M, Reitzle K, Warnke A,(2005). Encopresis: Prognosenfaktoren und Langzeitverlauf. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie*,33,285-293.
- Parker G, Tupling H, Brown LB (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology* 52, 1-10.
- Picardi A, Bitetti D, Poddu P, Pasquini P,(2000).La scala "Experiences in close relationships" (ECL), un nuovo strumento per la valutazione dell'attaccamento negli adulti. Traduzione, adattamento e validazione della versione italiana. *Rivista di Psichiatria*, 35, 114-120.
- Reid H, Bahar RJ (2006). Treatment of Encopresis and Chronic Constipation in Young Children: Clinical Results from Interactive Parent-Child Guidance. *Clinical Pediatrics*. 45,2,157-64.
- Smith L, Smith P, Lee SK (2000). Behavioral treatment of urinary incontinence and encopresis in children with learning disabilities: transfer of stimulus control. *Developmental Medicine & Child Neurology* 42,4,276-9.
- Sroufe L (1983). *Infant-Caregiver Attachment and Patterns of Adaptation in Preschool: The Roots of*

*Encopresi secondaria e qualità della relazione di attaccamento madre-figlio*

*Maladaption and Competence*. In Perlmutter M (a cura di), *Development and Policy concerning Children with Special Needs*. Erlbaum, Hillsdale.

Spitzcok von Brininski, Luttger F, (2007). Family Therapy of encopresis. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56,6,549-64.

Van Dijk M, Benninga MA, Grootenhuis MA, Onland van Nieuwenhuizen AM (2007). Chronic childhood constipation: A review of the literature and the introduction of a protocolized behavioral intervention program. *Parent Education and Counseling* 67, 63.77.

Von Gontard A (2007). Encopresis. *Praxis der Kinderpsychologieund Kinderpsychiatrie*. 56,6,492-510.