

Il trattamento cognitivo-comportamentale nella disfluenza verbale

Andrea Novelli¹

¹Studio di Psicologia e Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Rimini

Riassunto

L'articolo presenta il trattamento cognitivo comportamentale della balbuzie, un metodo articolato e completo che include un intervento, non soltanto verso l'instaurazione della fluenza del linguaggio, ma anche sulle numerose altre difficoltà concomitanti, tra cui l'evitamento delle situazioni, i pensieri automatici, la passività, le difficoltà sociali ed i tic che concorrono al mantenimento del disturbo.

Dopo un breve excursus sui principali criteri diagnostici e sulle caratteristiche della disfluenza, vengono trattati i principali metodi di trattamento, in particolare ci si sofferma sulla terapia operante e sulla sua evoluzione, la terapia cognitivo-comportamentale.

La CBT ha come obiettivi: eliminare o ridurre la balbuzie, proporre una tecnica di rilassamento per la gestione dell'ansia, aiutare il paziente ad affrontare le situazioni temute anziché continuare a evitarle, analizzare i pensieri negativi o irrazionali del paziente e sostituirli con pensieri razionali, aiutare il paziente a comunicare in modo assertivo, insegnare tecniche per aumentare la stima di sé, rendere il paziente consapevole delle emozioni e aiutarlo a gestirle.

Il protocollo di trattamento comprende: tecniche di respirazione e tecniche di instaurazione della fluenza, tecniche di rilassamento, desensibilizzazione sistematica, terapia cognitiva, training assertivo e trattamento operante dei tic, qualora siano presenti.

Summary

This article illustrates the Cognitive-Behavioral Treatment of stuttering, a complex methodology which includes not only fluency training but also aims to intervene in all other concomitant disturbances, amongst them avoidance of activities, automatic thoughts, passivity, social difficulties and tics.

After a brief analysis of the main diagnostic criteria and of the characteristics of stuttering the article deals with the main treatments available, with a particular focus on the operant therapy and in its latest iteration, the cognitive-behavioural therapy.

The CBT aims to achieve the following goals: reduce/eliminate stuttering, propose a relaxation technique targeting anxiety management, help the patient reduce activities avoidance, analyze the patient's maladaptive or irrational thoughts and replace them with rational ones, teach techniques to improve self-esteem, make the patient aware of his emotions and help him manage them.

Treatment includes: breathing and fluency implementation techniques, relaxation techniques, systematic desensitization, cognitive therapy, assertiveness training and, where present, tic treatment.

La disfluenza verbale: classificazione diagnostica

La disfluenza verbale o balbuzie ha come aspetto verbale necessario la ripetizione e il prolungamento

di fonemi o di sillabe, pause tese, visibili o udibili nel corso dell'espressione che causano disagio a chi le produce, in conseguenza di una dinamica d'interazione.

Il disturbo si manifesta con movimenti irregolari, che interessano i muscoli della respirazione, dell'articolazione e della fonazione in generale, che compaiono all'inizio e durante l'eloquio, così da rendere alquanto penoso il normale fluire del linguaggio. Il balbuziente, tuttavia, quando è solo parla fluentemente.

Così è definita dal DSM-IV:

1. Anomalia del normale fluire e della cadenza dell'eloquio (inadeguati per l'età del soggetto) caratterizzata dal frequente manifestarsi di uno o più dei seguenti elementi: ripetizioni di suoni o sillabe; prolungamento di suoni; interiezioni; interruzioni di parole (cioè pause all'interno di una parola); blocchi udibili o silenti (cioè pause del discorso colmate o non colmate); circonlocuzioni (sostituzioni di parole per evitare parole problematiche); parole emesse con eccessiva tensione fisica; ripetizione di intere parole monosillabiche (per esempio «Ho - o - o - o - o fame»).
2. L'anomalia interferisce con i risultati scolastici o lavorativi, o con la comunicazione sociale.
3. Se è presente un deficit motorio della parola o un deficit sensoriale, le difficoltà nell'eloquio vanno al di là di quelle di solito associate con questi problemi.

La balbuzie può essere accompagnata da sincinesie, ossia movimenti involontari di alcune parti del corpo, tic facciali o del collo, embolofrasie, ossia interiezioni ripetute.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità classifica la balbuzie come disturbo specifico dello sviluppo, «un disordine del ritmo della parola nel quale il paziente sa con precisione quello che vorrebbe dire, ma nello stesso tempo non è in grado di dirlo».

I dati statistici rilevano un'incidenza molto alta tra le disfluenze tipiche; secondo studi italiani ed europei circa l'1-1,3% della popolazione italiana adulta ne è affetta e circa l'85% dei casi presenta i primi sintomi in età prescolare.

È stata inoltre ipotizzata una possibile ereditarietà, confermata da storie familiari di balbuzie in circa un terzo dei casi. Si tratta, secondo i molti studi, di ereditarietà non tanto della balbuzie in sé quanto di una sensibilità accentuata del bambino verso alcuni fattori psicologici e relazionali quali ansia dei genitori.

I numerosi studi sulla balbuzie indicano una prevalenza nel sesso maschile statisticamente significativa, che in Italia si manifesta con un rapporto con il sesso femminile 1:3, 1:4.

A livello di personalità, il balbuziente mostra maggiori difficoltà nella relazione e negli adattamenti sociali.

Molti autori indicano 4 fasi nell'episodio di balbuzie:

1. la fase di prebalbuzie, in cui il soggetto cerca di dominare l'angoscia perché anticipa cognitivamente

ed emotivamente l'evento temuto. Il suo dialogo interno può essere questo: «Adesso calmati, parla correttamente!»;

2. la fase della balbuzie, in cui il soggetto balbetta effettivamente. In questa fase si assiste a una drastica caduta della tensione;
3. la fase della risoluzione, in cui il soggetto è riuscito finalmente a parlare e quindi si è calmato;
4. la fase postbalbuzie, in cui il balbuziente giudica se stesso. Il suo dialogo interno potrebbe essere il seguente: «Hai fatto una figuraccia! Che vergogna non parlerò mai bene!». Questa parte giudicante punisce e nello stesso tempo rinforza i meccanismi mentali che si ripresenteranno nelle situazioni ritenute pericolose. Il funzionamento mentale del soggetto è tutto proteso a controllare la balbuzie e, poiché la balbuzie è già un controllo, paradossalmente il paziente cerca di controllare un controllo. I meccanismi di mantenimento infatti si manifestano nelle fasi di pre e postbalbuzie intrappolando il soggetto.

Aspetti cognitivi e comportamentali della disfluenza verbale

Il balbuziente presenta una serie di parole «critiche» sulle quali tende a incepparsi e che spesso evita, giungendo a sostituire parole o intere frasi.

Frequentemente si osservano dei tic o movimenti associati dei muscoli mimici, che provocano un ulteriore disagio nel soggetto. Questi movimenti all'inizio sono usati volontariamente per superare l'ostacolo determinato dallo spasmo tonico o clonico del linguaggio, ma poi finiscono per diventare ripetuti, obbligati, involontari fino alla crisi parossistica. Questi tic sono appresi secondo il paradigma del condizionamento operante Antecedente (parola critica) Comportamento (Tic) Conseguente (riduzione della tensione). La riduzione della tensione mantiene tutto il processo e rende il tic automatico e involontario.

È importante sottolineare come il paziente affetto da balbuzie abbia sviluppato in misura maggiore o minore, a seconda del caso, una «logofobia», ossia una vera e propria fobia per il parlare che condiziona tutta la sua vita e le relazioni con gli altri. Perciò, in fase di assessment è importante valutare anche il variare dell'intensità della logofobia a seconda delle situazioni in cui il paziente si trova e che è assente quando parla da solo.

Bisogna sempre tenere in considerazione che nel balbuziente la preoccupazione del disturbo domina il controllo del sistema del linguaggio proprio quando occorre parlare. Il sentimento dell'attesa ansiosa del blocco verbale lo agita e lo disorganizza. Ogni volta che avverte la possibilità del blocco, il balbuziente cerca inutilmente di dominarlo (con evitamenti, uso di sinonimi, pause «strategiche», ecc.) giungendo alla fine con un sentimento di forte frustrazione.

Epidemiologia

Riportiamo alcuni dati di ricerca condivisi da numerosi ricercatori europei e d'oltre oceano (Van Riper, 1953; Sheehan, 1951):

- La balbuzie è presente in tutte le culture e gruppi sociali (circa 1% della popolazione mondiale).
- Esiste una predisposizione ereditaria.
- La balbuzie colpisce maggiormente il sesso maschile che quello femminile.
- Il balbuziente mostra maggiori difficoltà a controllare i processi di produzione della parola, richiedendo tempi maggiori per coordinare e organizzare l'atto verbale.
- La balbuzie è un disturbo che generalmente insorge nell'età infantile, di solito nel periodo dei 2-6 anni.

La terapia operante della disfluenza verbale

Questa terapia è fondata sui principi della teoria dell'apprendimento e ha posto le basi della terapia cognitivo-comportamentale.

Il presupposto teorico di questo intervento considera la balbuzie come un disturbo acquisito e mantenuto secondo i principi dell'apprendimento operante..

Nell'ottica dei comportamenti appresi secondo il paradigma del condizionamento classico, la balbuzie può essere vista come la risposta a uno stimolo che da neutro qual era in precedenza è diventato condizionato in seguito alla reazione punitiva dell'ambiente. Così, ad esempio, i genitori che, di fronte a un bambino che mostra delle normali disfluenze, esprimono deplorazione e rimproveri, favoriscono la modificazione in stimolo condizionato di talune parole del repertorio del bambino prima prive di carica ansiogena.

Considerata come un'operante, la balbuzie non è altro che una classe di risposte nei confronti di determinati stimoli discriminativi le cui conseguenze possono essere varie.

A tal proposito, Sheehan (1958) asserisce che la balbuzie è mantenuta poiché precede un evento rinforzante rappresentato dall'emissione della parola successiva a quella balbettata; Goldiamond (1965) ha osservato che due tipi di contingenze possono mantenere la balbuzie, rinforzandola: l'ottenimento di una ricompensa (ad esempio l'attenzione, la comprensione e l'interesse degli altri) e la prevenzione di una possibile punizione o minaccia (come nei casi in cui possono essere richieste delle risposte immediate a taluni quesiti: in tali circostanze, se la risposta del soggetto non è molto adeguata, gli viene offerta una seconda possibilità di rispondere, a differenza di quanto si verificherebbe con soggetti non balbuzienti) .

L'approccio comportamentale alla rieducazione del soggetto balbuziente consiste in una serie di tecniche che, pur presentando delle difficoltà interne dal punto di vista operativo, conservano alla radice un preciso legame con le teorie dell'apprendimento. Ci si soffermerà soprattutto sulle tecniche operanti e, in misura minore, sugli interventi che possono essere di sostegno nella terapia della balbuzie, tra cui la terapia assertiva, la terapia cognitiva e la desensibilizzazione sistematica.

Uno dei principali compiti del terapeuta, consiste nel riuscire a individuare e isolare il maggior numero di stimoli discriminativi che elicitano la risposta di balbuzie. Egli deve inoltre stabilire quale tipo di balbuzie ha di fronte, con quale frequenza si presenta, quali sono le parole su cui il soggetto si blocca, quali movimenti accompagnano il comportamento disfluente, e quali sono le situazioni o le persone rinforzanti che mantengono la balbuzie. In sostanza, occorre identificare tutte quelle variabili che agiscono sul comportamento balbuziente e operare un controcondizionamento, tenendo conto del peso che nell'ambito del condizionamento operante assumono gli eventi antecedenti e quelli immediatamente successivi al comportamento.

L'intervento si articolerà, quindi, in un primo momento valutativo (assessment) e in seguito su un programma riabilitativo.

L'assessment

Il procedimento di valutazione della balbuzie si attua tramite l'osservazione diretta del comportamento verbale del soggetto. I principali parametri su cui il terapeuta dovrà inizialmente soffermarsi sono la frequenza e la durata del comportamento balbuziente. Un tipo di osservazione utile è quella a intervalli variabili; infatti, in simili circostanze, al soggetto non è consentito di tenere un atteggiamento «non autentico», come potrebbe verificarsi utilizzando il metodo a intervalli fissi, poiché l'osservazione ha luogo per un determinato periodo di tempo e con un preciso intervallo medio stabilito dal terapeuta.

L'utilizzo di grafici può essere molto utile, in quanto una volta avviata la rieducazione, sarà possibile verificare i progressi o i regressi del soggetto stesso; inoltre, la quantificazione è di particolare aiuto al terapeuta poiché gli fornisce un feedback circa l'efficacia o meno del trattamento e infine rappresenta un possibile rinforzo positivo per il soggetto, dal momento che lo pone direttamente dinnanzi al suo eventuale miglioramento.

Come si è già detto, il terapeuta deve registrare non soltanto i momenti di disfluenza del soggetto, ma anche, secondo il paradigma *antecedente-comportamento-consequente*, quegli eventi che sono concomitanti agli episodi di balbuzie. Pertanto, durante il colloquio occorre valutare sia quei fenomeni motori che accompagnano la balbuzie, sia i comportamenti interni, quali i momenti d'ansia, l'eccitazione, la visione che il soggetto ha di se stesso e quella che gli altri, a suo avviso, hanno di lui e così via.

Inoltre, per ottenere un quadro preciso del comportamento del soggetto, è necessario esaminare le circostanze in cui si presenta la balbuzie (Shames e Egolf, 1976). Una volta effettuata la raccolta dei dati relativi alla balbuzie (frequenza, durata, forma, circostanze e così via) occorre passare alla fase terapeutica vera e propria. L'obiettivo dell'intervento del terapeuta è quello di instaurare e rafforzare il comportamento obiettivo (la fluenza) ed eliminare il comportamento problematico (la balbuzie).

Il primo tipo di intervento si attua tramite il rinforzo positivo (es. verbale o mimico) e rinforzo negativo, che tende a far cessare una situazione che risulta penosa o sgradevole.

Il secondo tipo di intervento si effettua attraverso l'estinzione e la punizione.

Durante il processo di estinzione, i comportamenti verbali inappropriati non devono essere rinforzati: il terapeuta li ignora. Infine, la punizione può consistere o nella somministrazione di un stimolo avversivo (spiacevole) oppure nella sottrazione di un rinforzo positivo quando compare una risposta inappropriata, come ad esempio, corrugare la fronte o scuotere il capo in segno di disapprovazione o ancora riprendere verbalmente il soggetto.

L'approccio cognitivo-comportamentale alla balbuzie

I principi di base sono quelli della terapia operante con l'integrazione degli aspetti cognitivi. Nei primi anni di vita vi sono disfluenze spontanee che scompaiono successivamente. Se il bambino, di fronte alle sue normali disfluenze, viene punito, inizierà a provare ansia. Infatti, i bambini reagiscono con ansia alle disapprovazioni dei genitori e trasferiscono poi la carica ansiogena al parlare. Da qui l'associazione tra il dialogo e l'ansia, per paura della disapprovazione, che accompagnerà l'individuo.

La paura di balbettare porta a una costante attenzione sul *come* si deve dire che nel soggetto balbuziente è di gran lunga più importante del *cosa* dire. Si innesca così il circolo vizioso dell'eccesso di controllo.

Il mantenimento del disturbo è spiegato dal condizionamento operante.

Questo paradigma di apprendimento sottolinea l'importanza degli effetti del comportamento sull'ambiente. "Quali sono i vantaggi della balbuzie?", verrebbe da chiedersi. Innanzitutto il balbuziente attira l'attenzione, e spesso viene addirittura aiutato a terminare la parola o la frase. Frequentemente l'interlocutore adotta questo comportamento per "togliersi da una situazione imbarazzante", ma così facendo rinforza il processo.

Un rinforzo secondario importante della balbuzie è l'evitamento delle responsabilità.

Spesso chi balbetta non viene interrogato a scuola, e viene agevolato perché per molti insegnanti è penoso e imbarazzante ascoltare un balbuziente che parla. La balbuzie diventa così una scusa per non affrontare le incombenze e per delegarle agli altri anche nell'età adulta. Non dimentichiamo poi che il sollievo dall'ansia è un altro importante effetto positivo della balbuzie che sopraggiunge quando il balbuziente è riuscito finalmente a pronunciare la parola temuta. La persona con balbuzie sa benissimo su quali parole balbeterà e più si avvicina al pronunciarle, più aumenta l'ansia di non riuscire. Quando finalmente, pur balbettando, è riuscita a dire la parola "critica", ottiene un potente rinforzo. Il calo di tensione mantiene tutto il processo.

L'assessment nell'ottica cognitivo-comportamentale

L'assessment è molto simile a quello della terapia operante, il principale lavoro iniziale sta nel condurre l'analisi funzionale del problema (che si effettua identificando gli antecedenti, ossia le situazioni che elicitano la balbuzie, il tipo di disturbo, e le conseguenze che esso produce sugli altri; non a caso il

balbuziente quando è solo parla fluentemente.

Durante la conversazione, che viene registrata, il paziente sa che verranno monitorati gli episodi di balbuzie.

Sempre insieme al paziente verrà costruito il grafico con in ascissa i minuti di conversazione e in ordinata gli episodi di balbuzie, questo sarà utile anche come automonitoraggio del paziente durante la terapia. Se possibile, può dare maggiori informazioni l'utilizzo del biofeedback, soprattutto in età evolutiva, dove le informazioni verbali potrebbero essere molto ridotte.

Riguardo alle situazioni o variabili, Shames ed Egolf (1976) suggeriscono di considerare le seguenti: numero di persone; tempo; lunghezza del discorso; ruoli delle persone che ascoltano.

Sempre in fase di assessment è opportuno indagare insieme al paziente la reale *volontà* al cambiamento perché spesso l'atteggiamento verso la guarigione è ambivalente: da un lato il paziente vorrebbe parlare bene e liberarsi per sempre dalla balbuzie, dall' altro ha paura di non avere più la scusa per atteggiarsi a vittima e quindi evitare le responsabilità.

Alla luce di queste considerazioni, è basilare nella terapia della balbuzie agire sull'autostima dei pazienti, perché l'innalzamento dell'autostima permetterà di vincere la paura di non avere più la scusa per non affrontare la vita.

Il trattamento

Nella terapia degli adulti, il trattamento è dato dalla combinazione di più tecniche che tengono conto delle varie aree problematiche. Soltanto con un approccio terapeutico completo e articolato, la balbuzie può essere eliminata o ridotta e la fluenza mantenuta nel tempo.

La terapia ha come obiettivi: eliminare o ridurre la balbuzie, proporre una tecnica di rilassamento per la gestione dell' ansia, aiutare il paziente ad affrontare le situazioni temute anziché continuare a *evitarle*, analizzare i pensieri negativi o irrazionali del paziente e sostituirli con pensieri razionali (l'ansia è alimentata da pensieri negativi che la persona, in modo automatico, produce su di sé e sulle situazioni che incontra), aiutare il paziente a comunicare in modo assertivo, insegnare tecniche per aumentare la stima di sé, rendere il paziente consapevole delle emozioni e aiutarlo a gestirle.

Il trattamento può essere così schematizzato:

- tecniche di respirazione e tecniche di instaurazione della fluenza;
- rilassamento;
- desensibilizzazione sistematica;
- terapia cognitiva;
- training assertivo;
- trattamento dei tic, qualora siano presenti.

È necessario che il paziente sia informato di ogni passo del programma terapeutico, che diventi parte attiva del suo cambiamento, e che accetti di fare sedute di un' ora e mezza e di effettuare anche delle sessioni nella vita reale. La fluenza, infatti, dallo studio si deve trasferire nelle situazioni quotidiane, in cui il paziente deve essere guidato ad affrontare eventi e responsabilità evitate per anni.

Alla fine di ogni seduta, è opportuno programmare quello che verrà effettuato nella seduta successiva e stabilire i compiti, che verranno poi esaminati all'inizio della seduta successiva per valutare i miglioramenti.

Nei casi di balbuzie più grave, in cui la guarigione è impossibile, si dovrà lavorare sull'accettazione del miglioramento ottenuto da parte del paziente.

L'apprendimento delle tecniche di instaurazione della fluenza

Innanzitutto è importante insegnare al balbuziente una corretta respirazione. Infatti, l'alterazione dei movimenti respiratori è costante, anche se variabile da caso a caso, e interessa soprattutto gli impulsi espiratori. In genere, l'inspirazione è brusca, l'espirazione è invece rapida, per cui il soggetto è costretto a parlare con l'aria residua, fenomeno alquanto penoso per il senso di mancanza o fame di aria. Il fenomeno respiratorio va considerato soltanto come un sintomo: infatti non è presente quando il soggetto tace o quando parla da solo.

Un altro importante fattore da considerare è che la laringe del balbuziente presenta movimenti bruschi e resta fissata con contrattura e incoordinazione dei muscoli prelaringei. Alla laringoscopia si può osservare, infatti, una maggiore prevalenza dei muscoli abduttori sugli adduttori..

Per regolarizzare la respirazione e favorire lo sblocco dei muscoli prelaringei, si insegna al paziente che, quando sta per pronunciare la parola critica, deve inspirare profondamente, pensare alla parola e pronunciarla in fase espiratoria. Questa tecnica (Ryan, 1974) dovrà essere appresa dal paziente e messa in atto a ogni inizio di inceppamento; si compone delle seguenti fasi:

- inspirazione profonda;
- anticipazione cognitiva della frase;
- esposizione in fase espiratoria.

È importante far esercitare molto il paziente che tende a perseverare nella condotta sbagliata, ossia espirare bruscamente e, senza più aria a disposizione, rimanere bloccato sulla parola critica.

Dopo aver fatto un certo numero di esercizi su questo, si introduce la tecnica del time-out (Costello, 1975), che consiste nel far parlare il soggetto per un tempo stabilito (si parte da 5 minuti e gradualmente si aumenta fino ad arrivare a 25-30) su un argomento precedentemente concordato. Durante il monologo, il paziente deve mettere in pratica la tecnica precedente. Se non lo fa, dopo ogni episodio di balbuzie, è bloccato dal terapeuta con la parola «stop», e deve rimanere in silenzio per 10 secondi, durante i quali il terapeuta distoglie lo sguardo da lui; poi, a un cenno del terapeuta, deve ripetere la parola espirando. La

pausa di 10 secondi permette di eliminare due potenti rinforzi: l'attenzione del terapeuta, che distoglie lo sguardo, e la riduzione dell'ansia dopo l'episodio di balbuzie, in quanto è stato bloccato.

Con il progredire delle sedute si aumenta il numero dei minuti del monologo del paziente. È consigliabile partire da argomenti neutri fino ad arrivare a quelli più coinvolgenti dal punto di vista emotivo. I grafici vengono sempre costruiti assieme al paziente alla fine della registrazione. La soddisfazione del paziente per i progressi ottenuti funge da rinforzo e mantiene alta la motivazione. Quando il paziente è sufficientemente sicuro, si può passare alla fase di *time-out autogestito*, nel senso che il paziente, da solo, si blocca dopo ogni episodio di balbuzie, mantiene la pausa dei 10 secondi e autonomamente ripete la parola critica.

Quando la fluenza è quasi raggiunta, si diminuisce gradualmente la pausa dei 10 secondi fino a eliminarla. Dopo il successo ottenuto in studio si prepara la seconda parte della terapia: quella delle uscite nella vita quotidiana con il paziente.

Contemporaneamente alle tecniche di instaurazione della fluenza, si insegna al paziente una tecnica di rilassamento.

Il rilassamento

Essendo il paziente balbuziente molto ansioso, è importantissimo insegnargli una tecnica che gli permetta di acquisire il controllo dell'ansia. Oltre ad aiutarlo nella gestione delle situazioni critiche, essa permetterà poi di applicare la desensibilizzazione sistematica, che è la tecnica successiva, senza la quale non si può aiutare il soggetto ad affrontare le situazioni ansiogene. Le tecniche di rilassamento possono essere:

- il training autogeno di Schulz;
- il rilassamento progressivo di Jacobson;
- il rilassamento preipnotico.

La desensibilizzazione sistematica

Per eliminare ansie e paure specifiche che, di solito, accompagnano il disturbo, si usa la tecnica della desensibilizzazione sistematica, dapprima in immaginazione e poi in vivo. I recenti studi effettuati sul cervello hanno dimostrato che l'emisfero destro non distingue la realtà dalla fantasia e che, quindi, anche al solo pensiero di affrontare una situazione temuta, si innesca il meccanismo dell'ansia. Inoltre, è stato dimostrato che la persona che teme una certa situazione tende a evitarla, mantenendo in tal modo la paura e la fobia. Il comportamento di evitamento è cruciale nel mantenimento della fobia. Si arriva anche a evitare di pensare alla situazione temuta, perché anche il solo pensiero, come ho già spiegato, determina la risposta d'ansia. Il paziente elenca le situazioni per lui ansiogene e assieme al terapeuta costruisce una gerarchia in cui le situazioni stesse sono ordinate dalla meno alla più ansiogena. La costruzione della gerarchia è un punto molto importante della desensibilizzazione sistematica, perché una gerarchia

sbagliata può compromettere il buon esito della procedura.

Come strumenti per favorire la costruzione della stessa, possono essere usati il *termometro dell'ansia* e il *biofeedback*.

Con l'utilizzo del primo, si chiede al paziente di valutare l'ansia evocata dalla situazione secondo una scala da 0 a 10, in cui lo 0 sta a indicare assenza di ansia e il 10 il massimo dell'ansia. Sicuramente più attendibile è il *biofeedback*, in cui si riesce a monitorare con più certezza il livello d'ansia.

In seguito o parallelamente alla costruzione della gerarchia, il paziente è addestrato al training di rilassamento di Jacobson (o a un altro training). Quando il paziente ha acquisito una buona capacità di rilassarsi, gli si fa immaginare la situazione meno ansiogena della gerarchia e il paziente deve sostituire all'ansia, provata nella situazione, il rilassamento appreso, secondo il principio del controcondizionamento. Anche in questo caso, il *biofeedback* può essere utilissimo per monitorare il livello di rilassamento raggiunto in quel particolare gradino della gerarchia, per poi passare al livello successivo. La procedura viene ripetuta fino a esaurire tutte le situazioni della gerarchia. Successivamente si fa affrontare al paziente la situazione temuta nella realtà e lo si incoraggia a continuare a farlo, poiché non basta una volta sola, ma bisogna insistere fino a creare una nuova abitudine più adattiva.

Si costruiscono tante gerarchie quante sono le situazioni temute dal paziente, come ad esempio parlare al telefono, chiedere informazioni per strada, ordinare al bar o al ristorante in presenza di estranei, ecc.

Il paziente deve affrontare più volte la situazione nella realtà e, assieme a lui, si programmano delle sedute fuori dallo studio in cui lo si accompagnerà al bar. In definitiva, con questa procedura si aiuta il paziente a trasferire nelle situazioni quotidiane la fIuenza acquisita nello studio e ad affrontare - anziché evitare - le situazioni temute e, di conseguenza, le proprie responsabilità.

La terapia cognitiva

Il paziente balzubiente ha una serie di idee, convinzioni e modi di pensare che contribuiscono a mantenere il suo disturbo, il suo disagio e la sua sofferenza.

Al paziente deve essere spiegato che sentimenti, emozioni e comportamento possono essere influenzati negativamente da particolari forme di ragionamento errato che prendono il nome di *distorsioni cognitive*. È quindi necessario correggere il nostro programma mentale, il modo sbagliato di vedere il mondo, per migliorare il nostro stato d'animo.

Ellis (1993) ha dimostrato che le persone ansiose e depresse, o comunque con una bassa autostima, hanno nel loro dialogo interno le seguenti idee irrazionali che devono essere confutate e sostituite con altre più razionali e realistiche, e che si analizzano assieme al paziente.

- *Bisogna essere amati, approvati e accettati da tutti.*
- *Bisogna essere sempre all'altezza delle situazioni per considerarsi degni di valore. Non si può sbagliare.*

- *Il passato e il carattere sono come un marchio indelebile.*
- *Chi fa soffrire gli altri sarà punito.*

Oltre a queste idee irrazionali, attraverso l'educazione e la cultura di appartenenza vengono assorbiti anche altre idee e modi di pensare errati che, come ho già detto, vengono definiti *distorsioni cognitive* e causano difficoltà, ansia e depressione.

Assieme al paziente queste distorsioni cognitive devono essere comprese e sostituite con modi più idonei di pensare. A questo scopo il terapeuta fornisce al balbuziente la scheda ABC.

Dopo aver discusso con il paziente sulle distorsioni cognitive, si fornisce lo schema per la riflessione sui pensieri negativi, le distorsioni cognitive e i pensieri positivi.

Una volta individuati i pensieri negativi e le distorsioni cognitive sottostanti, è importante imparare a metterli in discussione.

La prima interpretazione che di solito viene data di un evento potrebbe non essere quella corretta. Purtroppo spesso non siamo flessibili e non solo pensiamo che la prima interpretazione sia quella giusta, ma spesso non pensiamo nemmeno che potrebbero essercene delle altre. Questo accade perché siamo stati educati non alla flessibilità, ma alla rigidità di pensiero. Una volta appreso, questo modo rigido di pensare diventa difficile da sradicare. Purtroppo, però la prima interpretazione di un evento è spesso la più errata. Perciò è necessario imparare a sospendere il giudizio finché non si saranno ottenute maggiori informazioni e, di conseguenza, la situazione verrà percepita in modo più obiettivo. Assieme al paziente si concorda di affrontare a questo punto un altro importante passo del trattamento: il *training assertivo*.

Il training assertivo

Si spiega al paziente che per *comportamento assertivo* o *assertività* si intende non l'ostinato atteggiamento di chi vuole ottenere a tutti i costi ciò che vuole, ma la decisa volontà di far valere i propri diritti, esprimere le proprie opinioni, sentimenti e desideri quando lo si ritenga opportuno, in modo chiaro, sincero, diretto, appropriato e rispettoso senza violare i diritti del proprio interlocutore. Il comportamento assertivo si basa sul rispetto di sé e dell'altro, sulla considerazione dei propri bisogni e sulla possibilità di negoziare in caso di conflitto.

Nei rapporti interpersonali, invece, il balbuziente oscilla tra due atteggiamenti opposti: la *passività* o *compiacenza* e *l'aggressività*.

Partendo dal presupposto che nemmeno i fratelli la pensano allo stesso modo, pur avendo la stessa famiglia, è inevitabile che in qualsiasi rapporto prima o poi sorgano delle divergenze e si renda quindi necessario esprimere il proprio punto di vista. La persona *passiva* non esprime le sue opinioni e i suoi bisogni e non difende i suoi diritti perché ha paura di incrinare il rapporto con l'altro, di sembrare cattiva o egoista o di far soffrire l'altro. Può anche arrivare a esprimere le sue critiche, ma lo fa in modo poco chiaro e incisivo per cui difficilmente viene presa in considerazione. In questo modo, fornisce agli altri

l'opportunità di approfittarsi di lei. La sua eccessiva compiacenza la porta a subire troppo, fino a che, non potendone più, può interrompere bruscamente la sua relazione interpersonale oppure può esplodere diventando aggressiva.

È *aggressiva*, invece, la persona che esprime i suoi diritti, bisogni e critiche in modo inappropriato, attaccando, opprimendo, colpevolizzando o umiliando l'interlocutore. Il comportamento aggressivo può essere una reazione all'eccessiva compiacenza oppure un tentativo di dominare l'altro. In tutti i casi, la persona aggressiva rovina irrimediabilmente i suoi rapporti e si sente spesso in colpa per quello che ha detto o fatto durante il suo scoppio d'ira. Si parla di «sindrome del pendolo» quando una persona passa da una di queste modalità comportamentali all'altra. La persona può essere prevalentemente passiva o prevalentemente aggressiva, oppure può essere aggressiva con alcune persone e compiacente con altre.

Per diventare assertivi, è importante saper distinguere tra quelli che sono i diritti degli altri e i loro desideri o aspettative: non è giusto ledere i diritti degli altri, ma non è neanche giusto andare contro se stessi per soddisfare i desideri altrui.

Oltre a fare degli esempi generici o tratti dalla vita del paziente, è spesso importante fare il *role-playing* delle situazioni più frequenti nella sua vita per fargli identificare gli errori nella comunicazione non verbale e verbale per poi strutturare attivamente il cambiamento, insegnando le abilità assertive.

Dopo aver discusso su queste premesse con giochi di ruolo e situazioni frequenti nella vita del paziente che gli creano ansia e disagio, si individuano le modalità comportamentali errate e le convinzioni irrazionali che le sostengono. Si presentano poi al paziente e si esaminano con lui le abilità assertive, che sono:

- come esprimere gli elogi;
- come riceverli;
- come esprimere i propri desideri;
- come disarmare la collera;
- come proteggersi dall'aggressività e dalla prepotenza altrui;
- come fare una critica;
- come ricevere una critica.

Il trattamento dei tic

Esistono vari disturbi del sistema muscolo-scheletrico che si manifestano attraverso risposte motorie disfunzionali come i tic. Generalmente non si trova un riscontro organico a questi disturbi. Il tic è spesso invalidante per il paziente al punto che influisce sulle attività quotidiane. È inoltre molto imbarazzante e, spesso, il paziente arriva a limitare i suoi contatti sociali.

Secondo Azrin e Nunn (1973), il tic è mantenuto anche dal rinforzo sociale

costituito dall'attenzione da parte degli altri.

Il trattamento parte dal presupposto che il tic è un'abitudine appresa che ha raggiunto la sua massima intensità nell'abitudine. È possibile perciò estinguere l'abitudine, costruendone un'altra negativa o incompatibile con il tic, e lo si può fare attraverso la tecnica chiamata *pratica massiva o negativa* (Hersen e Eisler, 1973), che consiste nella ripetizione dei tic nel modo più accurato possibile, senza pause, durante un periodo stabilito. I movimenti che costituiscono il tic all'inizio sono usati volontariamente per riuscire a superare lo spasmo tonico o clonico della balbuzie. Essi successivamente finiscono per diventare obbligati e involontari, assumendo la configurazione del tic. Inoltre, questi movimenti hanno lo scopo di deviare l'attenzione dalla parola, con conseguente riduzione della tensione. La procedura è la seguente:

- si pone il paziente davanti allo specchio con il compito di ripetere il tic, il più accuratamente possibile, per 5 minuti;
- si passa poi alla ripetizione del tic per 10 minuti;
- si procede alla ripetizione accurata del tic senza pause per 15 minuti;
- progressivamente, si aumentano i tempi fino al massimo di 45 minuti.

Questa procedura dovrà poi essere ripetuta con gli eventuali altri tic del paziente. In questo modo verrà eliminato un tic alla volta.

Il presupposto di questa efficace tecnica è che con la ripetizione estenuante del tic si otterranno due grandi vantaggi:

- si instaurerà l'abitudine negativa di non produrre il tic, incompatibile con quella positiva di produrlo;
- il tic cesserà di essere rinforzato perché essendo l'ansia del paziente intermittente, non sarà accompagnata da una risoluzione della pulsione e dagli effetti secondari.

Verrà così interrotto il meccanismo che mantiene tutto il processo.

È opportuno, comunque, spiegare al paziente l'intero procedimento e l'utilità di questa tecnica, dicendogli che, sapendo in partenza la parola su cui si balbutterà, si diventa tesi e l'aumento di tensione favorisce la balbuzie. Il movimento che la persona fa in quel momento e che le permette di superare la situazione critica riduce la tensione e distrae momentaneamente la persona facendole dire la parola "critica". Questo processo favorirà il mantenimento del tic nel tempo rendendolo automatico.

La procedura della pratica massiva permette di eliminare tutte le conseguenze positive del tic, e inoltre, producendo fastidio, noia, tensione e a volte anche dolore, creerà un'abitudine a non produrlo più.

Un'altra tecnica per eliminare il tic è quella di Azrin e Nunn (1973) basata sul *controcondizionamento*. In questa procedura, il pattern di comportamento disadattivo viene sostituito da un atto motorio con esso incompatibile. Lo scopo principale di questa strategia è incrementare una risposta fisicamente competitiva

che interferisce con quella acquisita mediante il tic e, parallelamente, rinforzare i gruppi di muscoli antagonisti atrofizzati per il disuso. Inoltre, il paziente acquisisce la consapevolezza dei comportamenti motori disadattivi che sono diventati automatici.

La tecnica comprende:

- a. una procedura di *descrizione della risposta* in cui il paziente descrive dettagliatamente i movimenti che costituiscono il tic, guardandosi allo specchio;
- b. una procedura di *identificazione della risposta* in cui al paziente viene insegnato a identificare e controllare ogni parte del movimento disadattivo;
- c. una procedura di *allarme* in cui il paziente identifica il movimento iniziale della catena motoria;
- d. una *pratica della risposta competitiva* nella quale si insegna al paziente a tendere per breve tempo i muscoli incompatibili con quelli del tic, impedendone la manifestazione stessa.

Le risposte motorie competitive e incompatibili con il tic devono essere poco appariscenti, in modo da non interferire con la vita normale del paziente, e devono essere ripetute per circa 3 minuti ogni volta che si manifesta lo stimolo iniziale del tic. In questo trattamento vengono coinvolti anche i familiari del soggetto in modo da rinforzare la nuova abitudine appresa.

Bibliografia

- Alberti R.E. & Emmons M.L. (1994), *Your perfect right: a guide to assertive behavior* (2^a ed.). San Luis Obispo, Impact Press.
- Attili G. & Ricci Bitti P. (1973), *Comunicare senza parole*, Roma, Armando.
- Azrin N.H. & Holz W. (1966), Punishment. In Honig W.N. (a cura di) *Operant behavior: Areas of research and application*. New York, Appleton-Century-Crofts.
- Azrin U.E. & Nunn R. (1973), *Habit reversal: A method of eliminating nervous habit sand tics*. Behavior Research and Therapy, 11, pp. 619-628.
- Azrin U.E. & Nunn R. (1974), *A rapid method of eliminating stuttering by a regulated breathing approach*. Behavior Research and Therapy, 12, 279-286.
- Bandura A (1996), *Il senso di autoefficacia*, Trento, Erickson.
- Bandura A (2000), *Autoefficacia: teoria e applicazioni*, Trento, Erickson.
- Beck A.T. (1967), *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, Harper & Row.
- Beck A.T. (1988), *Principi di terapia cognitiva. Un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi*. Roma, Astrolabio.
- Beck A.T. (1990), *L'amore non basta. Come risolvere i problemi del rapporto di coppia con la terapia cognitiva*. Roma, Astrolabio.
- Camaioni L. (1975), *Sviluppo del linguaggio ed interazione sociale*, Bologna, Il Mulino.

- Cohen M., Lezine T., Kocher K, Brauner A, Lentin L., Tabouret, Keller A. & Francescato G. (1970), *Il linguaggio del bambino*, Firenze, La Nuova Italia.
- Cooper E. B. (1976), *Personalized fluency control therapy: an integrated behavior and relationship therapy for structurers*. Austin, TX, Learning Concepts.
- Costello J. (1975), *The establishment of fluency with time-out procedure: three case studies*. J. Speech Hear. Disord., 40, 216.
- D'Ambrosio M. (2005), *Balbuzie – Percorsi teorici e clinici integrati*. Milano, Mc Graw Hill.
- De Silvestri C. (1981), *I fondamenti teorici e clinici della terapia razionale emotiva*. Roma, Astrolabio.
- De Silvestri C. (1999), *Il mestiere dello psicoterapeuta*. Roma, Astrolabio.
- Dinville C. (1982), *La balbuzie*, Milano, Masson.
- Ellis A (1993), *L'autoterapia razionale emotiva. Come pensare in modo psicologicamente efficace*, Trento, Erickson.
- Ellis A (1994), *Reason and emotion in psychotherapy* (revised and updated). New York: Carol Publishing.
- Ellis A, Harper R. (1968), *A new guide to rational living*, New York, Prentice Hall.
- Goldiamond L (1965), *Stuttering and fluency as manipulable operant responses classes*. In Krasner and Ullman (a cura di), *Research in behavior modification*, New York, Holt Inc.
- Goleman D. (1996), *Intelligenza emotiva*, Milano, Rizzoli.
- Hanna R, Owen B. (1977), *Facilitating transfer and maintenance of fluency in stuttering*, Jour. Speech Hear. Dis., 42, 65-76.
- Jacobson E. (1938), *Progressive relaxation*. Chicago, University of Chicago Press Jacobson E. (1977), *Tecniche di terapia del comportamento*. Milano, Franco Angeli.
- Johnson W. (1938), *The role of evaluation in stuttering behavior*, J. Speech Dis., 3, p. 85.
- Johnson W. (1955), *The descriptive principle and the principle of static analysis*. In Johnson W., Leutenegger R (a cura di), *Stuttering in children and adults*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Lazarus A (1976), *Multi-modal behavior therapy*. New York, Springer.
- Lazarus A & Abramovitz A (1962), *The use of emotive imagery in the treatment of children's phobias*. Journal of Mental Science, 108, pp. 191-195.
- Lurija AR (1971), *Linguaggio e comportamento*, Roma, Editori Riuniti.
- Lurija AR (1975), *Problemi fondamentali di neurolinguistica*, Roma, Armando.
- Maslow A (1971), *Verso una psicologia dell'essere*, Roma, Astrolabio..
- Maslow A (1996), *Motivazione e personalità*, Roma, Armando.

- Master W.H. e Johnson V.E. (1986), *Il sesso e i rapporti amorosi*, Milano.
- Piaget J. (1955), *Il linguaggio e il pensiero del fanciullo*, Ed. Universitario.
- Piaget J. (1968), *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo*, Firenze, Giunti Barbera.
- Ricci Bitti P. E., Cortesi S. (1977), *Comportamento non verbale e comunicazione*, Bologna, Il Mulino.
- Shames G. H., Egolf D. (1976), *Operant conditioning and management of stuttering*, New York, Prentice Hall Inc.
- Sheehan J.G. (1951), *The modification of stuttering through nonreinforcement*. Jour. Abn. Soc. Psych., 46, 51-63.
- Sheehan J. (1958), *Conflict theory of stuttering*. In Eisenson J. (a cura di), *Stuttering: a symposium*, New York, Harper and Brothers.
- Skinner B. F. (1976), *Il comportamento verbale*, Roma, Armando.
- Steiner C., Perry P. (1999), *L'alfabeto delle emozioni*, Milano, Sperling & Kupfer.
- Strocchi M. C. (2003), *Balbuie: il trattamento cognitivo comportamentale*. Trento, Erickson
- Stromsta C. (1959), *Experimental blockage of phoniation by distorted sidetone*, Journal of Speech and Hearing Research, 2, 286-301
- Van Riper C. (1953), *Speech therapy*, New York, Prentice Hall.
- Van Riper C. (1954), *Speech correction principles and method*, 3° ed., New Jersey, Prentice Hall.
- Van Riper C. (1963), *Speech correction: principles and methods*. New York, Prentice Hall.
- Vygotskij L. S. (1969), *Pensiero e linguaggio*, Firenze, Giunti.
- Walen S. & Hauserman N.M., Lavin P. (1977), *Clinical guide to behavior therapy*. Baltimore, Williams & Wilkinss.
- Wolpe J. (1958), *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, Calif., Stanford University Press.
- Wolpe J. (1971), *Identifying the anxiety antecedents of a psychosomatic reaction: A transcript*. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2, pp. 45-50.
- Wolpe J. (1972), *Tecniche di terapia del comportamento*, Milano, Franco Angeli. Wolpe J., Lagn P.J. (1964), *A fear survey schedule for use in behavior therapy*. Behavior Research and Therapy, 2, pp. 27-30.
- Yates A. J. (1970), *Behavior therapy*. New York, J. Wiley & Sons Inc.

Dott. Andrea Novelli

Studio di Psicologia e Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Rimini

Specializzato SPC Ancona, Training C. Conti, R. Mosticoni, C. Perdighe

e-mail: novandrea@yahoo.it