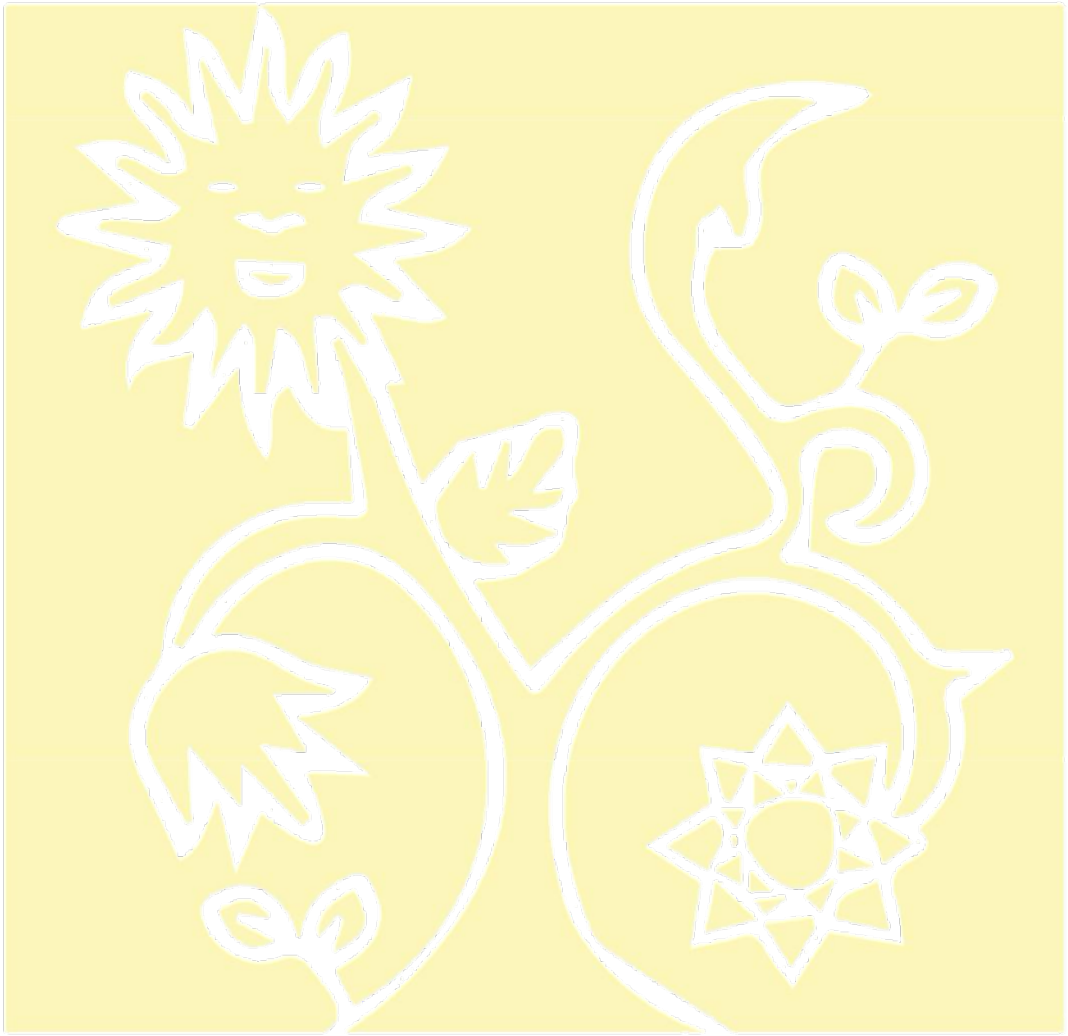
psicoterapeuti
in-formazione

Semestrale degli specializzandi delle Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale APC-SPC-AIPC-IGB-SICC



NUMERO 25 | NUMERO MONOGRAFICO ETÀ EVOLUTIVA

ISSN 2035-2328 | GIUGNO 2020

# psicoterapeuti in-formazione

Semestrale degli specializzandi delle Scuole di Specializzazione in
Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale APC-SPC-AIPC-IGB-SICC

## Numero 25 - Numero Monografico Età Evolutiva

giugno 2020

a cura di
Giuseppe Romano e Priscilla Rosini

Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva

Associazione di Psicologia Cognitiva · Scuola di Psicoterapia Cognitiva · Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva · IGB Scuola di Psicoterapia Cognitiva · Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico

psicoterapeuti in-formazione

Semestrale a cura degli studenti della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva e dell'Associazione di Psicologia Cognitiva

**Numero Speciale - Età Evolutiva** **ISSN 2035-2328**
**Giugno 2020**

| | | |
|---|---|---|
| Giuseppe Romano, Priscilla Rosini | *Editoriale* | pp. 4 - 9 |
| **TESINE** | | |
| Elena Cirimbilla | *L'alleanza terapeutica in età evolutiva: un percorso tra creatività e collaborazione* | pp. 10 - 26 |
| Laura Bianchi | *Mutismo selettivo: eziologia, assessment e trattamento* | pp. 27 - 48 |
| Milena Coletti, Grazia Tiziana Vitale, Maria Grazia Foschino Barbaro | *Condividere sofferenze e significati. Un'esperienza di psicoterapia di gruppo rivolta ad adolescenti con storie di sviluppo traumatico* | pp. 49 - 66 |
| Paola Rossi | *Il minore autore di reato sessuale: quale trattamento in assenza di tratti antisociali?* | pp. 67 - 91 |
| Margherita Signorini | *S.O.S. Emozioni: protocollo sperimentale gestione Classi Difficili (Scuola Primaria),* | pp. 92 - 121 |
| Marcella Giacon, Arianna Polato, Sara Bernardelli | *Il contributo della Terapia Razionale Emotiva Comportamentale (REBT) alla lotta contro il bullismo* | pp. 122 - 129 |
| **CASI CLINICI** | | |
| Caterina Villirillo | *Dario: da vittima del mostro dell'ansia a supereroe* | pp. 130 - 144 |
| Elena Cucchiari | *Camila: quando l'ansia ti chiude in casa* | pp. 145 - 154 |
| Sara Gendrini | *Giulio: quando il giudizio altrui sfocia in un disturbo depressivo maggiore* | pp. 155 - 167 |

| | | |
|---|---|---|
| Francesca Bianconi | *Marco: quando fobia sociale e famiglia ostacolano l'adolescenza* | pp. 168 - 178 |
| Elena Cirimbilla | *Il ragazzo che non voleva dormire da solo: il caso di A.* | pp. 179 - 190 |
| Simona Rossi | *Beatrice: il disturbo oppositivo provocatorio in un contesto complesso* | pp. 191 - 201 |
| Arianna Polato | *Il cado di Rebecca: una ragazzina con la corazza di una tartaruga* | pp. 202 - 212 |

# Editoriale

Giuseppe Romano[1] e Priscilla Rosini[1]
[1]Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Roma

L'età evolutiva è un periodo che, per convenzione, viene identificato in una fascia di età compresa fra i 3 anni e i 18 anni. In questo lungo arco di tempo, probabilmente, avvengono la maggior parte dei cambiamenti importanti e delle prove che l'individuo affronta nel corso della propria esistenza, dalle prime separazioni con le figure genitoriali, all'acquisizione di nozioni, regole e insegnamenti, all'ingresso nel mondo sociale, allo sviluppo di una propria identità e autonomia, alla scoperta della propria e altrui sessualità, solo per citarne alcune.
Negli ultimi decenni, l'interesse per l'età evolutiva e, in particolare lo studio degli aspetti problematici e l'insorgere di psicopatologia, ha portato a un incremento di nuove teorie esplicative sui disturbi e al fiorire di diversi approcci e protocolli che non sono stati più soltanto semplici adattamenti dei trattamenti dell'adulto. La psicopatologia di un soggetto in età evolutiva, infatti, necessita di riflessioni e attenzioni specifiche.

Ad esempio, spesso è difficile definire ciò che è normale e ciò che patologico, se il periodo temporale di riferimento può cambiare molto velocemente o ancora può essere complesso identificare criteri "stretti" per giungere a una diagnosi, quando l'espressione dei sintomi avviene con condotte simili e poco differenziabili. Inoltre, la presenza di pochi strumenti destinati a svolgere una valutazione, a differenza della fascia di età adulta, rende complesso anche un percorso di individuazione della sofferenza psicologica.
A tutto ciò si aggiunge il contributo delle agenzie educative, prima fra tutte la famiglia, che se da una parte diventano il principale canale di individuazione e segnalazione delle problematiche di un soggetto in età evolutiva, dall'altra sono poco pronte ad affrontare cambiamenti e nuove forme di condotte problematiche. Spesso, infatti, soprattutto in ambito familiare si strutturano modalità di gestione che contribuiscono a mantenere o a esacerbare le stesse condotte sintomatiche.
E' pregevole, pertanto, cimentarsi con la presa in carico di un bambino o di un adolescente, poiché l'intervento psicoterapeutico, in questa fascia d'età, pone non poche sfide allo psicoterapeuta.

La difficoltà a stabilire una relazione terapeutica, soprattutto quando il bambino o l'adolescente non ritengono di aver bisogno di un aiuto, la "fatica" nel ricostruire la storia della sofferenza e spesso a rintracciare i fattori di scompenso, i fattori di mantenimento del problema che si sovrappongono con esperienze di vita che contribuiscono a generare vulnerabilità psicologica, la

Giuseppe Romano e Priscilla Rosini, Editoriale, *Numero 25 – Numero Monografico Età Evolutiva, 2020, pp. 4-9.*
Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193
pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.itt

presa in carico, il più delle volte e con obiettivi differenti, dell'intero nucleo familiare, sono solo alcuni fra gli elementi di questa complessità.

Il presente numero della rivista è interamente dedicato all'età evolutiva, sia negli approfondimenti teorici che nella presentazione dei casi clinici e offre importanti spunti di riflessione e suggerimenti preziosi da poter applicare alla propria pratica clinica. Persegue due obiettivi differenti, il primo è condividere con gli specializzandi alcuni esempi di casi clinici di bambini e adolescenti trattati con modelli psicoterapeutici diversi. Il secondo contribuire ad aumentare la curiosità e stimolare l'interesse verso l'intervento in questa fascia di età.

Il primo contributo è di Elena Cirimbilla, che descrive e sottolinea il rilievo dato all'alleanza terapeutica in età evolutiva, primo passo perché si possano creare le basi per un percorso di psicoterapia con un bambino o un adolescente. Ma cosa la rende diversa dall'alleanza terapeutica nella psicoterapia per l'adulto e, soprattutto, come si costruisce una buona alleanza in età evolutiva? L'autrice sottolinea quanto questa prassi per il coinvolgimento del bambino nel processo terapeutico, che si delinea in un percorso di creatività e collaborazione tra terapeuta e bambino. Il lavoro si apre con una panoramica sul concetto di alleanza terapeutica, dalle sue origini psicodinamiche alla definizione di Bordin. Segue la descrizione del concetto di alleanza terapeutica nella psicoterapia per l'adulto: la Terapia Cognitivo-Comportamentale, attraverso l'empirismo collaborativo, conferisce importanza al lavoro di squadra e alla partecipazione attiva del paziente, sia nella comprensione dei fondamenti della terapia che nella condivisione degli obiettivi terapeutici e della formulazione del caso. Quest'ultima fase risulta molto importante nella costruzione dell'alleanza, poiché è qui che il terapeuta mostra di aver compreso e di essere nella testa del paziente e il paziente vede nel terapeuta un valido aiuto per risolvere la sua sofferenza. L'autrice prosegue quindi il suo lavoro estendendo le caratteristiche che rendono valida l'alleanza terapeutica nell'adulto all'età evolutiva: anche nel caso dei bambini o degli adolescenti la relazione terapeutica è fondamentale per la riuscita della terapia e anch'essa si basa sui principi che la rendono valida nell'adulto, primo fra tutti la condivisione della formulazione del caso. Viene, quindi, fornita una descrizione dettagliata di quali sono gli ingredienti di una buona alleanza terapeutica tra bambino e terapeuta con l'accento posto sulla condivisione del funzionamento del problema con il bambino stesso: anche in questo caso il bambino acquisisce la giusta fiducia per potersi affidare al proprio terapeuta e lavorare con lui per risolvere la sua sofferenza. Il lavoro si conclude con un esempio prezioso di attività pratica per favorire l'alleanza col bambino e che utilizza la tecnica degli ABC adattandola al mondo dell'età evolutiva.

Segue il lavoro di Laura Bianchi sul Mutismo Selettivo, disturbo considerato fino a pochi anni fa una forma di oppositività del bambino e ora inserito tra i Disturbi d'Ansia nel DSM 5. L'autrice, a partire dalla descrizione dei diversi sistemi di classificazione che si sono succeduti negli anni, illustra le caratteristiche di incidenza e comorbilità del disturbo e fornisce un quadro del modello eziopatogenetico del mutismo selettivo descritto in letteratura. Giunge quindi a fornirci una spiegazione del disturbo in chiave cognitivista, in termini di credenze su di sé, sugli altri e sul mondo che si strutturano per influenza reciproca di fattori genetici, ambientali, temperamentali e neuropsicologici. Con queste premesse, Laura Bianchi approfondisce in modo dettagliato le caratteristiche del disturbo: dal profilo interno, alla valutazione fino alle linee di intervento. L'autrice sottolinea come il disturbo può essere considerato, e quindi trattato, come una forma estrema di fobia sociale: con tale diagnosi, infatti, condivide la credenza sulla propria difettosità, il timore del giudizio dell'altro, l'ansia delle interazioni sociali, il vissuto di vergogna e metavergogna che però, nel mutismo selettivo, non causano una risposta di fuga (o evitamento,

come nella fobia sociale) ma un freezing del bambino e quindi a una reazione mutacica. Segue la descrizione dell'assessment del disturbo, con l'indicazione dei principali strumenti di valutazione e una nota importante sulle difficoltà che si possono incontrare nell'assessment con i bambini che presentano mutismo selettivo, di cui è fondamentale indagare i fattori di mantenimento. Nell'ultima parte, l'autrice propone un preciso protocollo di intervento cognitivo-comportamentale pensato principalmente per bambini della scuola primaria, suddiviso in quattro fasi consecutive, tutte accompagnate da un lavoro parallelo sui fattori di mantenimento che coinvolge genitori e insegnanti: la costruzione dell'alleanza terapeutica con la famiglia e il bambino; la costruzione del modello di funzionamento e la comprensione del ruolo del mutismo e dei pensieri disfunzionali; la costruzione della motivazione e la ristrutturazione cognitiva, con graduale esposizione alle situazioni temute; l'aumento della consapevolezza corporea delle emozioni e l'apprendimento delle social skills.

La rivista prosegue con il prezioso intervento di Milena Coletti, Grazia Tiziana Vitale e Maria Grazia Foschino Barbaro che descrivono un'esperienza di psicoterapia di gruppo rivolta ad adolescenti con storie di sviluppo traumatico. Il contributo si apre sul concetto di trauma complesso e di C-PTSD (Disturbo da Stress Post Traumatico - Complesso), di cui vengono dettagliatamente descritti tutti i domini in cui si osserva una compromissione connessa al quadro psicopatologico, dalla tipologia di attaccamento alla regolazione neurobiologica, dalla dissociazione al concetto di sé. Data la complessità del disturbo e la gravità dei sintomi, che richiedono un intervento diverso dal PTSD semplice, visto lo scarso numero di approcci *evidenced based* presenti in letteratura per l'intervento sui traumi complessi, e a fronte dell'elevato numero di pazienti adolescenti che presentano tale disturbo, le autrici e la loro equipe hanno implementato un intervento di presa in carico che rispondesse alla richiesta di cura del caso specifico e ponesse rimedio alle lunghe liste d'attesa del SSN. Data l'età dei pazienti, le autrici scelgono una psicoterapia di gruppo e integrano l'approccio TF-CBT con l'ITCT-A. L'intervento, dettagliatamente raccontato nelle sue fasi, si pone l'obiettivo di legittimare la sofferenza, di inserire i vissuti dei pazienti in una cornice di significato e di promuovere l'acquisizione di competenze di autoregolazione. Nel loro contributo, le autrici mostrano infine i risultati del protocollo, che vede una riduzione delle strategie di evitamento, un incremento delle competenze di riflessione sui propri vissuti e la modifica dei pensieri disfunzionali.

Nel lavoro successivo, Paola Rossi affronta il tema del minore che si rende autore di un reato sessuale, domandandosi quale sia il trattamento previsto in caso di assenza di tratti antisociali. Il suo contributo si apre con una rassegna sullo stato dell'arte della ricerca, ancora scarsa ed eterogenea e concentrata per lo più sul rintracciare le cause dell'atto e sulla prevenzione di eventuali recidive. L'autrice riporta quindi un profilo dell'adolescente *sex offender*, delineandone dapprima i fattori di rischio e poi offrendo una panoramica sulle principali classificazioni in uso nella ricerca e nella pratica clinica, che si concentrano o su caratteristiche oggettive del reato e dell'adolescente, come l'età, o su tratti di personalità. Vengono quindi riportati i numeri che descrivono il fenomeno in Italia, dai quali emerge una scarsa preoccupazione per il supporto psicologico rivolto a questi giovani. A partire da queste premesse e dalle ricerche attualmente presenti sul fenomeno, l'autrice cerca di superare l'attenzione rivolta alle sole caratteristiche del reato e alla prevenzione della reiterazione e offre una possibilità di intervento cognitivo-comportamentale. Dall'analisi della letteratura sull'applicazione della CBT nei giovani *sex offender*, l'autrice evidenzia come emergono caratteristiche peculiari di questo gruppo di pazienti e a partire da una revisione critica di quanto proposto finora nella ricerca, riporta il caso di un giovane *sex offender* con tratti di personalità evitante e dipendente.

Segue il contributo di Margherita Signorini, che descrive e riporta i risultati di un progetto rivolto alla Scuola Primaria dal titolo "S.O.S. Emozioni". Il protocollo, che ha coinvolto in primis gli insegnanti e quindi gli alunni, come destinatari ultimi, nasce dall'osservazione del ruolo fondamentale riconosciuto al dominio emotivo nello sviluppo del bambino. Il lavoro si apre con la descrizione del ruolo delle emozioni e con la presentazione delle componenti che concorrono allo sviluppo della regolazione emotiva in età evolutiva, a cui segue la descrizione di come avviene tale regolazione all'interno del contesto scolastico. Si evidenzia quindi il ruolo sia dell'autoregolazione emotiva, strettamente connessa con e facilitante il processo di apprendimento, sia del docente quale adulto di riferimento e risorsa per il benessere psicologico. Il lavoro prosegue quindi con la presentazione dei principali strumenti per misurare la disregolazione emotiva, fallimento della regolazione, e con la descrizione del protocollo sperimentale applicato nella scuola. Il protocollo si muove dall'ipotesi che l'aumento della consapevolezza nei docenti dei fenomeni di disregolazione emotiva e la promozione di *skills* funzionali al loro contenimento aumenti il benessere psicologico nelle classi diminuendo l'incidenza della disregolazione stessa. Tale ipotesi viene verificata con lo studio qui presentato, che conta un campione di 159 studenti e 16 docenti suddivisi tra gruppo sperimentale e di controllo e che vede l'applicazione di un modello suddiviso in tre unità: la disregolazione emotiva, gli strumenti e le tecniche per la regolazione emotiva e la pratica della Mindfulness.

Conclude la sezione dedicata agli approfondimenti teorici il lavoro di Marcella Giacon, Arianna Polato e Sara Bernardelli, che propongono un riassunto di un lavoro molto più ampio che seguirà dedicato al contributo della REBT alla lotta contro il bullismo. L'articolo si apre con una descrizione del fenomeno del bullismo e del cyberbullismo, della loro natura distruttiva e degli effetti sull'autoefficacia e sul valore personale delle vittime. Viene quindi presentata dalle autrici la Terapia Razionale Emotiva Comportamentale, sia nei fondamenti teorici sia nelle principali strategie di intervento, come la messa in discussione dei pensieri disfunzionali e l'accettazione di sé, degli altri e del mondo, che se applicate al fenomeno del bullismo risultano un valido aiuto fornito alla vittima.

Segue la ricca sezione dedicata ai casi clinici.

Il primo caso, di Caterina Villirillo, tratta di un ragazzo di 15 anni che si presenta con un'iniziale diagnosi di DSA e la prescrizione di un trattamento finalizzato all'acquisizione di un metodo di studio. Emergerà fin da subito nel ragazzo la presenza in comorbilità di un Disturbo d'Ansia non specificato strettamente connesso ad una bassa autostima e a credenze incentrate sullo scarso valore personale e sulla convinzione di essere "stupido e inadeguato". Il lavoro psicoterapeutico di Caterina Villirillo si basa quindi sulla ristrutturazione cognitiva di tali credenze e si muove dall'ipotesi che la riduzione dei sintomi ansiosi produrrà effetti positivi anche sul rendimento scolastico. Il contributo dell'autrice risulta prezioso soprattutto per la proposta di un trattamento in chiave sia CBT che ACT, incentrato sui valori e messo in pratica con la costruzione di un "supereroe" che si impegni in azioni in linea con essi.

Segue il lavoro di Elena Cucchiari, che descrive il caso di una ragazza di 17 anni con un'importante Fobia Sociale in comorbilità con un Disturbo Esplosivo Intermittente che hanno portato la paziente all'isolamento e al ritiro completo dalla vita sociale. Il caso, il cui trattamento è incentrato sulla gestione dell'ansia, l'acquisizione di abilità sociali e la modificazione della percezione di inadeguatezza, risulta particolarmente interessante per le difficoltà che la

psicoterapeuta ha dovuto affrontare e risolvere nella costruzione dell'alleanza terapeutica e nel rapporto con la scuola e il medico. Si osserverà come la riparazione efficace dell'alleanza terapeutica da parte della psicoterapeuta porterà ad un graduale miglioramento anche dell'autoreclusione della ragazza.

Anche il caso di Sara Gendrini presenta il trattamento di un ragazzo di 17 anni che vive chiuso nella propria casa da due anni. Il ragazzo soffre di un Disturbo Depressivo Maggiore fortemente connesso al giudizio degli altri, vissuto con estrema ansia e il timore di essere giudicato male, a conferma della sua autoimmagine fallimentare. Anche in questo caso, risulta determinante per la riuscita del trattamento la creazione di una buona relazione terapeutica, a cui l'autrice del caso ha dedicato molte sedute iniziali e che ha consentito di creare un'esperienza interpersonale correttiva che ha favorito nel ragazzo la conoscenza di sé e quindi la condivisione del suo funzionamento, da cui Sara Gendrini è partita per affrontare la sintomatologia presentata.

Il lavoro di Francesca Bianconi tratta il caso di un adolescente di 14 anni con Fobia Sociale, che mette in atto evitamenti, presenta un'importante iperfocalizzazione sui propri stati interni e una forte metavergogna. Il caso risulta interessante non solo perché si può osservare una descrizione del profilo interno secondo il modello di Clark e Wells e l'applicazione, nel trattamento psicoterapico, di tutti gli step del trattamento di Wells, ma anche per il ruolo determinante svolto dalla famiglia del ragazzo e dai cicli interpersonali presenti tra loro. Molti comportamenti dei familiari, infatti, non solo contribuiscono a mantenere il disturbo e sono alla base della vulnerabilità sia storica che attuale del ragazzo, ma rappresentano uno degli ostacoli maggiori incontrati nel corso della psicoterapia, che ha però visto un esito molto positivo nel ragazzo, nonostante l'interruzione del percorso di terapia, voluta dai genitori.

Segue il caso presentato da Elena Cirimbilla di un giovane preadolescente con diagnosi di Disturbo d'Ansia da Separazione e paura di dormire da solo. Anche in questo caso, grande rilevanza è assunta dalla famiglia e dal suo ruolo nel mantenimento del disturbo. Si osserva, infatti, un modello familiare di tipo *parental child* che si rende evidente grazie ad un'esposizione non riuscita, che rappresenta il punto di svolta nel percorso di terapia, in cui emerge come la madre ostacolasse gli homework del ragazzo e la possibilità di svincolarsi da lei. Il "fallimento" nell'esposizione è l'occasione per mettere in luce il confitto a cui è sottoposto il ragazzo all'interno della famiglia, che gli richiede di dormire da solo e nel frattempo mantiene la sua vicinanza.

Il caso di Simona Rossi tratta di una bambina di 6 anni con una condotta oppositiva provocatoria, all'interno di un quadro familiare di separazione dei genitori e di difficoltà, per chi si occupa della bambina, di offrirle un approccio educativo sempre coerente. Ciò che risulta particolarmente interessante nel caso, oltre alla costruzione precisa degli ABC realizzati con i disegni, all'individuazione dei fattori di mantenimento, alla descrizione e riuscita delle strategie di trattamento e alla partecipazione attiva della famiglia nel percorso, sono le difficoltà incontrate dalla psicoterapeuta in alcune fasi della terapia, inerenti principalmente le reazioni della bambina alla separazione alla fine della seduta e risolte con strategie che hanno visto man mano il miglioramento della problematica.

Conclude la sezione il lavoro di Arianna Polato, che presenta il caso di una giovane adolescente con una diagnosi di Disturbo Oppositivo-Provocatorio. Dal profilo emerge come la ragazza si sia costruita una "corazza di tartaruga" che le impedisce di mostrare agli altri ciò che prova. Sempre

nel profilo vengono descritti dettagliatamente gli stati mentali della paziente, che uniti ai comportamenti disfunzionali che mette in atto, come l'autolesionismo e l'abuso di alcol, sembrano delineare il quadro per uno sviluppo futuro di un Disturbo Borderline di Personalità.

*Giuseppe Romano, Psicologo, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Roma, e-mail: romano@apc.it*

*Priscilla Rosini, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Roma, e-mail: priscilla.rosini@gmail.com*

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

# L'alleanza terapeutica in età evolutiva: un percorso tra creatività e collaborazione

Elena Cirimbilla[1]
[1]Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Roma

***Riassunto***

Questo lavoro nasce da una personale riflessione clinica sull'importanza del coinvolgimento del bambino nell'intero processo terapeutico al fine di favorire l'alleanza con esso. La tesi si apre con una breve analisi dell'evoluzione del concetto di alleanza terapeutica, dalle origini psicoanalitiche alla definizione di Bordin, autore che pone il focus sulla collaborazione e sulla condivisione. La seconda parte è dedicata all'approfondimento del modello di empirismo collaborativo di Beck e del costrutto di alleanza nella pratica clinica. La terza sezione offre una panoramica dell'alleanza terapeutica in età evolutiva estendendo i concetti di collaborazione e condivisione alla terapia con il bambino. Il processo terapeutico in età evolutiva dovrebbe essere dinamico, attivo e condiviso e, non meno importante, adattato al livello di sviluppo del bambino. Infatti, l'adattamento dei contenuti della terapia, attraverso strategie creative e ludiche, permetterà al terapeuta di "allearsi nel suo mondo". L'elaborato si conclude con un esempio personale di attività creativa da proporre al bambino, con l'obiettivo di costruire una solida alleanza.

***Parole chiave:*** Alleanza terapeutica, Collaborazione, Età evolutiva, Attività creativa, CBT

## The therapeutic alliance in childhood: a path between creativity and collaboration

***Abstract***

This work was driven by a personal clinical thought on the importance of involving the child into the whole therapeutic process in order to foster an alliance with him. The thesis begins with a brief analysis of the evolution of the therapeutic alliance concept, from the psychoanalytic origins to the definition of Bordin, who focuses on collaboration and sharing. The second part offers an in-depth study of Beck's model of collaborative empiricism and the construct of alliance in clinical practice. The third section presents an overview of the therapeutic alliance in childhood, by extending the concepts of collaboration and sharing to the child's therapy. The therapeutic process in the developmental age should be dynamic, active and shared and, last but not least, adapted to the child's level of development. Indeed, the adjustment of the therapy contents, through creative and playful strategies, will allow the therapist to "ally himself in her/his world". The paper concludes with a personal example of a creative activity to be used with the child, aimed at building a solid alliance.

***Key words:*** Therapeutic alliance, Collaboration, Childhood, Creative activity, CBT

Elena Cirimbilla, L'alleanza terapeutica in età evolutiva: un percorso tra creatività e collaborazione, *Numero 25 – Numero Monografico Età Evolutiva, 2020, pp. 10-26.*
Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193
pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.itt

## Introduzione

L'alleanza terapeutica positiva in età evolutiva può essere definita come "una relazione contrattuale, di accettazione, rispettosa e calorosa tra un bambino-adolescente e un terapeuta tesa alla mutua esplorazione o all'accordo sui modi attraverso cui il bambino-adolescente può modificare in meglio il proprio funzionamento sociale, emotivo o comportamentale e la mutua esplorazione o l'accordo sulle procedure e i compiti che possono far raggiungere tali cambiamenti" (DiGiuseppe et al., 1996 pp. 87).

## L'evoluzione storica del concetto di "alleanza terapeutica"

*Le origini: Freud e il transfert positivo irreprensibile*

Il concetto di alleanza terapeutica trova la sua origine in ambito psicoanalitico, quando Freud rielaborò il ruolo e la funzione del transfert in psicoterapia. Egli, infatti, osservò come il paziente continuasse a collaborare nel lavoro nonostante le difese attivate durante l'analisi del materiale inconscio. Dal momento che le difese avrebbero dovuto portare all'interruzione del processo terapeutico, Freud propose, come soluzione a tale contraddizione, la presenza di un transfert positivo che legasse il paziente e il terapeuta (Horvath et al., 2011).

In "Dinamica della traslazione" del 1912, Freud operò quindi una distinzione tra la "traslazione negativa" consistente nella riattualizzazione di emozioni e impulsi ostili e la "traslazione positiva" costituita invece da sentimenti di affetto e fiducia nei confronti dell'analista. Sarebbe proprio questa dimensione affettiva nei confronti del terapeuta che permetterebbe la formazione del legame capace di preservare la relazione e il mantenimento del lavoro, nel cosiddetto "transfert positivo irreprensibile" (Grasso, 2010).

Secondo Freud il "transfert positivo irreprensibile", derivante da esperienze di cura precoce da parte degli altri significativi, consentiva e facilitava la permanenza del paziente in terapia promuovendo la collaborazione, grazie a sentimenti "coscienti e irreprensibili" propri di quella porzione di libido rivolta alla realtà (Semerari, 2000; Lingiardi, 2002).

Il transfert negativo, che interferisce con le possibilità di collaborazione del paziente, si contrappone quindi a un altro collaborativo e consapevole che sostiene invece il processo psicoanalitico ed è in grado di contrastare gli aspetti nevrotici e irrazionali del legame terapeutico.

Secondo Freud, l'Io del paziente e il terapeuta devono formare un "partito comune contro i nemici" all'interno di un patto basato sulla sincerità dell'uno e sulla comprensione dell'altro.

Sebbene sia stato formulato all'interno del più ampio e complesso fenomeno del transfert, il concetto di "transfert positivo" appare assimilabile a quello di alleanza terapeutica, essendo infatti inteso come mezzo

per sostenere il processo terapeutico in una relazione collaborativa e autentica tra analista e paziente, contrapposta agli aspetti più irrazionali e nevrotici del legame tra essi (Lingiardi, 2002; Grasso 2010).

*Gli sviluppi*

Successivamente, Sterba approfondì la posizione freudiana e sviluppò l'idea che il paziente avesse una capacità di osservazione razionale con la quale il terapeuta potesse allearsi per contrastare le forze del transfert, le difese e le resistenze del paziente stesso. Secondo l'autore, la collaborazione nel processo terapeutico è legata alla capacità del paziente di lavorare attivamente e alla sua motivazione al cambiamento. L'alleanza non è più concepita come attaccamento libidico al terapeuta (come nel transfert positivo irreprensibile di Freud) che spinge il paziente a proseguire il percorso di analisi, bensì come una collaborazione tra terapeuta e paziente. Quest'ultimo, attraverso l'identificazione con l'atteggiamento riflessivo dell'analista, riesce a osservare i propri processi mentali e collaborare attivamente al processo analitico in quella che l'autore definisce "alleanza dell'Io" (Lingiardi, 2002; Grasso, 2010).

Nel 1956 Zetzel coniò il termine "alleanza terapeutica", con cui il costrutto è noto tuttora, per riferirsi alla capacità del paziente di utilizzare il suo Sé sano per connettersi con l'analista nei compiti terapeutici. L'alleanza viene intesa come l'unione tra il terapeuta e le funzioni autonome e mature dell'Io del paziente ed è fondata sul legame positivo e sulla condivisione del processo terapeutico. Zetzel descrive quindi il processo di condivisione di alcuni elementi della realtà tra paziente e terapeuta, distinguendo gli elementi della relazione da quelli di tipo transferale (Grasso, 2010; Monticelli, 2014).

Greenson negli anni '60 riprese il concetto utilizzando la definizione di "alleanza di lavoro", espressione utile a mettere in risalto gli aspetti razionali e non nevrotici della relazione tra paziente e terapeuta. L'avvio del lavoro interpretativo sarebbe secondario all'instaurarsi di una relazione reale basata su sentimenti di fiducia e rispetto tra i due membri (Horvath & Luborsky, 1993; Grasso, 2010).

Uno dei primi perfezionamenti del concetto di alleanza fu sviluppato da Luborsky, che negli anni '70 suggerì che "l'alleanza d'aiuto" tra paziente e terapeuta si sviluppasse in due fasi, in una concezione sequenziale all'interno dei differenti momenti della terapia. La prima, nella fase iniziale della terapia, riguarda la visione del terapeuta come fonte di aiuto e capace di una relazione accogliente e supportiva che il paziente riceve in maniera passiva (tipo 1), la seconda (tipo 2), nella fase successiva, è basata sulla consapevolezza del lavoro comune tra paziente e terapeuta sulle difficoltà e sugli obiettivi. Da parte del paziente vi è un investimento e fiducia nel processo terapeutico e una consapevolezza del suo essere parte attiva di esso mentre è affiancato dal suo alleato, il terapeuta (Lingiardi, 2002; Ardito & Rabellino, 2011).

Dagli anni '70 in poi si osserva uno spostamento di accento verso la dimensione relazionale presente nella comprensione dell'individuo, a partire dall'idea che ognuno contribuisce allo svolgersi del sistema relazionale e interattivo di cui fa parte. Si delinea quindi nel tempo una concezione di rapporto clinico che

fa riferimento alla natura collaborativa della relazione tra terapeuta e paziente, dimensione essenziale per il processo terapeutico e per il suo successo. Lo scambio clinico viene concepito sempre più come un processo di interazione e costruzione comune della realtà, dove entrambi gli attori del percorso terapeutico si influenzano reciprocamente (Monticelli, 2014).

*Bordin e la concezione panteorica*

Per "alleanza terapeutica" si intende "il reciproco accordo riguardo agli Obiettivi del cambiamento e i Compiti necessari per muoversi in direzione di tali obiettivi assieme allo stabilirsi dei Legami necessari a sostenere il lavoro dei partecipanti" (Bordin, 1994 pp. 13).

Durante la proliferazione degli approcci terapeutici negli anni '60 e '70, si susseguirono una serie di estensioni del concetto di alleanza partendo dalle sue radici piscodinamiche fino ad arrivare alla definizione operata da Bordin nel 1979, considerato il primo autore a proporre il concetto di "*working alliance*" in una visione panteorica. L'alleanza terapeutica, secondo Bordin, è un costrutto trasversale a tutti gli approcci terapeutici e applicabile ad ogni contesto e rappresenta una dimensione centrale di tutte le relazioni, non soltanto quella terapeutica (Bordin, 1979; Horvath & Luborsky, 1993; Baylis, 2011).

L'alleanza viene concepita in una natura reciproca e interpersonale e l'accordo sulle componenti è frutto di un continuo processo di negoziazione di entrambi gli attori del rapporto terapeutico. Bordin pone quindi in primo piano la natura interattiva della relazione clinica e dei fenomeni che in essa si verificano, estendendo questa visione trasversalmente a tutti gli approcci come fattore comune ad ogni modello teorico (Grasso, 2010).

A partire dai contributi operati nelle due precedenti decadi, Bordin definì l'alleanza di lavoro come un costrutto comune a tutti gli orientamenti e contraddistinto da tre caratteristiche fondamentali: l'accordo rispetto agli Obiettivi (Goals), l'accordo rispetto ai Compiti specifici (Tasks) e lo sviluppo di un Legame interpersonale costituito da sentimenti reciproci positivi (Bond) (Semerari, 2000) e propose come "l'alleanza terapeutica tra la persona che ricerca il cambiamento e colui che si propone come agente di tale cambiamento sia una delle chiavi, se non la chiave, del processo di cambiamento stesso" (Bordin 1979 pp. 252)

Più in particolare, per "Goal" si intende l'obiettivo del cambiamento che varia a seconda dell'approccio considerato, centrato sui "nuclei centrali" in termini psicodinamici o su specifici segmenti della vita dell'individuo in un'ottica comportamentale. Per "Tasks" si intendono le richieste di azione di un paziente guidate dal terapeuta, tipiche della Terapia Cognitivo Comportamentale; mentre il "Bond" viene costruito a partire dalle azioni e momenti condivisi tra terapeuta e paziente e viene più facilmente descritto in termini di connessione, fiducia, rispetto e impegno reciproco (Bordin, 1994).

All'interno della relazione terapeutica, il processo di negoziazione è parte integrante della costruzione dell'alleanza e di fondamentale importanza è il ruolo attivo del paziente che viene guidato dal terapeuta nella scelta degli obiettivi e dei compiti (Lingiardi, 2002). Secondo l'autore quindi, l'alleanza terapeutica ottimale si ottiene quando il paziente e il terapeuta condividono le convinzioni in merito agli obiettivi del trattamento e vedono i metodi utilizzati per raggiungerli efficaci e pertinenti in un legame personale costituito da sentimenti positivi reciproci. A seguito della negoziazione degli obiettivi, il terapeuta ha il ruolo fondamentale di indicare i compiti, intesi come attività specifiche che contribuiscono al cambiamento, ma il paziente deve sempre essere un elemento determinante nella definizione e scelta di essi. Questi due elementi dell'alleanza, gli obiettivi e i compiti, possono però svilupparsi solo in presenza di un rapporto di fiducia e rispetto reciproco, dal momento che qualsiasi accordo su obiettivi e compiti richiede che il paziente creda nelle capacità del terapeuta di aiutarlo e quest'ultimo nelle risorse del paziente tese al cambiamento. L'alleanza influenzerà il risultato del trattamento non come variabile in sé, ma come ingrediente che consente al paziente di seguire e credere nel processo terapeutico accettandolo con fiducia (Bordin, 1979; Ardito & Rabellino, 2011; Monticelli, 2014).

## L'alleanza terapeutica nella pratica clinica

### *Dall'empirismo collaborativo all'alleanza terapeutica*

La Terapia Cognitivo Comportamentale riconosce come gli elementi della relazione portino un significativo contributo alla terapia, condividendo l'importanza dell'alleanza anche con gli altri orientamenti. Nella Terapia Cognitiva, però, l'alleanza si differenzia da altri tipi di approcci per l'importanza data al lavoro di squadra e alla collaborazione e per l'enfasi posta sulla persona e sul suo ruolo attivo (Semerari, 2000; *Castonguay et al., 2010*).

Già prima della definizione di Bordin e dei tre elementi fondamentali osservati precedentemente, Beck in Principi di terapia cognitiva del 1976 spiegava: "il paziente e il terapeuta dovrebbero mettersi d'accordo sul problema da trattare, sul fine della terapia e su come raggiungerlo" (Beck, 1976 in Semerari, 2000 pp. 243) ed aggiungeva: "la funzione del terapeuta non è quella di cercare di riformare il paziente, quanto piuttosto di lavorare insieme al paziente contro i problemi di quest'ultimo" (Beck, 1976 in Lingiardi, 2002 pp. 160). Nella sua teorizzazione, è fondamentale il concetto di collaborazione che Beck definisce "empirismo collaborativo" e che rappresenta uno dei principi della Terapia Cognitiva Standard.

Secondo il modello di empirismo collaborativo, la terapia richiede al paziente una partecipazione attiva e consapevole e l'empirismo collaborativo è il contesto relazionale in cui il terapeuta favorisce tale partecipazione. I concetti che definiscono il modello si basano quindi sulla collaborazione con il paziente e sono sovrapponibili a quelli di alleanza terapeutica (Semerari, 2000).

Nella Terapia Cognitiva Standard la collaborazione terapeutica si ottiene attraverso la spiegazione dei fondamenti del trattamento, concordando gli obiettivi da raggiungere e spiegando le motivazioni dei compiti assegnati. Per arrivare a ciò, è di fondamentale importanza che il paziente contribuisca alla costruzione e condivida la concettualizzazione del caso e consideri ragionevoli le tecniche proposte. L'aderenza al trattamento deve essere quindi condivisa ed esplicitata, il paziente deve comprendere la natura del problema e il nesso con la tecnica e i compiti individuati. L'accordo su obiettivi e compiti è infatti indispensabile per far sì che il paziente si impegni ad applicare le tecniche a partire da una fiducia di base nel trattamento (Semerari, 2000; Lingiardi, 2002)

In tal senso il termine collaborazione indica il concetto di "lavoro condiviso" e l'atteggiamento collaborativo richiede il coinvolgimento del paziente che contribuirà alle decisioni e alle scelte fornendo idee e suggerimenti che il terapeuta, nel ruolo di collaboratore e guida, si impegnerà a cogliere e rinforzare (Kazantzis et al., 2019).

La relazione terapeutica in termini di empirismo collaborativo è quindi assimilabile, in senso metaforico, al rapporto tra due scienziati esperti che condividono il nucleo dell'indagine congiunta e del cambiamento ricercato. Tale nucleo è l'esperienza del disturbo del paziente sul quale entrambi lavorano, essendo il terapeuta l'esperto della clinica e il paziente l'esperto di se stesso (Monticelli, 2014).

*La costruzione e condivisione della formulazione del caso*

La condivisione della formulazione del caso crea un grande interesse nel paziente e costituisce una fase importante nella costruzione dell'alleanza terapeutica. Al momento della condivisione, infatti, viene fornita al paziente una spiegazione delle sue difficoltà che gli permette di percepire un senso di padronanza rispetto alla problematica che diventa quindi comprensibile e modificabile (Balestrini et al., 2011). Il paziente si sente compreso e rappresentato nella mente del terapeuta e vedendosi descritto nello schema presentato sa che il suo funzionamento è stato colto. Ciò favorisce l'instaurarsi dell'alleanza e di un saldo legame tra i due componenti della relazione terapeutica. La condivisione pone inoltre le basi per un dialogo tra paziente e terapeuta e per la risoluzione di possibili ostacoli che potrebbero emergere nel corso della terapia e porta il paziente a una maggiore motivazione al trattamento, favorendo l'alleanza (Barcaccia, 2010; Nezu et al, 2015; Romano, 2016b).

La concettualizzazione del caso in Terapia Cognitiva include la comprensione dello sviluppo delle credenze e degli scopi del paziente, dei suoi agiti e della modalità in cui il suo sistema cognitivo si manifesta. Costruire una formulazione del caso e restituirla al paziente implica osservarlo, ascoltarlo, ricostruire la sua storia di vita e individuare i fattori che contribuiscono a mantenere i problemi, ma anche comprendere le sue modalità relazionali e le sue emozioni (Barcaccia, 2010; Kazantzis et al., 2019).

La formulazione del caso può costituire la mappa attraverso cui paziente e terapeuta costruiscono il percorso terapeutico da svolgere insieme. Nel momento in cui il terapeuta condivide la formulazione del caso e ottiene un feedback positivo, è possibile infatti stipulare un accordo e un consenso reciproco sulle procedure e gli obiettivi della terapia. La condivisione degli obiettivi, costruiti attivamente con il paziente anche in termini concreti, operativi e verificabili, permetterà di far emergere i suoi desideri e le sue aspettative, i timori e le preoccupazioni, favorendo una identificazione di scopi di trattamento più realistici (Barcaccia, 2010; Nezu et al, 2015; Kazantzis et al., 2019).

Nel caso in cui il paziente non concordi con la formulazione, il terapeuta dovrà riadattarla e modificarla fino a che egli non la percepirà sensata e condivisibile. Allo stesso modo, se il paziente mostrasse una scarsa aderenza ai compiti, sarà opportuno ridiscutere insieme le motivazioni e, nel caso in cui egli ritenesse poco utile la tecnica proposta, si dovrà procedere nel ridefinirla (Semerari, 2000).

L'accordo sugli obiettivi e i compiti, costruiti e condivisi a partire dalla formulazione, viene così continuamente monitorato ed eventualmente calibrato. In tal senso la condivisione della formulazione è in linea con l'empirismo collaborativo: terapeuta e paziente potranno muoversi in stretta collaborazione rifacendosi continuamente alla ricostruzione dello schema, ciò permetterà di individuare obiettivi e fasi del trattamento, definire le priorità da seguire e realizzare l'alleanza terapeutica a partire dall'accordo e dalla collaborazione rispetto agli obiettivi (Semerari, 2000; Romano, 2016a).

Grazie alla formulazione del caso è anche possibile per il clinico comprendere e gestire nel tempo eventuali difficoltà del processo terapeutico, come la resistenza al cambiamento, la non collaborazione o altri problemi all'interno della relazione stessa. La formulazione, infatti, attraverso l'individuazione dei fattori di scompenso e di mantenimento del disturbo, aiuta il clinico a comprendere meglio il paziente in una modalità empatica che rende salda, come già osservato, la relazione terapeutica (Barcaccia, 2010; Balestrini et al., 2011).

*Le caratteristiche del terapeuta*

È stato osservato come le caratteristiche personali e le capacità individuali del terapeuta possano influire positivamente o negativamente sul processo terapeutico e sull'alleanza. Le caratteristiche del terapeuta sono state perciò oggetto di numerosi studi, essendo alcune di esse ritenute clinicamente utili ai fini del successo della terapia (Monticelli, 2014).

La Beck (2005) suggerisce alcuni principi fondamentali della terapia cognitiva che possono aiutare il terapeuta a costruire e mantenere l'alleanza terapeutica in una collaborazione attiva con il paziente, nei termini sopra descritti di "lavorare in squadra". L'autrice sottolinea come sia necessario in tal senso non essere eccessivamente direttivi, autoritari o polemici e assumere piuttosto un ruolo attivo, propositivo e partecipativo, coinvolgendo il paziente nelle iniziative e nelle scelte. Le manifestazioni di empatia da parte

del terapeuta e una genuina manifestazione di premura, di autenticità e di ottimismo circa l'utilità della terapia, rafforzeranno l'alleanza.

Secondo De Silvestri (1999) il terapeuta dovrebbe porsi, in termini di umanità, sullo stesso piano del paziente, trattandolo come un attivo partecipante e suo uguale e allo stesso tempo dovrebbe dimostrarsi schietto e genuino, nonché empatico. L'autore precisa in tal senso che il termine "empatia" va inteso nella sua accezione di "comprensione" umana e intellettuale dell'altro, tale da sviluppare una partecipazione ma non un'identificazione nei vissuti del paziente, per poterli osservare dal suo punto di vista e dal suo schema di riferimento.

In una review della letteratura, Ackerman e Hilsenroth (2003) hanno descritto le caratteristiche del terapeuta che influiscono positivamente sull'alleanza. Le abilità del terapeuta di infondere sicurezza e fiducia nel processo terapeutico sono di fondamentale importanza per il successo della terapia stessa e l'affidabilità, la benevolenza e la responsività consentono di costruire e mantenere un'alleanza positiva. È stato inoltre evidenziato che una connessione positiva del paziente con il terapeuta è collegata con il suo essere flessibile, empatico, comprensivo e rispettoso. Inoltre, secondo gli autori, la capacità del terapeuta di esplorare temi interpersonali in un'atmosfera di sostegno e incoraggiamento, a partire da un interesse genuino per la sua esperienza, è un ingrediente che contribuisce alla costruzione di un'alleanza positiva, probabilmente perché consente al paziente di percepire che il terapeuta ha l'abilità di comprenderlo e di lavorare con lui sulle difficoltà portate in terapia. Nonostante l'impatto positivo sull'alleanza, è evidente però come sia necessario da parte del terapeuta modulare le modalità e il grado di manifestazione di queste caratteristiche a seconda dello stato emotivo del paziente durante tutto il processo terapeutico (Ackerman & Hilsenroth 2003; Beck, 2005; Monticelli, 2014).

Gli stessi autori hanno inoltre trattato, all'opposto, le caratteristiche del terapeuta che impattano negativamente sull'alleanza. In particolare, hanno descritto una serie di studi che individuano nella rigidità, nella mancanza di coinvolgimento e nel disinteresse nei confronti del paziente e del processo terapeutico alcuni fattori critici nella costruzione e nel mantenimento dell'alleanza. Lo stesso impatto negativo è osservabile con i terapeuti che mostrano una tendenza alla colpevolizzazione e al criticismo, che sono poco supportivi, negativi e manifestano una sfiducia nelle proprie capacità di aiuto, che non sono connessi con i bisogni del paziente e sono aderenti in senso rigido al modello di trattamento (Ackerman & Hilsenroth, 2001).

## L'alleanza terapeutica in età evolutiva

*L'importanza di allearsi con il bambino*

La letteratura contemporanea si è per lungo tempo concentrata sugli aspetti relazionali della psicoterapia con l'adulto, dedicando meno attenzione alla relazione in età evolutiva. La maggior parte dei clinici ritiene tuttavia che l'alleanza terapeutica sia un elemento fondamentale nella relazione tra terapeuta e paziente quando si opera nel campo che coinvolge bambini, adolescenti e famiglie (Knepley et al., 2019). Tutto il processo terapeutico è ampiamente influenzato dalla qualità della relazione terapeutica costruita con il bambino, motivo per cui l'analisi e la gestione dello spazio relazionale sarà una variabile sostanziale del processo di cura (Lambruschi et al, 2014).

È dunque di importanza fondamentale dare rilevo all'alleanza terapeutica in tutti e tre gli aspetti descritti da Bordin e precedentemente delineati. Rispetto all'età evolutiva, infatti, molto spesso nel tempo solo il Legame (Bond) è stato visto come necessario e sufficiente al cambiamento, non considerando l'importanza degli Obiettivi (Goal) e dei Compiti (Tasks) condivisi nella costruzione dell'alleanza (DiGiuseppe et al., 1996).

In tal senso, un primo ostacolo nello stabilire un'alleanza con bambini e adolescenti è dato dal fatto che non è sempre semplice trovare un accordo sugli obiettivi. La motivazione è da ricercare probabilmente nella modalità con cui i bambini afferiscono alla terapia: molto spesso non scelgono spontaneamente di rivolgersi al terapeuta ma giungono alla consulenza su invio di un adulto. I genitori spesso portano il bambino in terapia senza avergliene parlato, senza chiedere la sua opinione o avergli spiegato le motivazioni della consulenza. Ciò porta a dover considerare una prima differenza sostanziale con l'età adulta rispetto alla psicoterapia: dal momento che spesso non sceglie autonomamente di venire, il bambino non sempre è consapevole della sua difficoltà e delle conseguenze legate ad essa e sarà probabilmente poco motivato al cambiamento (DiGiuseppe et al., 1996; Nahum, 2013; Knepley et al., 2019).

Favorire lo sviluppo di un'alleanza positiva e forte con tali pazienti può facilitare il coinvolgimento e mitigare le resistenze al cambiamento, in un contesto relazionale supportivo ed accogliente. In questa particolare tipologia di pazienti l'alleanza terapeutica risulta quindi un elemento fondamentale anche perché, come suggerisce la ricerca, essa sembra essere un fattore correlato al cambiamento e agli esiti positivi del trattamento (Knepley et al., 2019).

*La collaborazione nell'alleanza terapeutica con il bambino*

Nella costruzione dell'alleanza terapeutica in età evolutiva è fondamentale, in primo luogo, chiarire il ruolo del terapeuta, spiegandogli chi è lo psicologo, chi aiuta e il modo in cui lavora *(*Nahum, 2013). Nel caso di bambini in età prescolare e scolare il terapeuta potrebbe essere visto infatti come un medico che è

lì per visitarlo e far emergere nel bambino la "paura del dottore" (Di Pietro & Bassi, 2013; Montanaro, 2016). Occorre quindi chiarire che invece il terapeuta è teso all'ascolto e a comprendere la problematica del bambino per cercare di aiutarlo al meglio nel trovare possibili soluzioni, anche con la partecipazione dei genitori. La collaborazione del bambino e la sua capacità di essere un "buon paziente" è collegata infatti al suo essere attivamente coinvolto nel processo terapeutico, che deve quindi sempre essere condiviso e spiegato al fine di permettere al bambino di entrarvi e aderirvi (Montanaro, 2016).

Premesso che l'empirismo collaborativo e la scoperta guidata promuovono la costruzione dell'alleanza terapeutica in età evolutiva, all'interno del processo terapeutico è importante in primo luogo che il terapeuta trovi un possibile significato al sintomo-problema del bambino attraverso ipotesi costruite in collaborazione con il piccolo paziente e la famiglia. Occorre quindi conoscere il bambino e la qualità delle sue relazioni per comprendere la logica interna al sistema che ha portato alla costruzione di quelle specifiche manifestazioni sintomatologiche in quello specifico momento del suo sviluppo (Lambruschi et al., 2014; Montanaro, 2016; Knepley et al., 2019).

Per ricostruire il funzionamento del bambino è fondamentale, come per gli adulti, costruire una buona formulazione del caso che attraverso un'ampia gamma di informazioni raccolte permette di comprenderne la difficoltà in maniera più globale. Essa include, oltre alla descrizione dei sintomi, l'esame delle possibili cause e dei vari fattori che contribuiscono alla problematica, assumendo che ogni bambino sia unico nella propria difficoltà. Essa permetterà di generare ipotesi da verificare, attraverso una valutazione continua nel tempo e in collaborazione con il bambino. Le ipotesi verranno continuamente riviste e ridefinite nel corso del processo terapeutico per garantire una migliore comprensione del bambino nel tempo e ampliare le possibilità di fornire cure sempre più efficaci (Lambruschi et al., 2014; *Manassis, 2014)*.

Nel processo di ricerca delle informazioni, il bambino e la famiglia svolgono il ruolo di "ricercatore" mentre il terapeuta ha il compito di supervisionare tale ricerca fornendo loro il metodo. Il bambino e i genitori sono da considerare gli unici veri esperti dei contenuti mentali ed emotivi del piccolo paziente, per cui il terapeuta strutturerà una serie di situazioni di scoperta che permetteranno di compiere insieme delle ipotesi promuovendo la curiosità e l'autoconoscenza. Tali ipotesi saranno considerate valide nel momento in cui il bambino e la famiglia le percepiranno come sensate e coerenti (Lambruschi et al., 2014).

Successivamente, è importante che la concettualizzazione sia esplorata in modo da aiutare il bambino a comprendere le conseguenze della sua problematica. Attraverso la condivisione della formulazione, il terapeuta renderà leggibile il comportamento del bambino che riuscirà a comprendere e dare un senso a ciò che gli sta accadendo, sentendosi compreso nella sua difficoltà e nei suoi timori (Romano, 2016b). Sarà poi possibile delineare e condividere con la famiglia e il bambino il percorso terapeutico con la definizione della linea di intervento, degli obiettivi da raggiungere e delle tecniche che si vorranno

utilizzare e che saranno continuamente ridiscusse insieme (DiGiuseppe et al., 1996; Lambruschi, 2014). Il lavoro diventa dinamico, attivo e condiviso e il terapeuta deve allearsi con il bambino e assisterlo nel determinare gli obiettivi della terapia. L'accordo sugli obiettivi rifletterà e promuoverà la volontà e la motivazione a modificare il proprio comportamento, che come è stato osservato possono essere inizialmente assenti in età evolutiva, data la modalità di invio (Knepley et al., 2019).

*Allearsi nel "suo mondo"*

Un aspetto cruciale della Terapia Cognitivo Comportamentale in età evolutiva risiede nel fatto che i bambini, diversamente dagli adulti, si modificano e cambiano progressivamente. Il bambino, infatti, nell'età di sviluppo che va dai 6 ai 18 anni, compie una serie di importanti cambiamenti dal punto di vista cognitivo, emotivo e sociale che devono essere necessariamente tenuti in considerazione nel lavoro terapeutico (Nahum, 2013; Knepley et al., 2019). Durante tutto il processo, dall'assessment al trattamento e a partire dalla conoscenza di come si sviluppa la mente del bambino, il terapeuta dovrà essere quindi in grado di comprendere il suo livello di sviluppo al di là della sua età cronologica e in base a ciò modificare le varie componenti della terapia e delle procedure (*Kingery et al., 2006; Nahum, 2013*).

L'adattamento dei contenuti della terapia in base al livello di sviluppo del paziente sarà possibile mediante l'uso di mezzi più facilmente accessibili e comprensibili dal bambino così da favorire l'impegno e l'alleanza in terapia. In tal senso la capacità del terapeuta di essere flessibile è fondamentale: sarà possibile favorire l'alleanza terapeutica adottando modalità e contenuti differenti e integrati con gli interessi dei bambini (Knepley et al., 2019).

Conoscere gli interessi del bambino e adeguarsi a lui consentirà al terapeuta di ingaggiarlo e rinforzarlo in modo più efficace, permettendo al bambino di comprendere maggiormente le sue difficoltà e i concetti terapeutici (Kingery et al., 2006; Knepley et al., 2019).

È fondamentale quindi presentare il lavoro al bambino attraverso accorgimenti e strategie creative, per far sì che i dati e le informazioni siano più fruibili per la sua giovane mente. Il terapeuta potrebbe proporre attività e compiti che possono essere difficili e complessi per il paziente, ma dovrà essere in grado di renderli ludici e comprensibili attraverso il gioco, la creatività e l'immaginazione in modo da stimolarlo e motivarlo. Ciò farà percepire al bambino che si collabora in squadra e che il terapeuta è dalla sua parte (Knepley et al., 2019).

La fase di psicoeducazione, di condivisione della formulazione e del razionale della terapia potrà essere riadattata attraverso l'uso di oggetti come giocattoli o pupazzi, giochi di ruolo o libri adatti allo stadio di sviluppo e attraverso l'integrazione di attività diversificate, elementi ludici e visivi. Per il bambino sarà più semplice comprendere ad esempio il concetto di pensiero di fronte all'immagine di una nuvoletta dei fumetti, piuttosto che doversi confrontare rispetto alla domanda aperta, e ciò favorirà la partecipazione e

l'impegno, permettendo al terapeuta di allearsi con lui nel suo mondo (Kingery et al., 2006; Knepley et al., 2019).

*Le caratteristiche e i comportamenti positivi del terapeuta in età evolutiva*

Come per l'età adulta, sono state esaminate una serie di caratteristiche del terapeuta che favoriscono l'alleanza terapeutica. Alcune di queste riguardano elementi propri del terapeuta come l'essere paziente, accudente, sincero e gentile. Il terapeuta dovrebbe essere inoltre un attivo ascoltatore focalizzato sul bambino, capace di non parlare eccessivamente (Baylis et al., 2011).

In età evolutiva, emerge la necessità di essere flessibili e creativi, specialmente con quei bambini per i quali non è facile parlare delle proprie esperienze. In tal senso è fondamentale non essere rigidi in termini di stretta aderenza ai protocolli, adattando procedure e tecniche alle esigenze del bambino. Il terapeuta che voglia favorire l'alleanza con il bambino dovrà mostrarsi onesto, autentico, genuino, partecipe e accogliente nella difficoltà riportata e, anche se essa dovesse apparire banale, dovrà considerare la portata del problema presentato dal punto di vista del bambino (Baylis et al., 2011; Di Pietro & Bassi, 2013).

Altrettanto importanti sono i comportamenti del terapeuta, intesi come gli atteggiamenti attuati nella relazione terapeutica, utili alla costruzione di una buona interazione con il bambino e di conseguenza di una buona alleanza (Baylis et al., 2011). Soprattutto in un primo contatto, può essere utile chiedere al bambino come si sente rispetto al colloquio ed eventualmente esplorare i motivi della sua ansia o preoccupazione, validando le sue emozioni. Al contempo, per permettergli di sentirsi a suo agio sarà utile esplorare inizialmente i suoi interessi, i giochi che preferisce, gli amici, lo sport o altri argomenti leggeri e di facile gestione, modulando però il contatto oculare e le domande ed evitando di essere pressanti (*Nahum, 2013*; Di Pietro & Bassi, 2013).

Dal momento che è importante, come osservato in precedenza, che il terapeuta venga percepito genuino e autentico, sarà necessario evitare di utilizzare un linguaggio e un tono di voce troppo infantile, in quanto il bambino si renderà facilmente conto che l'atteggiamento del terapeuta è forzato e verrà meno il concetto finora esplorato di "entrare nel suo mondo". Mostrarsi veri permetterà di farsi percepire come "persone normali" promuovendo l'instaurarsi di una relazione positiva (Di Pietro & Bassi, 2013).

Con i bambini può essere efficace, sia per promuovere un clima di collaborazione che di complicità relazionale, utilizzare la tecnica dell'autoapertura, una forma di comunicazione aperta in cui il terapeuta rivela qualcosa di sé al bambino, che avrà sicuramente curiosità di conoscerlo meglio. Oltre a favorire la relazione, il valore terapeutico dell'autoapertura è dato dal fatto che in una condivisione reciproca di esperienze ed eventuali vissuti, il bambino percepirà che il terapeuta può comprendere quello che sta vivendo (Di Pietro & Bassi, 2013).

In ultimo, è fondamentale che il bambino sappia che il terapeuta è tenuto alla riservatezza e al rispetto della privacy in merito a quello che verrà condiviso durante gli incontri. Rispetto all'adulto, questo è un elemento che deve essere necessariamente precisato: il bambino dovrà sapere che ci saranno dei momenti di condivisione e confronto con i genitori, sia per informarli sul processo sia per assicurarsi la loro collaborazione ma che, in previsione degli incontri, saranno concordate eventuali informazioni che il bambino non vuole che siano riferite ai genitori o, al contrario, che vorrebbe riuscire a comunicare ma ha bisogno di un alleato per farlo (Baylis et al., 2011; Di Pietro & Bassi, 2013).

**Attività per favorire l'alleanza terapeutica**

Come osservato da Lambruschi e altri (2014), la ricerca delle informazioni per poter sviluppare delle ipotesi sulla problematica riportata e costruire la formulazione del caso è in stretta collaborazione con il bambino e la famiglia. In un'ottica cognitivista, si è osservato come sia utile nella costruzione dell'alleanza attivare la curiosità del terapeuta e del bambino ed esplorare insieme la sua esperienza interna, costituita da pensieri, emozioni e rappresentazioni. Come descritto in precedenza, si potrà ricorrere a strategie creative e ai giochi *p*er poter rendere più ludici e comprensibili gli elementi del processo terapeutico ed adeguarsi al livello di sviluppo del bambino, favorendo così la motivazione e la condivisione degli obiettivi (Knepley et al., 2019).
Di seguito è riportato un esempio di un'attività creativa e utile all'ingaggio del bambino, tesa a comunicare il concetto di "lavoro di squadra" e costruita a partire dagli elementi utilizzati in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale con l'adulto, quali ad esempio gli ABC. Attraverso attività di tipo creativo e ludico sarà possibile avvicinarsi al mondo del bambino promuovendo la sua apertura e la sua fiducia, facendo sì che il terapeuta venga vissuto come un alleato. In questo modo, si favorirà la collaborazione, la motivazione e la condivisione degli obiettivi e, di conseguenza, l'alleanza terapeutica.

*Facciamo i detective*

Per permettere al bambino di comprendere l'importanza della raccolta delle informazioni "in squadra" e quindi della collaborazione, può essere utile presentare il processo sotto forma di gioco.
Obiettivo: raccogliere le informazioni necessarie per operare delle ipotesi relative alla problematica del bambino, ricostruendo gli ABC.
Metodo: proporre al bambino una scoperta guidata, attraverso il gioco dei detective e l'uso dei loro strumenti tipici, che potranno essere costruiti insieme in seduta.
Istruzioni:

"Tu sai che noi siamo qui per capire meglio cosa sta accadendo e provare a trovare insieme una soluzione. Dobbiamo però provare a cercare delle informazioni per fare questo! Ti propongo un gioco. Noi lavoreremo insieme come due detective, che devono collezionare una serie di indizi per arrivare alla soluzione. Tu ti conosci meglio di quanto ti conosco io, ma io ho giocato molto spesso a questo gioco per cui secondo me insieme possiamo formare un'ottima squadra! Per prima cosa ci servono dei tesserini di riconoscimento con i nomi in codice..."

Dopo aver disegnato i tesserini con il disegno del viso (che rappresenterà la foto) e i dati personali si potrà procedere con la costruzione degli altri oggetti.

"Ora vorrei costruire con te altri oggetti che possono esserci utili. Secondo me ci può tornare utile un taccuino dove appuntare gli indizi, le idee e le cose che succedono per non dimenticarcele. Dopodiché potremmo costruire una lente di ingrandimento che potremmo usare quando cerchiamo uno dei pensieri che hai avuto. Questo perché potrebbe succedere che il pensiero sia troppo piccolo o nascosto bene e non riusciremo a decifrarlo! Potremmo poi avere un quaderno degli identikit, dove disegnare la faccia e il corpo come ci appare quando siamo, per esempio, agitati o in generale quando proviamo un'emozione! Tu hai qualche altro suggerimento? Cos'altro potrebbe servirci per scoprire la soluzione?"

Il taccuino verrà utilizzato per scrivere l'episodio generale raccontato dal bambino.

La lente verrà usata nel laddering o in quei casi in cui, indagando il pensiero, il bambino risponderà di non sapere cosa ha pensato in quel momento.

Infine l'identikit, con il disegno della figura umana intera, permetterà di segnare il punto dove si è avvertita una sensazione somatica e di disegnare l'espressione facciale identificativa dell'emozione.

Alla fine del gioco sarà possibile quindi ricostruire l'ABC con l'evento, il pensiero, l'emozione e la sensazione somatica sperimentata.

## Conclusioni

L'intento di questo lavoro è di sottolineare l'importanza dell'alleanza terapeutica in età evolutiva dal momento che, come evidenziato da Knepley e colleghi (2019), si tratta di un fattore fondamentale all'interno del contesto della CBT indirizzata a bambini e adolescenti. La letteratura riportata nella terza parte dell'elaborato ha evidenziato come, nella costruzione dell'alleanza con il bambino, sia essenziale che il terapeuta sia flessibile, creativo e utilizzi in seduta l'immaginazione e le strategie adeguate al livello di sviluppo del piccolo paziente.

Partendo quindi dalla necessità del terapeuta di entrare nel mondo del bambino, ho voluto proporre un esempio di attività che può rivelarsi un utile strumento per favorire l'ingaggio e la collaborazione del bambino in seduta.

## Bibliografia

Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 38 (2), 171-185.

Ackerman, M.J. & Hilsenroth M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23 (1), 1–33.

Ardito, R.B. & Rabellino, D. (2011). Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research. *Frontiers in Psychology*, 2, 270, 1-11.

Balestrini, V., Barcaccia, B. & Saliani, A.M. (2011) Relazione terapeutica, motivazione al trattamento e cicli interpersonali: un caso di Disturbo Ossessivo-Compulsivo, *Psicoterapia cognitiva e Comportamentale*, 17 (2), 251-268.

Barcaccia, B. (2010). La formulazione del caso clinico. In C. Perdighe & F. Mancini (a cura di), *Elementi di psicoterapia cognitiva* (23-37). Roma: Giovanni Fioriti Editore.

Baylis, P. J., Collins, D. & Coleman, H. (2011). Child Alliance Process Theory: A qualitative study of a child centred therapeutic alliance. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 28(2), 79-95.

Beck, J., (2005). *Cognitive therapy for challenging problems. What to do when the basics don't work*. New York: The Guilford Press. Trad. it. Le sfide della terapia cognitiva. Cosa fare quando le tecniche di base non funzionano. Roma: Edizioni Carlo Amore, Firera & Liuzzo Group, 2008.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.

Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In Horvath A. O. & Greenberg L. S. (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (13-37). New York: John Wiley & Sons, 1994.

Castonguay, L.G., Constantino, M.J., McAlavey, A.A. & Goldfried, M.R. (2010). L'alleanza terapeutica nella terapia cognitivo-comportamentale. In Muran J.C. & Barber J.P., The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice. New York: The Guilford Press, 2010. Trad. it. *L'alleanza terapeutica. Una guida Evidence Based per la pratica clinica* (169-190). Roma: Sovera, 2012.

De Silvestri, C. (1999), *Il mestiere di psicoterapeuta: Manuale pratico di psicoterapia cognitivo-emotivo-comportamentale*. Roma: Astrolabio.

Di Pietro, M. & Bassi, E. (2013), *L'intervento cognitivo comportamentale per l'età evolutiva*. Trento: Edizioni Erickson.

DiGiuseppe, R., Linscott, J. & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied & Preventive Psychology*, 5 (2), 85-100.

Grasso, M. (2010). *La relazione terapeutica*. Bologna: Il Mulino.

Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48 (1), 9-16.

Kazantzis, N., Dattilio, F. M. & Dobson, K. S., (2019). *La relazione terapeutica in terapia cognitivo-comportamentale. Manuale per il professionista*. Roma: Giovanni Fioriti editore.

Kingery, J. N., Roblek, T. L., Suveg, C., Grover, R. L., Sherrill, J. T. & Bergman, R. L. (2006). They're not just "little adults": Developmental considerations for implementing cognitive behavioral therapy with anxious youth. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, vol. 20 (3), 263-273.

Knepley, M.J., Frank H. & Kendall, P.C. (2019). Lavorare con bambini e adolescenti. In Kazantzis, N., Dattilio F. M. & Dobson K. S., *La relazione terapeutica in terapia cognitivo-comportamentale. Manuale per il professionista* (234-252). Roma: Giovanni Fioriti editore.

Lambruschi, F. (2014). La sintesi diagnostica e la definizione degli obiettivi terapeutici. In Lambruschi, F. (a cura di) *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva: Procedure d'Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.

Lambruschi, F., Bertaccini, R. & Leoni, F., (2014). Il percorso di assessment. In Lambruschi, F. (a cura di) *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva: Procedure d'Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.

Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica, ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.

Manassis, K. (2014). Benefits of Case Formulation and a Conceptual Framework. In Manassis, K., *Case formulation with children and adolescents* (1-23). New York: Guilford Press.

Montanaro, M. (2016). Il setting in età evolutiva. In Fabbro N. (a cura di), *Psicoterapia con i bambini e le famiglie. Interventi cognitivo-comportamentali in età evolutiva*. Milano: Cortina Libreria, 2016

Monticelli, F. (2014). Relazione terapeutica e alleanza terapeutica. In Liotti, G. & Monticelli F., *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014

Nahum, D., (2013). Il colloquio cognitivo con il bambino ansioso. In Ruggiero G.M. & Sassaroli S., *Il colloquio in psicoterapia cognitiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2013.

Nezu, C. M., Nezu, A. M. & Colosimo, M. M. (2015). Case formulation and the therapeutic alliance in contemporary problem-solving therapy (PST). *Journal of Clinical Psychology*, 71, 428–438.

Romano, G. (2016a). Il disturbo ossessivo-compulsivo. In Isola L., Romano G. & Mancini F., *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. Milano: Franco Angeli, 2016

Romano, G. (2016b). La ricostruzione dello schema di comprensione del disturbo: obiettivi, procedura, difficoltà. In Mancini, F. (a cura di), *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo*. Milano: Raffaello Cortina.

Semerari, A. (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Roma: Editori Laterza.

*Elena Cirimbilla, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Roma, e-mail: elena.cirimbilla@gmail.com*

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

# Mutismo selettivo: eziologia, assessment e trattamento

Laura Bianchi[1]
[1]Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Grosseto

***Riassunto***

Il mutismo selettivo è un disturbo caratterizzato da una significativa difficoltà nel parlare in situazioni sociali specifiche, nonostante si sia in grado di parlare in altri contesti. Nel DSM 5 (APA, 2013) è inserito nella sezione dei disturbi d'ansia, in passato questo disturbo era stato invece associato all'oppositività in età evolutiva. L'attuale inquadramento diagnostico evidenzia che il mutismo selettivo è considerato una forma piuttosto rara ed estrema di fobia sociale (Holka-Poroska et al., 2018). Nel seguente lavoro, basato sull'analisi della letteratura e su esperienze cliniche, viene proposto un modello eziopatogenetico cognitivista del disturbo e presentato un profilo interno di funzionamento, sovrapponibile a quello della fobia sociale di Clark e Wells (1995), in cui l'inibizione comportamentale e la condotta mutacica sono considerati sintomi evitanti, finalizzati a proteggersi dal giudizio sociale. L'assessment con questi pazienti è spesso ostacolato dalla sintomatologia estremamente evitante, che genera inizialmente grosse difficoltà nell'instaurare la relazione terapeutica. In questo lavoro viene proposto un protocollo di intervento cognitivo-comportamentale per bambini tra i 6 e i 10 anni, basato su un modello cognitivista del disturbo e nel quale vengono presentate alcune delle difficoltà terapeutiche e le possibili strategie per affrontarle. Infine, si sottolinea la necessità di ulteriori studi sul mutismo selettivo, che risulta ancora sotto diagnosticato e poco trattato (Lang et al., 2015).

***Parole chiave:*** Mutismo selettivo, Età evolutiva, Ansia sociale, Modello eziopatogenetico cognitivista, Profilo interno, Assessment, Relazione terapeutica, Intervento cognitivo-comportamentale

## Selective mutism: etiology, assessment and treatment

***Abstract***

Selective Mutism is a disorder characterised by a lack of speech in some social setting although the individual speaks normally in other situations. The last edition of the classification of Mental Disorder (APA, 2013) placed Selective Mutism in "Anxiety Disorders", while in the past symptoms were associated with opposition in childood. Today selective mutism is considered a rare and extrem form of social phobia (Holka-Poroska et al., 2018). This work is based on the recent literature and clinical experiences, it proposes a cognitive etiopathogenetic model, trying to explain the disorder's functioning. According to the cognitive model of social anxiety (Clark e Wells, 1995), mutism and behavioral inhibitions can be considered avoidant symptoms to protect themselves from social judgment. Moreover the assessment with theese patients is critical because the main symptoms complicate the therapeutic relationship. In this work a cognitive behavioral intervention for children is proposed, some problems and possible strategies are discussed. Finally more studies on the selective mutism's treatment are needed, actually the disorder is still underdiagnosed and undertraited (Lang et al. 2015).

Laura Bianchi, Mutismo selettivo: eziologia, assessment e trattamento, *Numero 25 – Numero Monografico Età Evolutiva, 2020, pp. 27-48*
Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193
pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.itt

***Key words:*** Selective Mutism, Childhood, Social phobia, Cognitive etiopathogenetic model, Assessment, Therapeutic relationship, Cognitive behavioral intervention

## Inquadramento diagnostico, fattori eziopatogenetici e comorbilità

*I cambiamenti nei sistemi di classificazione diagnostica*

Il mutismo selettivo venne descritto la prima volta nel 1877 da un medico tedesco, *Kussmaul*, che per descrivere il disturbo parlò di "**Afasia volontaria**" (Kusssmaul, 1877), sottolineando quindi che il bambino, volontariamente, rifiutava di parlare in situazioni sociali. Nel 1934 Tramer, psichiatra svizzero, utilizzò il termine di "**Mutismo elettivo"** (Tramer, 1934) che, adottato nelle edizioni del DSM III (APA, 1980) e III-R (APA, 1987), venne poi sostituito con quello di "**Mutismo selettivo**" nel DSM IV (APA, 1994) e IV-R (APA, 2000), al fine di evidenziare che il bambino evita di parlare solo in alcuni contesti da lui selezionati. Nel DSM-5 (APA, 2013) l'etichetta diagnostica di Mutismo selettivo rimane invariata, ma il disturbo viene spostato dalla sezione dei Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza al capitolo dei Disturbi d'Ansia. Negli anni 1980-1990 il rifiuto di parlare veniva considerato soprattutto una forma di oppositività del bambino, mentre attualmente il mutismo selettivo viene considerato come una forma specifica, piuttosto rara ed estrema, di fobia sociale (Holka-Pokorska et al., 2018).

*Incidenza ed età d'esordio*

La maggior parte delle ricerche scientifiche sul mutismo selettivo sono basate su gruppi molto piccoli o casi singoli. Gli studi epidemiologici mostrano che il mutismo selettivo è un disturbo raro, con un'incidenza nella popolazione tra 0.71-2% (Bergman et al., 2002). Il mutismo selettivo sembra interessare maggiormente le femmine rispetto ai maschi, con un rapporto 2:1 (Steinhausen e Juzi 1996), (Kristensen, 2000) e sembra prevalere nei bambini bilingue (Cohan et al., 2006). L'età d'esordio del mutismo selettivo è tra i 2.7 e i 4.1 anni (Cunningham et al., 2004), tuttavia, nella maggior parte dei casi, il disturbo non viene riconosciuto prima dei 5 anni, con l'inizio della scuola primaria. L'età principale della diagnosi è 6.5 anni, in alcuni studi viene evidenziato un intervallo di tempo di 14 mesi circa dalla comparsa dei sintomi alla diagnosi (Kristensen, 2000), questo perché il mutismo spesso è osservato solo in specifici contesti e può venire spiegato con timidezza del bambino, inoltre il sintomo è spesso sottovalutato, mentre una precoce individuazione del disturbo permetterebbe di intervenire precocemente, prevenendo o limitando la compromissione del funzionamento sociale del bambino (Schwartz et al., 2006).

*Comorbilità*

Una rilevante comorbilità riscontrata è quella tra mutismo selettivo e altri disturbi d'ansia (Bergman et al., 2013), tra i quali la fobia sociale (65-100%), il disturbo d'ansia da separazione (17-32%), fobie specifiche (30-50%), pregresso disturbo della comunicazione (50%), e disturbi dell'evacuazione (16-29%). Il tasso di comorbilità con disturbi esternalizzanti, come i disturbi oppositivi provocatori, è molto più basso (6-10%) rispetto al livello di comorbilità con i disturbi d'ansia (Manassis et al, 2008). Perciò il mutismo selettivo sembra essere più spesso correlato allo spettro dei disturbi d'ansia, rispetto a quello dei disturbi esternalizzanti e quindi il legame precedentemente ipotizzato tra mutismo selettivo e oppositività è stato recentemente messo in discussione (Anstendig, 1999), (Bogels et al., 2010). Per quanto riguarda la comorbilità tra mutismo selettivo e altri disturbi d'ansia è possibile ipotizzare tale fenomeno adottando un'ottica di continuum, ovvero quando uno stesso pattern di vulnerabilità può portare allo sviluppo di sintomi ansiosi differenti, che a loro volta possono configurarsi in un disturbo diverso dello stesso spettro. A favore di questa ipotesi vi sono i dati relativi alla prognosi del disturbo, i cui sintomi spesso vanno a ridursi nel tempo ma rimangono problemi di comunicazione e ansia sociale; vi è inoltre un alto rischio, per pazienti con mutismo selettivo, di sviluppare, in adolescenza ed età adulta, un altro disturbo psichiatrico. Studi longitudinali hanno mostrato che 13 anni dopo la diagnosi di mutismo selettivo, il 58% aveva avuto una totale remissione dei sintomi, tuttavia il 58% aveva sviluppato un altro disturbo ed il 42% una fobia specifica, la maggior parte dei casi fobia sociale (Steinhausen et al., 2006). Per quanto riguarda invece la comorbilità con disturbi del linguaggio e della comunicazione (Steinhausen et al., 1996), (Klein et al., 2012), in una valutazione su 44 bambini con mutismo selettivo, i punteggi delle prove per valutare la componente recettiva del linguaggio sono risultati significativamente inferiori rispetto sia a bambini con disturbi d'ansia, che a bambini appartenenti al gruppo di controllo (Manassis et al., 2007). Oltre ai disturbi del linguaggio, recentemente alcuni autori hanno ipotizzato che un'anomalia nel processamento dell'informazione uditiva potrebbe influenzare il modo in cui i bambini con mutismo selettivo percepiscono la loro voce, infatti il 71% dei bambini con mutismo selettivo mostrano atipicità nel funzionamento delle vie uditive efferenti rispetto a solo il 16% dei bambini nel gruppo di controllo (Muchnik et al., 2013).

*Modelli eziopatogenetici*

Il mutismo selettivo è considerato un quadro diagnostico molto complesso, esistono diversi modelli eziopatogenetici nei diversi approcci psicologici: comportamentisti (Krysanski, 2003), (Leonard, 1993), (Wong, 2010), psicodinamici (Giddan e Milling, 1999) e sistemico relazionali (Krysanski, 2003), (Melfsen et al., 2006). Tuttavia, data la complessità del disturbo, le ricerche recenti suggeriscono l'adozione di una teoria integrata dello sviluppo (Viana et al., 2009) e di un modello eziopatogenetico complesso che tenga conto dell'interazione di più fattori di vulnerabilità (Muris et al., 2015):

- vulnerabilità genetica e familiarità: alcuni studi rilevano, nelle famiglie con bambini affetti da mutismo selettivo, una presenza significativamente maggiore rispetto ai controlli di problematiche psicopatologiche afferenti all'area del ritiro sociale: ansia sociale, disturbo evitante di personalità, o tratti comportamentali indicativi di una ridotta socialità (Kristensen e Torgersen, 2002), (Remschmidt et al., 2001), (Chavira et al., 2007). Questo fa ipotizzare, in modo indiretto, l'esistenza di una componente genetica del disturbo. Pochissimi studi di caso su gemelli monozigoti, tutti di sesso femminile, hanno evidenziato la presenza del disturbo in entrambe le sorelle (Segal, 2003), (Sharkey e McNicholas, 2006), (McLeod e Rogers, 2009). Recentemente, in uno studio su materiale genetico di famiglie con problemi d'ansia sociale, è stato individuato un polimorfismo specifico che risulta essere associato al mutismo selettivo (Stein et al., 2011);
- vulnerabilità temperamentale: il fattore maggiormente studiato è l'inibizione comportamentale, cioè la tendenza a reagire con eccessiva tensione, emotività e irritabilità a persone, situazioni, oggetti nuovi o non familiari (Kagan et al, 1988). Se presente nei primi due anni di vita, è un predittore dello sviluppo di timidezza (patologica), ansia sociale e depressione in età adolescenziale e adulta (Biederman et al., 2001), (Hirshfeld-Becker et al., 2007). Diversi studi osservazionali hanno verificato che una percentuale di bambini con mutismo selettivo, compresa tra il 68% e 85%, manifesta comportamenti di inibizione o tratti di timidezza (Kumpulainen et al., 1998), (Steinhausen et al., 1996). Oltre all'inibizione, come fattore di vulnerabilità, è stato a lungo discusso il temperamento oppositivo, osservato in alcuni bambini con mutismo selettivo, tuttavia si ritiene che l'oppositività non sia un fattore eziologico di base ma che, presente in una sottopopolazione di bambini, può essere solo una delle manifestazioni comportamentali osservate (Muris e Ollendick, 2015);
- vulnerabilità ambientale: lo stile genitoriale che rappresenta un fattore di rischio è di tipo iperprotettivo-controllante; non ci sono nessi causali tra eventi familiari traumatici e mutismo selettivo, come si ipotizzava nel passato. Le famiglie con bambini affetti da mutismo selettivo sono state descritte come conflittuali, isolate, che si astengono dai contatti sociali e da attività ricreative (Remschmidt et al., 2001). Nell'ambiente scolastico possono essere significative le esperienze di critica, bullismo, umiliazione, in quanto possono contribuire alla percezione di se stessi come inadeguati, diversi dagli altri e rifiutati. Fattori socioculturali: in letteratura si evidenzia l'importanza della dimensione linguistica, alcuni studi riportano una prevalenza del mutismo selettivo quattro volte maggiore nella popolazione immigrata rispetto a quella autoctona (Elizur e Perednik, 2003). Tra i fattori che sembrano avere influenza vi sono l'utilizzo della lingua d'origine nel contesto domestico e l'essere nati in un altro stato e quindi dover apprendere una seconda lingua (Tabors, 1997). Tuttavia, non è ben chiaro se i fattori legati alla minoranza

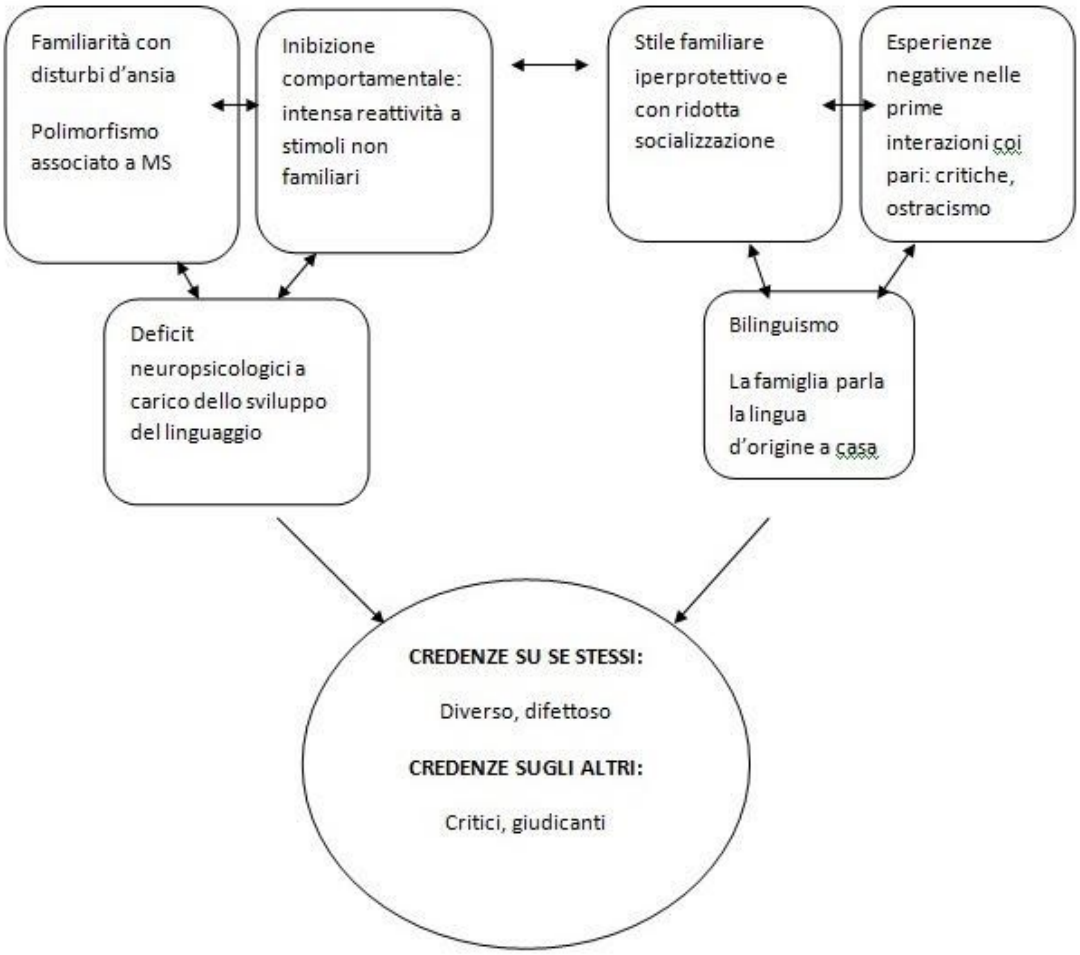
etnica, status sociale, bilinguismo, possibili discriminazioni e ostracismo dei pari, producano o mantengano il mutismo selettivo in bambini immigrati (Toppelberg et al, 2005);

- vulnerabilità neuropsicologica: molti studi hanno enfatizzato la presenza di deficit nella fluenza e nella sintassi in bambini con mutismo selettivo. Nonostante un normale linguaggio in ambiente domestico, alcuni bambini, confrontati con bambini affetti da fobia sociale e sani, mostrano diversi deficit di linguaggio a test standardizzati. Uno studio evidenzia che migliori fluenza sintattica e grammaticale correlano con un minor numero di sintomi gravi di mutismo (Manassis et al., 2007), (Mc Innes et al., 2004). Perciò si ipotizza una forte correlazione tra deficit di linguaggio e le condotte evitanti manifestate dalla mancanza di contatto verbale. Studi recenti indicano la presenza di disturbi a carico dei processi uditivi nei bambini con mutismo selettivo, questi comportano disfunzioni nel monitoraggio della voce e nella qualità della produzione linguistica (Henkin e Bar-Haim, 2015). Alcune ricerche evidenziano che l'introversione correla con anomalie di funzionamento di meccanismi fisiologici importanti per il monitoraggio e la regolazione della vocalizzazione (Hoy, 2002), influenzando la preferenza verso ambienti più tranquilli e meno rumorosi. Bar-Haim e Henkin (2015) hanno individuato una significativa riduzione dei potenziali evocati a stimoli uditivi nei bambini con mutismo selettivo. Gli autori ipotizzano che bambini con mutismo selettivo abbiano deficit di sincronizzazione nei compiti in cui viene richiesta, in modo simultaneo, la recezione e la produzione linguistica. Come risposta comportamentale questi bambini abbassano la voce, sussurrano oppure rifiutano totalmente di parlare. Ciò avviene soprattutto nei contesti in cui devono essere processati molti stimoli uditivi. Alcune teorie affermano che i bambini con mutismo selettivo rimangono inconsapevoli dei loro deficit linguistici fino all'età prescolare o scolare, se non frequentano la scuola dell'infanzia, così quando viene loro chiesta un'interazione sociale coi pari, che hanno un normale sviluppo del linguaggio, questi bambini possono essere esclusi. I bambini con temperamento inibito reagiscono con una forte risposta ansiosa e potrebbero rispondere a questo confronto sociale con l'evitamento dell'ambiente scolastico e con il mutismo (Bar-Haim e Henkin, 2004).

*Eziopatogenesi del mutismo selettivo: una prospettiva cognitivista*

In una prospettiva cognitivista (Beck 1976), è possibile ipotizzare che i fattori di vulnerabilità elencati nel precedente paragrafo contribuiscano, interagendo tra loro, alla costruzione di credenze su se stessi, sugli altri e sull'ambiente esterno, che influenzano le reazioni emotive agli eventi e guidano le risposte comportamentali dei bambini in situazioni sociali. Nel caso del mutismo selettivo, le recenti ricerche su singoli casi evidenziano la presenza di credenze su se stessi come diversi dagli altri, questa diversità è valutata negativamente dai bambini. L'ambiente esterno è visto come tendenzialmente pericoloso ed innesca una forte risposta ansiosa, gli altri sono visti come critici e rifiutanti, perché proprio nella

relazione sociale il bambino può trovare le conferme della sua diversità ed inadeguatezza (Capobianco, 2009), (D'Ambrosio e Coletti, 2002).




**Il funzionamento psicologico del paziente con mutismo selettivo**

*Il profilo interno*

Gli studi sui singoli casi e le osservazioni cliniche suggeriscono che il funzionamento psicologico del paziente con mutismo selettivo sia sovrapponibile a quello dei disturbi d'ansia, con riferimento in particolare alla fobia sociale (Bissoli, 2003, 2007); le emozioni e le manifestazioni comportamentali maggiormente descritte in questi quadri clinici sono l'imbarazzo, la vergogna, la timidezza, la diffidenza, il ritiro sociale (D'Ambrosio e Coletti, 2002), (Gordon, 2001), (Cohan et al., 2006). Il bambino con mutismo selettivo, quando si trova in specifiche situazioni sociali, sembra avere una reazione di *freezing*, che riguarda tutte le funzioni comunicative e relazionali: espressività, condivisione di sguardi, movimenti,

gesti e linguaggio. Molti autori descrivono i seguenti tratti comportamentali tipici dei bambini con mutismo selettivo: testa e spalle lievemente curvate in avanti, sguardo evasivo abbassato, braccia irrigidite stese lungo il corpo, sguardo fisso nel vuoto o volto inespressivo come se "ignorasse" l'altro (Capobianco, 2009). La risposta inibitoria del bambino è spesso così forte e pervasiva da far pensare all'interlocutore che il bambino sia o fortemente oppositivo o traumatizzato e da queste manifestazioni sintomatiche sono derivate infatti le teorie precedenti, in seguito invalidate, sull'eziopatogenesi del disturbo. Tutte le descrizioni sui bambini con mutismo selettivo presenti in letteratura fanno riferimento alla timidezza e all'ansia, sembrerebbe quindi che il bambino risponda all'estrema allerta di fronte a situazioni non familiari con condotte di ritiro ed evitamento, probabilmente le uniche strategie del bambino per gestire il disagio percepito. Nel corso del tempo, potrebbe accadere che il bambino consolidi questa modalità di risposta, che diventa quindi un fattore di mantenimento degli stati ansiosi di fronte a situazioni specifiche; inoltre il mutismo potrebbe generare vissuti di metavergogna, infatti nelle relazioni sociali si configura come una manifestazione di timidezza estrema, che viene notata dagli altri e che aumenta così la probabilità che il bambino possa percepirsi, durante il confronto con gli altri, "incapace, inadeguato socialmente, noioso e non interessante". Alcuni clinici di impronta cognitivista ipotizzano che i pazienti con mutismo selettivo abbiano le seguenti credenze circa se stessi: "sono diverso dagli altri bambini, sono meno capace, meno bravo, meno simpatico, meno interessante; sono troppo timido, pauroso e vergognoso". Il bambino si sente minacciato dal giudizio degli altri, teme il fatto di esporsi socialmente, probabilmente quindi crede che gli altri siano giudicanti, critici e rifiutanti. Dato che l'ansia è il principale sintomo del disturbo, si può inferire che questi bambini si rappresentino l'ambiente esterno come imprevedibile e pericoloso (Bissoli, 2003, 2007), (Capobianco, 2009).

Secondo il modello cognitivista, le credenze personali guidano il comportamento dell'individuo e gli permettono di creare regole utili a prevedere conseguenze di azioni e soprattutto a salvaguardare i propri scopi e valori (Beck, 1976), (Miceli e Castelfranchi, 1999). Si può ipotizzare che il bambino con mutismo selettivo abbia costruito, nel corso dello sviluppo, regole di questo tipo:

- Se gioco, se parlo, mi sentirò a disagio, in ansia, mi vergognerò.
- Se mi agito allora vuol dire che non sono come gli altri, sono diverso.
- Se parlo o gioco (quindi se mi espongo socialmente) gli altri si accorgeranno che sono a disagio e che sono diverso da loro (meno capace, meno simpatico…).

Gli *antigoal* per il bambino sarebbero quindi i seguenti:

- Provare ansia, vergogna.
- Gli altri si accorgono che sono diverso, ovvero difettoso rispetto agli altri.

L'inadeguatezza percepita, nel caso del mutismo selettivo, potrebbe derivare da un reale deficit neuropsicologico a carico del sistema di produzione-recezione del linguaggio, come hanno mostrato alcuni

studi recenti (Henkin e Bar-Haim, 2015), che contribuirebbe a creare una sensibilità all'esposizione della voce nei bambini molto timidi ed inibiti. È ipotizzabile quindi che il bambino, con temperamento ansioso e tendenza all'inibizione, nelle prime interazioni sociali percepisca di non essere come gli altri e sperimenti forte disagio, prima per la separazione dalle figure di riferimento, poi per il confronto con gli altri e le richieste sociali da parte dell'ambiente. Inoltre, la letteratura presenta una percentuale significativa di bambini con mutismo selettivo che vivono una condizione di bilinguismo (Tabors, 1997), in questo caso l'inadeguatezza potrebbe derivare anche dal fatto di percepire differenze di pronuncia o nella fluenza, avvertire intrusioni mentali di parole dell'altra lingua, tutto ciò potrebbe rendere il bambino meno sicuro di parlare o più esposto a commenti e giudizi degli altri bambini. Occorre però constatare che non tutti i bambini con debolezze nel processamento linguistico o bilinguismo sviluppano mutismo selettivo, quindi essi non sono fattori sufficienti a spiegarne l'eziopatogenesi; probabilmente entrano in gioco altri fattori: genetici e temperamentali, i legami di attaccamento, i modelli parentali. A causa di queste credenze di sé come difettoso rispetto agli altri, nelle situazioni sociali il bambino sperimenta una forte attivazione ansiosa, così intensa da non permettergli di organizzare risposte adattive, appena si avvicina la minaccia percepita, si osserva nel bambino una fortissima risposta inibitoria, così pervasiva che crea disagio e senso di impotenza a chi si trova di fronte a lui. Questa inibizione espressiva, motoria, linguistica, assomiglia alla risposta di *freezing*, osservata in alcune specie animali proprio in momenti di forte minaccia, quando non sono possibili risposte più efficaci per affrontare il grave pericolo. Da ciò, si può ipotizzare che il bambino con mutismo selettivo consideri l'interazione sociale come una minaccia non affrontabile, quindi che si valuti inefficace socialmente, l'ansia e la vergogna sperimentate inoltre gli confermano il pericolo imminente (*affect as information*) e probabilmente, incrementando la risposta ansiosa, aumenta anche l'intensità della risposta inibitoria. È molto probabile che il bambino non abbia maturato abilità di gestione dell'ansia e della vergogna, infatti queste emozioni sono da lui valutate come pericolose, fastidiose, segno di debolezza, il bambino con mutismo selettivo si meta vergogna, cioè prova emozioni spiacevoli, come preoccupazione, rabbia, tristezza quando si accorge di provare vergogna e ciò contribuisce a mantenere il suo disturbo, proprio come accade nella fobia sociale. Dalle interviste a clinici che si occupano di pazienti con mutismo selettivo, emerge anche che questi bambini hanno un eccessivo automonitoraggio, sono attenti quindi ai segnali di attivazione ansiosa, ed hanno una grande capacità di controllo comportamentale (Rezzonico et al, 2018). Tutto ciò può essere funzionale a salvaguardare lo scopo di non mostrare agli altri la propria vergogna. È quindi possibile proporre un modello cognitivista del mutismo selettivo, sovrapponibile a quello di Clark e Wells della fobia sociale, infatti si ritiene che il mutismo selettivo sia una manifestazione psicopatologica dell'ansia sociale che può presentarsi in età infantile, inoltre alcuni studi sembrano sottolineare la forte correlazione tra mutismo selettivo ed inibizione comportamentale, che è un fattore di vulnerabilità importante anche nella fobia sociale (Kumpulainen et al., 1998), (Steinhausen et al., 1996). Nel mutismo selettivo, tuttavia, si osserva

un'inibizione comportamentale più forte rispetto alla fobia sociale, nella quale prevalgono le condotte evitanti le situazioni sociali temute e, solo in alcuni casi, si può verificare una risposta di così forte inibizione. Si può ipotizzare che nel mutismo selettivo prevalga quindi la reazione di *freezing*, rispetto a quella di fuga, probabilmente anche perché questa patologia si presenta nell'infanzia ed il bambino ha meno possibilità di sottrarsi fisicamente ad una situazione temuta (specialmente se si sente poco capace di affrontare l'ambiente e non ha tratti impulsivi), potrebbe quindi sentirsi più vulnerabile ed inefficace, questo potrebbe provocare una risposta d'ansia molto intensa e quindi potrebbe presentarsi una risposta comportamentale inibitoria più forte. Mutismo ed inibizione si mantengono perché hanno un'importante funzione di rinforzo negativo per il bambino, ovvero riducono momentaneamente il forte disagio dovuto all'ansia nei momenti di confronto sociale, disagio ritenuto insopportabile dal bambino. Infatti, il bambino si sottrae volontariamente all'interazione sociale, nell'unico modo che probabilmente ha imparato. Gli effetti del mutismo solitamente sono che gli altri, specialmente i coetanei, non gli chiedono più di parlare, non lo invitano a giocare, talvolta lo ignorano del tutto; ciò produce nell'immediato una sensazione di sollievo per il bambino, che avverte una diminuzione del disagio, del fastidio e dell'ansia, perché non si sente più al centro dell'attenzione, è come se fosse protetto dal mutismo, tuttavia questa protezione conferma al bambino le credenze circa la sua diversità e la sua inadeguatezza sociale, aumenta così la probabilità di sperimentare emozioni secondarie spiacevoli, quali tristezza, ansia e rabbia ed ostacola lo sviluppo di abilità sociali importanti.

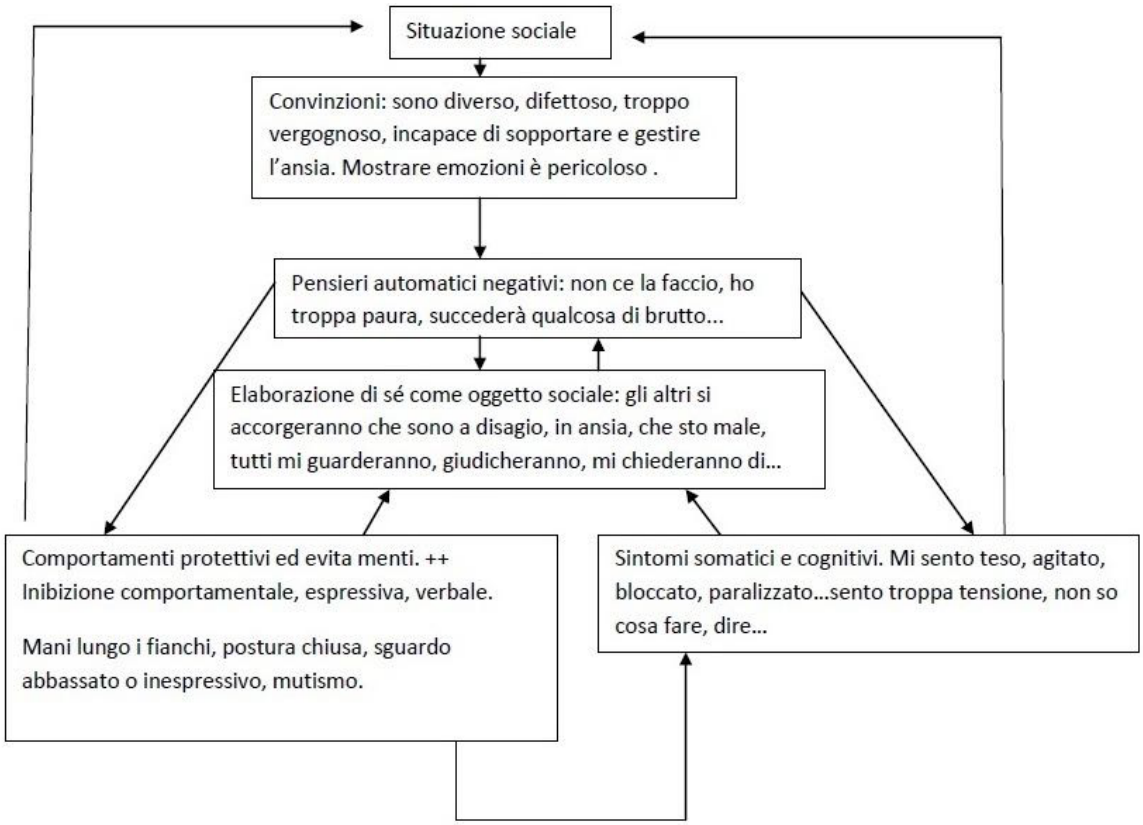


*Figura 2. Funzionamento del mutismo selettivo adattato al modello cognitivo di Clark e Wells della fobia sociale (1995).*

### Assessment e valutazione

Per molti anni la valutazione del mutismo selettivo è stata fatta attraverso griglie d'osservazione compilate da clinici e insegnanti formati. Ad esempio, il *Selective Mutism Behavioral Interaction Coding System-Revised* (Bergman et al., 2008) permette di codificare in modo dettagliato il comportamento comunicativo del bambino in relazione ai differenti interlocutori. Dal 2001 sono stati sviluppati alcuni questionari standardizzati, tuttavia nessuno di questi strumenti è stato ancora validato in lingua italiana.

| **Autore e anno** | **Strumento** | **Numero di item e scale** |
|---|---|---|
| Bergman et al., 2001; 2008 | Selective Mutism Questionnaire (SMQ) compilato dal genitore. | 17 item; punteggio globale e tre sottoscale (contesto scolastico, sociale, familiare) |
| Bergman et al., 2002 | School Speech Questionnaire (SSQ), compilato dall'insegnante | 6 item; punteggio globale |
| Muri set al., 2017 | The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5)- selective mutism subscale | 4 item; punteggio globale (parte di un questionario più ampio per i disturbi d'ansia) |

*Tabella 1. Strumenti di assessment*

Dal 2018 l'Associazione Italiana Mutismo Selettivo (A.I.MU.SE.) sta raccogliendo dati per validare il *Selective Mutism Questionnaire* in lingua italiana (www.aimuse.it). Uno strumento utile per valutare un bambino con mutismo selettivo e monitorarne i progressi durante un percorso di terapia è la scala di comunicazione SM-SCCS (*selective mutism stage of communication comfort scale*), riguarda la facilità di comunicazione ed illustra le differenti fasi attraverso le quali un bambino con mutismo selettivo passa progressivamente dalla condotta mutacica alla parola (Shipon-Blum, 2010). Questo strumento, secondo l'autore, permette di valutare il livello d'ansia sociale nei vari contesti di vita del bambino e con diversi interlocutori, tramite indagine sul tipo di comunicazione messa in atto: assenza di comunicazione, comunicazione gestuale, comunicazione attraverso mediatore verbale e comunicazione verbale. La scala suggerisce un'osservazione del comportamento del bambino nelle diverse situazioni ed un percorso terapeutico graduale, basato sulla riduzione dei livelli d'ansia, che faciliterebbe progressivamente l'apertura del bambino e la sua esposizione durante l'interazione sociale, quest'ultima non sarà subito di tipo verbale ma verrà preceduta da un minor livello di inibizione motoria e quindi da una sempre più attiva partecipazione di tipo espressivo e gestuale, dopodiché potrà esserci un inizio di utilizzo della parola.

Il bambino con mutismo selettivo teme di rompere l'abitudine del silenzio perché preoccupato della reazione che avranno gli altri, si immagina le attenzioni degli altri su di lui, il loro stupore e tutto ciò viene valutato pericoloso perché innescherebbe emozioni di forte vergogna, il bambino si sentirebbe diverso proprio a causa di tutta quell'attenzione ricevuta, che evidenzierebbe quindi il suo disagio e confermerebbe a tutti la sua emotività ed inadeguatezza. Questo scenario ostacola il cambiamento, anche quando il bambino è sinceramente motivato a superare le sue paure, per questo è opportuno lavorare attraverso una desensibilizzazione progressiva ed un'esposizione graduale, cercando di ridurre i livelli d'ansia e quindi l'intensità della risposta inibitoria. Spesso le richieste troppo elevate, le insistenze da parte degli adulti, le domande, possono mantenere il mutismo proprio perché innescano nel bambino una reazione d'ansia eccessiva e quindi portano ad un'ulteriore inibizione comportamentale. La scala di comunicazione SM-SCCS è utile per agire gradualmente e registrare i piccoli cambiamenti, le minime aperture del bambino, programmando un percorso terapeutico adeguato a lui, con obiettivi raggiungibili e soprattutto, lo strumento evidenzia l'importanza di promuovere nel bambino tutti i canali comunicativi e quindi di non ostinarsi a dover utilizzare ed ottenere la comunicazione verbale, infatti insistere su ciò è solitamente controproducente, specialmente se lo si fa senza prima aver compreso il bambino, essere entrati in sintonia con lui, aver condiviso il suo problema e il livello d'ansia che prova nelle varie situazioni. L'*assessment* è una fase che può richiedere molto tempo, proprio per la difficoltà nell'entrare in relazione con una persona che ha paura di interagire e quindi evita lo sguardo, è inibito, non comunica in alcun modo. Spesso i primi obiettivi terapeutici possono essere l'accettazione da parte del bambino di stare in stanza senza la madre, la graduale disinibizione motoria nel gioco e la cooperazione, la progressiva espressività, quindi l'interazione non verbale innanzi tutto. Nella fase di *assessment* è importante raccogliere informazioni dai genitori e dagli insegnanti, avere quindi conoscenza di quali sono le situazioni e le persone con cui il bambino interagisce maggiormente, questo permette di fare inferenze e ipotesi circa il funzionamento, e soprattutto sulla pervasività e gravità del disturbo. Inoltre è utile raccogliere informazioni sulle paure del bambino perché se fossero presenti altre fobie in comorbilità, occorrerà valutare se trattarle prima del mutismo, lavorando comunque sullo stesso nucleo psicopatologico dell'ansia. Le informazioni possono essere raccolte attraverso colloquio, osservazione, registrazioni, interviste e questionari (*CBCL, ABAS-II, SAFA*), per genitori e insegnanti. Le problematiche in questa prima fase sono soprattutto relative alla relazione col bambino e alla gestione delle aspettative dei genitori e degli insegnanti. A volte gli adulti credono che il bambino sia oppositivo e testardo quindi reagiscono con rabbia, colpevolizzazione oppure, per evitare emozioni spiacevoli quali disagio, impotenza e frustrazione, ignorano il bambino, altre volte si sostituiscono a lui nel rispondere alle richieste che gli vengono rivolte. Questi atteggiamenti contribuiscono a mantenere il disturbo, perché aumentano il disagio, le emozioni negative e confermano le credenze di inefficacia e difettosità che il bambino ha su se stesso, infine, soprattutto nel caso in cui il genitore si sostituisce e iperprotegge il figlio, il bambino vedrà

impossibile disconfermare le sue previsioni catastrofiche e quindi i suoi timori sull'esposizione al giudizio altrui saranno mantenuti e rinforzati. Anche il clinico, oltre a riuscire ad entrare in relazione col bambino, deve fare attenzione a non essere né troppo prudente e protettivo, né frettoloso di raggiungere traguardi; nel primo caso perché il suo comportamento non stimolerebbe il bambino a cambiare le sue credenze e ad esporsi, nel secondo caso perché il bambino si sentirebbe troppo sotto pressione e non saprebbe gestire un livello d'ansia troppo intenso, se non con l'inibizione e l'evitamento, quindi attraverso le modalità disfunzionali che conosce e alle quali è abituato.

<table>
<tr><th colspan="3">Fattori di mantenimento</th></tr>
<tr><th colspan="2">Individuali</th><th>Interpersonali</th></tr>
<tr><td>Cognitivi</td><td>Comportamentali</td><td rowspan="2">Iperprotezione: conferma l'idea di essere indifeso ed in pericolo.</td></tr>
<tr><td>Idea di sé come inadeguato ed incapace perché timido e vergognoso.</td><td>Evitamento delle situazioni sociali temute.</td></tr>
<tr><td>Catastrofizzazione della vergogna ("è terribile, non lo sopporto").</td><td>Inibizione motoria, espressiva e verbale.</td><td>Rimprovero: conferma l'inadeguatezza (attribuisce al bambino l'intenzionalità di non parlare come condotta oppositiva).</td></tr>
<tr><td>Affect as information ("se mi sento agitato allora succederà qualcosa che non voglio").</td><td rowspan="5">Comportamenti protettivi.</td><td>Indifferenza: conferma l'idea di non essere interessante e la previsione di essere criticato e rifiutato. Riduce l'ansia anticipatoria perché diminuisce il rischio di interazione sociale.</td></tr>
<tr><td>Anxiety sensitivity.</td><td rowspan="4">Apprezzamenti che sottolineano al bambino la sua diversità: confermano l'idea che gli altri lo considerino diverso da loro, in termini negativi (difettosità, incapacità).</td></tr>
<tr><td>Elaborazione di sé come oggetto sociale.</td></tr>
<tr><td>Ipermonitoraggio dei segnali di attivazione emotiva.</td></tr>
<tr><td>Attenzione selettiva verso segnali che confermano la minaccia di un giudizio negativo.</td></tr>
</table>

*Tabella 2. Fattori di mantenimento del mutismo selettivo*

**Linee di intervento**

*Proposta di un protocollo cognitivo-comportamentale*

La letteratura attuale purtroppo riporta pochi studi sull'efficacia dei diversi trattamenti del mutismo selettivo, tuttavia le ricerche e i dati clinici suggeriscono l'utilità delle tecniche cognitivo-comportamentali: un recente studio ha evidenziato l'efficacia del trattamento cognitivo-comportamentale nei casi di mutismo selettivo (Ostergaard 2018), altri autori hanno portato evidenze sull'efficacia di tecniche cognitivo-comportamentali nel trattamento del mutismo selettivo, soprattutto nella riduzione dei

sintomi e anche nel mantenimento dei risultati nei follow-up a lungo termine (Lang et al. 2016). Le tecniche cognitivo comportamentali sono le più efficaci nel trattamento dei disturbi d'ansia in età evolutiva, il DSM 5 inserisce il mutismo selettivo all'interno dell'ampio spettro dei disturbi d'ansia ed il modello di funzionamento che sembra spiegare maggiormente la sintomatologia inibitoria è quello della fobia sociale, per cui si può ipotizzare che sia utile adattare il protocollo di intervento cognitivo-comportamentale della fobia sociale al mutismo selettivo.

Di seguito si propongono le fasi di un intervento cognitivo comportamentale sul mutismo selettivo, pensato principalmente per bambini della scuola primaria dai 6 ai 10 anni. Queste indicazioni di trattamento si basano sullo studio della letteratura e sull'esperienza clinica.

*1° Fase: costruire l'alleanza terapeutica coi genitori e con il bambino facilitando i suoi comportamenti di interazione sociale, attraverso la riduzione dell'ansia e dell'inibizione.*

Il colloquio con i genitori deve avere l'obiettivo di informarli circa la diagnosi e soprattutto di condividere con loro un modello cognitivo-comportamentale del disturbo. È importante sottolineare la necessità che i genitori siano attivamente coinvolti nella terapia e condividere con loro gli obiettivi graduali dell'intervento. Si consiglia di attivare un percorso di parent training, utile a modificare i comportamenti che mantengono il problema nella relazione col figlio, o comunque prevedere incontri periodici con i genitori. Inoltre, se inizialmente il bambino rifiuta di parlare col terapeuta, i genitori possono essere istruiti ad indagare gli stati emotivi del figlio e raccogliere informazioni utili a costruire un profilo interno di funzionamento del paziente. Il coinvolgimento dei familiari è rilevante nelle varie fasi del trattamento, ad esempio quando il bambino presenta una forte inibizione nel setting terapeutico è possibile prevedere alcune sedute nell'ambiente domestico, in un'ottica di desensibilizzazione progressiva.

La relazione terapeutica con i pazienti in età evolutiva si costruisce attraverso il dialogo, la validazione delle emozioni, la condivisione di interessi e di giochi; nel caso di pazienti con mutismo selettivo, il fatto di doversi relazionare ad un estraneo, in un contesto non familiare, può attivare nei piccoli pazienti forti reazioni ansiose e di conseguenza intensificare la sintomatologia inibitoria. Il terapeuta può quindi trovarsi di fronte un bambino che non risponde alle proposte di gioco, che non lo guarda, che non si muove spontaneamente, che rimane come paralizzato nella stanza. In questo primo momento ci sono molte reazioni emotive che il terapeuta può sperimentare e che deve monitorare per evitare che ostacolino la costruzione di un'alleanza terapeutica. Ad esempio, il terapeuta potrebbe avere il timore di far sperimentare troppa ansia al bambino e danneggiarlo emotivamente attraverso richieste per lui eccessive da tollerare, oppure potrebbe sperimentare rabbia perché il bambino non risponde a nessuna proposta di interazione, infine potrebbe provare tristezza e anticipare un fallimento terapeutico. Il fatto che vi siano pochi studi sul mutismo selettivo e sull'efficacia dell'intervento, l'assenza di protocolli guida per il trattamento può generare insicurezza del terapeuta sulle modalità da utilizzare. Nell'entrare in relazione

col bambino affetto da mutismo selettivo occorre considerare che è necessario porsi come primo obiettivo l'abbassamento del suo livello d'ansia nel setting terapeutico e nella relazione col terapeuta. Quindi se ad esempio il bambino si colloca ad un livello 0 nella scala di comunicazione SM-SCC (Shipon-Blum 2010), occorrerà intervenire con tecniche comportamentali di desensibilizzazione progressiva, permettendo ad esempio al bambino di stare solo nella stanza con la madre, di portare giochi da casa; la figura di riferimento può quindi essere usata come mediatore relazionale tra il bambino ed il terapeuta (motivo per cui è importante che vi sia una buona alleanza col genitore), in alcuni casi potrebbe anche essere previsto di spostare il *setting* terapeutico in ambiente domestico, dove il bambino si possa sentire più a suo agio; gradualmente il bambino accetterà di stare nella stanza del terapeuta e senza *caregiver* per tempi sempre più prolungati. Infatti, se il livello d'ansia si abbassa sarà possibile osservare una riduzione dell'inibizione motoria del paziente. In questa fase, che può durare anche alcune settimane (si consiglia di evitare interruzioni della frequenza stabilita perché questo potrebbe ostacolare il percorso di desensibilizzazione, con regressione del bambino e quindi un ritorno ai livelli d'ansia precedenti), il terapeuta può presentarsi come figura d'aiuto, senza però focalizzarsi troppo sul mutismo, che è motivo di vergogna per il bambino, si consiglia di parlare di paure in generale, normalizzando quest'emozione e presentando storie, libri, filmati relativi alle possibili paure ed alla difficoltà nel gestirle e superarle. L'ideale sarebbe scegliere il materiale che più interessa al paziente, farsi aiutare dai genitori per adattare gli strumenti al singolo bambino. Infatti, nonostante la sintomatologia invalidante, il bambino con mutismo selettivo solitamente ha molta voglia di giocare, condividere interessi, divertirsi (tutto ciò che non fa a scuola coi pari), se il terapeuta dimostra un'autentica voglia di giocare insieme a lui e di conoscerlo, rispettando i suoi tempi, accettandolo ma allo stesso tempo stimolandolo ed incuriosendolo, probabilmente il bambino piano piano allenterà la risposta inibitoria e accetterà la relazione col terapeuta. Infine, per abbassare l'ansia del bambino occorre rendere l'ambiente e le attività prevedibili, quindi spiegare anticipatamente quello che verrà fatto durante la seduta e come sarà organizzato il tempo.

*2° Fase: costruire un modello di funzionamento del disturbo, comprendere il ruolo del mutismo, individuare i pensieri disfunzionali.*

La terapia cognitivo-comportamentale per costruire un modello di funzionamento del disturbo usa strumenti auto osservativi e che aumentano la consapevolezza del paziente sui propri stati mentali, vengono quindi assegnati compiti come registrazione degli ABC, diari e termometri delle emozioni. L'inibizione verbale del bambino ostacola in parte questa fase, per cui col bambino in età scolare è possibile proporre l'utilizzo della comunicazione scritta. Se però il bambino parte da un livello 0 nella scala della comunicazione, non sarà in grado di scrivere messaggi, perché l'inibizione comportamentale ostacola ogni tipo di iniziativa motoria, di fronte alla proposta di scrivere o disegnare il bambino probabilmente resterà immobile ed inespressivo, di conseguenza, per comunicare in modo non verbale ed

utilizzare messaggi scritti, occorrerà programmare tappe intermedie: ad esempio si potrà iniziare chiedendo di scegliere dei cartellini con risposte già fatte, poi mettere solo una crocetta sulla casella scelta, in seguito sarà possibile, in un clima di accettazione non giudicante, che il bambino scriva parole, frasi e pensieri personali. Il fatto di presentare vignette o storie dove vengono illustrati i pensieri che altri bambini possono avere e che generano ansia e vergogna, ha solitamente un effetto di normalizzazione e rassicurazione sul bambino, abbassa la sua vergogna e lo rende più disponibile a riferire pensieri ed emozioni personali. Se il bambino è a disagio su alcuni contenuti o se la richiesta fatta lo porta a sperimentare troppa ansia, probabilmente si osserverà un'intensificazione della risposta inibitoria, in questo caso è opportuno indagare l'evento tramite ABC oppure, se l'inibizione è forte, cambiare strategia, suddividendo l'obiettivo in più step o presentando in modo differente, meno diretto, lo stesso tema. In questa fase è prevista la psicoeducazione per fornire al bambino informazioni utili ad osservare e riflettere sugli stati mentali, in particolare si tratteranno l'ansia, la vergogna e la meta vergogna attraverso cartoni, libri, vignette.

Durante gli step previsti nel passaggio dalla fase 0 alla fase 1 della scala di comunicazione, può essere utile avvalersi di tecniche comportamentali come *prompting* e *fading*. È importante che terapeuta e genitori non mostrino un'esagerata attivazione emotiva quando il bambino raggiunge un risultato, infatti il bambino potrebbe valutare i complimenti come delle conferme della sua problematicità e difettosità. Si potrebbe invece chiedere a lui di esprimere come si sente dopo aver raggiunto un traguardo, ciò per aiutarlo a vedere i benefici del lavoro insieme e motivarlo quindi a proseguire il lavoro.

*3° Fase: accrescere la motivazione al cambiamento, ristrutturare i pensieri automatici negativi ed organizzare esposizioni graduali.*

Dopo aver svolto la fase di psicoeducazione e condiviso come funziona il problema dell'ansia sociale ed il ruolo che hanno i comportamenti di evitamento e di protezione, tra cui il mutismo, si consiglia di dedicare alcune sedute all'evidenziare i costi di queste risposte comportamentali. Possono essere usati burattini per fare delle scenette o essere proposti spezzoni di cartoni animati o fumetti. È importante che il bambino diventi consapevole di come funziona l'ansia sociale, di ciò che la mantiene e che comporta costi elevati. Per il bambino i costi sono l'isolamento, la perdita di possibilità di divertirsi, di prendere un bel voto nei compiti orali, l'impossibilità di fare richieste o manifestare bisogni a scuola. Queste conseguenze, che confermano i pensieri negativi di incapacità e inferiorità su se stessi, bloccano il bambino in una specie di labirinto della paura. Dopo essersi accertati che il bambino si sia rappresentato come funziona il problema e quali costi ne conseguono, è possibile introdurre proposte di cambiamento graduali. In questo momento della terapia il bambino è più consapevole dei pensieri disfunzionali responsabili delle sue emozioni di ansia e di vergogna. Attraverso tecniche di rassicurazione è possibile correggere questi pensieri automatici, si possono scrivere e realizzare ad esempio liste di pensieri "nemici" e correggerli, facendoli

diventare più "amici" e quindi utili al bambino, allenare a individuare e correggere i suoi pensieri e le sue previsioni, prima in terapia con *role-playing* e poi in vivo in varie situazioni sociali. Questi pensieri riguardano l'idea di sé e degli altri, alcuni esempi possono essere: "gli altri pensano che sono troppo timido", "gli altri pensano che non sono capace"; "sono diverso dagli altri, sono incapace, debole, sarò rifiutato", ci possono essere valutazioni catastrofiche sulle reazioni emotive come: "se gli altri vedono che mi vergogno e che ho paura penseranno che sono incapace", "non devo mostrare le mie emozioni", "mostrare emozioni è pericoloso", oltre alla paura e alla vergogna il bambino con mutismo selettivo può sperimentare anche rabbia e tristezza ed è importante individuare tutti i *bias* cognitivi che alimentano emozioni eccessivamente intense e attivano quindi risposte disfunzionali. È fondamentale che il bambino sperimenti autoefficacia nel gestire livelli di emozione gradualmente più intensi, anche per correggere l'idea che le emozioni sono pericolose e che lui non può fare nulla per gestirle se non stare immobile (la risposta di *freezing* è evolutivamente riconducibile alla percezione che non ci sia altra via di scampo, nessuna alternativa comportamentale per gestire il disagio e la difficoltà). Le esposizioni possono riguardare la comunicazione non verbale o anche verbale, potrebbe accadere che il bambino accetti di parlare in contesti extrascolastici oppure solo con un compagno di classe. L'esposizione verbale davanti a tutti i compagni e alle insegnanti è probabilmente un obiettivo più difficile da raggiungere. Se la terapia procede in modo positivo il bambino potrà passare dalla fase 0 di totale inibizione, ad una fase 1 di comunicazione non verbale. Tuttavia, occorre considerare che il bambino potrà trovarsi in fasi diverse della scala di comunicazione, nei diversi contesti o relazioni, ad esempio potrebbe essere nel livello 2 col terapeuta e nel livello 1 con le insegnanti. Il passaggio dalla fase 1 alla fase 2 può essere fatto con l'aiuto di un mediatore verbale, un compagno oppure il genitore, qualcuno che riferisca la risposta del bambino oppure si possono proporre mediatori digitali, utili anche per organizzare le esposizioni graduali. Ad esempio, il bambino potrebbe accettare di inviare messaggi scritti, poi messaggi vocali, questi possono essere ascoltati in seduta o a scuola coi compagni, se il bambino è d'accordo e quindi accetta di esporre la propria voce al giudizio altrui, in modo indiretto. Una tappa successiva potrebbe essere la realizzazione di video in cui il bambino parla e quindi accetta di essere visto mentre parla, in seguito l'uso di videochiamate porta il bambino ad un'esposizione di livello superiore. Infine, l'esposizione diretta può essere mediata da una tappa in cui il bambino accetta di far ascoltare la propria voce ma non parla direttamente all'interlocutore, può parlare al mediatore all'orecchio e accettare gradualmente che l'interlocutore si posizioni sempre più vicino a lui. Inoltre, per stimolare il bambino e motivarlo ad esporsi è possibile proporre qualcosa simile al "gioco degli attori": inventare insieme a lui personaggi e scrivere le battute, proporgli di leggere le battute e registrarsi; è possibile fare ciò gradualmente, recitando e registrando le battute separatamente, poi mettere insieme le registrazioni come se fosse uno scambio di battute ed in seguito proporre di leggere insieme le battute del copione. Durante le esposizioni in seduta è utile sfruttare anche i momenti in cui il bambino mostra ansia ed inibizione, quindi attraverso ABC

approfondire quali pensieri automatici si attivano e sperimentare strategie per gestirli. Le numerose esposizioni con registrazioni permettono anche di osservare insieme al bambino che i segnali dell'ansia diminuiscono via via che lui si espone e quindi accetta di tollerare la vergogna, senza evitare o proteggersi.

*4° Fase: aumentare la consapevolezza corporea per gestire sensazioni spiacevoli legate all'ansia e alla vergogna e arricchire le competenze sociali.*

I bambini con mutismo selettivo hanno imparato a rispondere alle emozioni intense attraverso risposte inibitorie. Apparentemente sembrerebbe che i bambini con mutismo siano capaci di controllare moltissimo le loro risposte corporee, inibendo tutti i tipi di reazioni e ipercontrollando l'ansia e l'agitazione, in realtà la risposta di *freezing* non è intenzionale ma si attiva perché vi è la percezione di una minaccia "senza via di scampo" cioè che il bambino si considera incapace di sopportare e gestire. L'inibizione intensa è equivalente ad una risposta impulsiva perché automatica, anche se l'inibizione appare come l'opposto dell'esplosione emotiva del bambino esternalizzante con disregolazione affettiva, essa si attiva senza una consapevolezza e una scelta del bambino, il bambino non sta gestendo o ipercontrollando un'ansia eccessiva ma è completamente in preda all'ansia, tanto da avere una risposta di *freezing*, che gli esseri viventi attivano quando percepiscono la situazione altamente minacciosa e in mancanza di risorse interne o esterne per affrontarla attivamente. Ipotizzando quindi che le sensazioni corporee legate ad un'attivazione emotiva siano valutate dal paziente come una minaccia e conferma di una possibile catastrofe (*anxiety sensitivity*) è importante prevedere nella terapia alcune tecniche che abbiano come obiettivo l'aumento della consapevolezza del bambino sulle sue sensazioni fisiche e reazioni corporee, questo per riconoscere i segnali di irrigidimento e dell'ansia che anticipano la risposta inibitoria; fargli quindi sperimentare la possibilità di poter gestire questi segnali corporei, attraverso l'utilizzo di tecniche come la regolarizzazione del respiro, il rilassamento progressivo, osservando anche che il pensiero può influenzare la risposta corporea e rendere più tollerabile un disagio fisico causato dall'ansia. Anche attraverso tecniche *mindfulness* per bambini si può migliorare la consapevolezza corporea, ridurre l'*anxiety sensitivity* e far sperimentare al bambino efficacia nella gestione di sensazioni spiacevoli.

Come nell'intervento sulla fobia sociale, è opportuno lavorare col paziente affetto da mutismo selettivo sull'apprendimento di *social skills*, infatti il bambino a causa della sintomatologia evitante avrà perso molte opportunità per apprendere ed esercitare queste abilità ed il fatto di valutarsi incapace socialmente mantiene il disturbo. Occorre quindi aiutarlo a sviluppare competenze sociali e a metterle in pratica in seduta ed in vivo. Questo intervento permetterà al bambino di sentirsi più efficace e capace di esprimersi, ciò abbasserà la percezione di minaccia e quindi i livelli d'ansia e lo aiuterà ad esporsi sempre di più nelle relazioni. Si può proporre al bambino di esercitarsi nell'uso di queste abilità con un compagno col quale si sente più tranquillo e col quale può accettare più facilmente di esporsi.

*5° Fase (parallela alle altre fasi): intervenire sui fattori di mantenimento interpersonali coinvolgendo anche le insegnanti.*

I fattori di mantenimento interpersonali possono ostacolare il raggiungimento di risultati terapeutici e la loro generalizzazione; nella prima fase è già stata spiegata l'importanza di coinvolgere i genitori nella terapia, anche al fine di modificare quei comportamenti che risultano essere fattori di mantenimento del problema. Inoltre è fondamentale prevedere, durante il trattamento, incontri periodici con le insegnanti al fine di condividere informazioni circa il mutismo selettivo e fornire indicazioni su come gestire in classe i sintomi del bambino. Infine, è importante che vengano condivisi obiettivi e strategie di intervento, ad esempio anche a scuola potrebbero essere utili interventi di desensibilizzazione graduale per ridurre l'ansia, l'inibizione e facilitare la comunicazione non verbale; alcune esposizioni potrebbero riguardare le interazioni nell'ambiente scolastico, è quindi importante avere un riscontro dalle insegnanti che hanno la possibilità di osservare il bambino quotidianamente, in un contesto relazionale dove solitamente si manifestano i sintomi principali del disturbo.

## Conclusioni

Il protocollo di intervento sul mutismo selettivo, descritto in questo capitolo, è basato su un modello cognitivista di funzionamento del disturbo, nel quale la condotta mutacica è sintomo della fobia sociale e si manifesta solitamente in bambini di età prescolare o scolare. Alcune strategie di intervento proposte sono le stesse dei protocolli cognitivo-comportamentali per il trattamento dell'ansia sociale, la cui applicazione è ostacolata dalla presenza di mutismo selettivo e inibizione che, nella prima fase della terapia, determinano una problematica relazionale, ovvero la difficoltà ad instaurare una buona relazione terapeutica e non favoriscono quindi l'alleanza con il paziente. La forte componente inibitoria che si osserva in questi pazienti è spesso automatica e si è consolidata nel tempo, quindi risulta difficile da modificare e potrebbe ostacolare le esposizioni anche quando il bambino è motivato. In lavori futuri sarebbe utile approfondire, in modo più dettagliato, quali siano le strategie di intervento più efficaci per affrontare il problema della risposta inibitoria intensa ed automatica nei bambini con mutismo selettivo.

Infine, in letteratura esistono ancora pochi studi sul mutismo selettivo, è quindi necessario proseguire le ricerche a riguardo e presentare un maggior numero di dati sull'efficacia di protocolli di intervento cognitivo-comportamentali.

## Bibliografia

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, (3th ed. text revision), American Psychiatric Association, Washington, DC.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (DSM III, 3th edn., author revised), American Psychiatric Association, Washington, DC.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (DSM-IV, 4th edn., author revised), American Psychiatric Association, Washington, DC.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (DSM-IV, 4th edn., author text revision), American Psychiatric Association, Washington, DC.

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (DSM 5, 5th edn.), American Psychiatric Association, Arlington.

Anstending, K.D. (1999). Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *Journal of Anxiety Disorder* 13, 417-434.

Bar-Haim, Y., Henkin, Y., Ari-Even-Roth, D., Tatin-Schneider, S., Hildesheimer, M. & Muchnik, C. (2004). Reduced auditory efferent activity in childhood selective mutism. *Biological Psychiatry* 55, 1061-1068.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press. Trad. it. Principi di Terapia Cognitiva. Un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi. Roma: Astrolabio, 1984.

Bergman, R.L., Piacentini, J. & Mc Cracken, J.T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 938-946.

Bergman, R.L., Keller, M.L., Piacentini, J., & Bergman, A.J. (2008). "The Development and Psychometric Properties of the Selective Mutism Questionnaire". *Journal of Child and Adolescent Psychology* 37, 456-464.

Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D.R., Rosenbaum, J.F. et al. (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry* 158, 1673-1679.

Bissoli, C. (2003). Il mutismo selettivo in: Isola L e Mancini F, a cura di. *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. Milano: Franco Angeli.

Bissoli, C. (2007). Il mutismo selettivo in: Isola L e Mancini F, a cura di. *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. Milano: Franco Angeli.

Bögels, S.M., Alden, L., Beidel, D.C., Clark, L.A., Pine, D.S., Stein, M.B. & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety* 27, 168-189.

Capobianco, M. (2009). Il mutismo selettivo: diagnosi, eziologia, comorbilità e trattamento. *Cognitivismo Clinico* 6:2, 211-228.

Chavira, D.A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., et al. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, 1464-1472.

Cohan, S.L., Chavira, D.A. & Stein, M.B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47, 1085-1097.

Cunningham, C.E., Mc Holm, A., Boyle, M.H., et al. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45, 1363-1372.

D'Ambrosio, M. & Coletti, B. (2002). L'intervento cognitivo comportamentale nel trattamento del mutismo selettivo. *I care* 27:3, 97-103.

Elizur, Y. & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42, 1451-1459.

Giddan, J.J. & Milling, L. (1999). Comorbidity of psychiatric and communication disorders in children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American* 8:1, 19-36.

Gordon, N. (2001). Mutism: elective or selective, and acquired. *Brain and Development* 23, 83-87.

Henkin, Y. & Bar-Haim, Y.(2015). An auditory-neuroscience perspective on the development of selective mutism. *Developmental Cognitive Neuroscience* 12, 86-93.

Hirshfeld-Becker, D.R., Biederman, J., Henin, A., et al. (2007). Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety: a five-year follow-up. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 28, 225-233.

Hoy, R. (2002). Tuning in by tuning off. *Nature* 418, 831-833.

Kagan, J., Reznick, J.S. & Snidman, N. (1988). "Biological bases of childood shyness". *Science* 240:4849, 167-171.

Klein, E.R., Armstrong, S.L. & Shipon-Blum, E. (2012). Assessing spoken language competence

in children with selective mutism: using parents as test presenters. *Communication Disorders Quarterly* 34, 184-195.

Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39, 249-256.

Kristensen, H. & Torgersen, S. (2002). A case-control study of EAS child and parental temperaments in selectively mute children with an without a comorbid communication disorder. *Nordic Journal of Psychiatry* 56, 347-353.

Krysanski, V.L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology* 137:1, 29-40.

Kumpulainen, K., Rasanen, E., Raaska, H. et al. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1998:7, 24-29.

Kussmaul, A. (1877). *Die storungen der sprache (The disturbances of speech*). Basel,

Switzerland: Benno Schwabe.

Lang, C., Nir, Z., Gothelf , A. et al. (2016). The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. *European Journal of Pediatrics* 175, 481-487.

Leonard, H.L. & Dow, S.P. (1993). Elective mutism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics* of *of North American* 2, 695-707.

Manassis, K., Tannock, R., Garland, E.J. et al. (2007). The Sounds of silence: language,

cognition, and anxiety in selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46,1187-1195.

Manassis, K. & Tannock, R. (2008). Comparing interventions for selective mutism: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry* 53:10, 700-703.

Mc Innes, A., Fung, D., Manassis, K., Fiksenbaum, L. & Tannock, R. (2004). Narrative skills in children with selective mutism: An exploratory study. *American Journal of Speech-Language Pathology* 13, 304-315.

Mc Leod, A.N. & Rogers, C.F. (2009). "Preschool Twins with Selective Mutism: Communication Outcomes at Age 9, at *Annual Convention of the American Speech, Language, & Hearing Association*", New Orleans, LA.

Melfsen, S., Walitza, S. & Warnke, A. (2006). *The extent of social anxiety in combination with mental disorders*. *European Child and Adolescent Psychiatry* 15:2, 111-117.

Miceli, M. & Castelfranchi, C. (1999). The role of evaluation in cognition and social interaction. In K. Dautenhahn (Ed). *Human Cognition and Social Agent Technology*. Amsterdam: John Benjamins.

Muchnik, C., Ari-Even Roth, D., Hildesheimer, M. et al. (2013). Abnormalities in auditory efferent activities in children with selective mutism. *Audiology and Neurotology* 18, 353-361.

Muris, P. & Ollendick, T.H. (2015). Children who are anxious in silence: a review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review* 18, 151-169.

Ostergaard, K.R. (2018). Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, psychopharmacology and combination therapy - a systematic review. *Nord Journal of Psychiatry* 72:4, 240-250.

Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K. & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience* 251, 284-296.

Rezzonico, G., Iacchia, I. & Monticelli, I. (2018). *Mutismo selettivo. Sviluppo, diagnosi e trattamento multisituazionale*. Milano: Franco Angeli.

Schwartz, R.H., Freedy, A.S. & Sheridan, M.J. (2006). Selective mutism: are primary care physicians missing the silence? *Clinical Pediatrics (Phila)* 45, 43-48.

Segal, N.L. (2003). Two quiet: monozygotic female twins with selective mutism. *Clinical Child Psychology and Psychiarty* 8, 473-488.

Sharkey, L., Mc Nicholas, F. (2006). Femail monozygotic twins with selective mutism a case report . *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 27:2, 129-133.

Shipon-Blum, E. (2010). *Comprendere il mutismo selettivo*. Bari: La Meridiana.

Stein, M.B., Yang, B.Z., Chavira, D.A. et al. (2009). A common genetic variant in the neurexin superfamily member CNTNAP2 is associated with increased risk for selective mutism and social anxiety-related traits. *Biological Psychiatry* 69, 825-831.

Steinhausen, H.C.& Juzi, C. (1996). Elective mutism: an analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35, 606-614.

Steinhausen, H.C., Wachter, M., Laimböck, K., Winkler Metzke, C. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47, 751-756.

Tabors, P.O. (1997). *One child, two languages: A guide for preschool educators of children learning English as a second language*. Baltimore, MD: Brookes.

Toppelberg, C.O., Tabors, P., Coggins, A., Lum, K. & Burger, C. (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44, 592-595.

Tramer, M. (1934). Elekitiver mutism be: Kindeen. *Zeitschrift for Kind Psychiatric* 1, 30-35.

Viana, A.G., Beidel, D.C. & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review* 29:1, 57-67.

Wong, P. (2010). Selective mutism: A review of etiology, comorbidities, and treatment. *Psychiatry (Edgemont)* 7:3, 23-31.

*Laura Bianchi, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Grosseto, e-mail: laura.bianchi1988@hotmail.it*

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

psicoterapeuti in-formazione

2020, NUMERO 25 – NUMERO MONOGRAFICO ETÀ EVOLUTIVA

# Condividere sofferenze e significati. Un'esperienza di psicoterapia di gruppo rivolta ad adolescenti con storie di sviluppo traumatico

Milena Coletti[1], Grazia Tiziana Vitale[2], Maria Grazia Foschino Barbaro[3]

[1]Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Grosseto, [2]Dirigente Psicologo U.O.S.D. Psicologia Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII", A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII Bari, [3]Psicologo Responsabile U.O.S.D. Psicologia Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII", A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII Bari

***Riassunto***

Oggetto: Traumi multipli e cumulativi, sperimentati nella prima infanzia, determinano una profonda alterazione dei processi di regolazione interna, che va ben oltre il PTSD. In adolescenza, data la maggiore suscettibilità neurobiologica, si evidenzia un rischio evolutivo ancora maggiore. Tuttavia, pochi sono i trattamenti "*evidence based*" disponibili per l'intervento in età evolutiva.

Il nostro gruppo di lavoro si è adoperato per implementare un intervento di presa in carico che soddisfacesse le esigenze di cura specifiche di ragazzi adolescenti con esperienze traumatiche e che, allo stesso tempo, ponesse rimedio al problema delle spesso troppo lunghe liste di attesa del SSN.

Metodo: Modelli di riferimento sono stati la TF-CBT (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2013) per bambini e adolescenti e l'ITCT-A (Briere & Lanktree, 2013).

Data la centralità dei pari in età adolescenziale, abbiamo progettato un ciclo di incontri di psicoterapia di gruppo, condotti da un terapeuta ed un co-terapeuta. Sono state inoltre programmate una fase preliminare di *assessment* ed una valutazione di esito.

Risultati: Nel complesso, si è registrato un significativo incremento delle competenze di riflessione sui propri pensieri e vissuti, nonché delle capacità di regolazione delle emozioni problematiche. Le condotte di evitamento risultano essersi ridotte in maniera significativa e la "finestra di tolleranza" appare ampliatasi. Il setting di gruppo ha inoltre favorito nei ragazzi l'acquisizione di preziose competenze interpersonali.

Conclusioni: In un'ottica di sostenibilità, è stato possibile rispondere alle richieste di cura specifiche di adolescenti con complesse storie di sviluppo traumatico, creando le condizioni per un efficace lavoro di ri-significazione delle esperienze traumatiche.

***Parole chiave:*** Trauma complesso, Adolescenza, Sviluppo traumatico, Psicoterapia di gruppo, Terapia Cognitivo-Comportamentale, Trattamento multimodale e flessibile, Sostenibilità, Finestra di tolleranza, Stabilizzazione, Psicoeducazione, Autoregolazione, Memorie traumatiche

## Sharing pains and meanings. An experience of group psychotherapy targetting adolescents with traumatic development

***Abstract***

Subject: Early childhood multiple and cumulative traumas, determine a deep alteration of internal regulation

Milena Coletti, Condividere sofferenze e significati: una esperienza di psicoterapia di gruppo rivolta ad adolescenti con storie di sviluppo traumatico, *Numero 25 – Numero Monografico Età Evolutiva, 2020, pp. 49-66.*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

processes, which goes far beyond PTSD. During adolescence, given the greater neurobiological susceptibility, an even greater evolutionary risk occurs. However, there are few "evidence based" treatments for traumatized children and adolescents. We worked to accomplish an intervention that meets the specific care needs of adolescents with traumatic experiences and, at the same time, remedies the problem of the often too long waiting lists of the NHS.
Method: Given the role that peers play during adolescence, we designed, using TF-CBT (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2013) for children and adolescents and ITCT-A (Briere & Lanktree, 2013) as models, a group therapy, led by a therapist and a co-therapist. A preliminary and outcome assessment phases were also planned.
Results: Overall, there has been a significant increase in the ability to reflect on one's thoughts and experiences, as well as to control emotional reactivity; avoidance behaviors are significantly reduced and the "window of tolerance" appears to have widened. The group also promoted the acquisition of valuable social skills.
Conclusions: With a view to sustainability, we succeded in taking care of the specific needs of teenagers with complex traumatic development stories, also creating the conditions for an effective work of re-signifying traumatic experiences.

***Key words:*** Complex trauma, Adolescence, Traumatic development, Group psychotherapy, Cognitive-Behavioral Therapy, Multimodal and flexible treatment, Sustainability, Tolerance window, Stabilization, Psychoeducation, Self-regulation, Traumatic memories

## Introduzione

Il concetto di trauma complesso si riferisce all'esposizione ripetuta e prolungata ad eventi traumatici, che si verificano nel contesto di cure primario, ovvero in quello specifico ambiente che si suppone essere la principale fonte di stabilità e sicurezza per la vita del bambino e da cui quest'ultimo non può sottrarsi poiché costretto a dipendervi. Generalmente include esperienze di maltrattamento, quali la violenza fisica ed emotiva, l'abuso sessuale, la violenza assistita e il *neglect*, fino all'abbandono, che tendono ad accumularsi, andando a configurare una complessa combinazione di esperienze insostenibili, in assenza di adeguata protezione (Foschino Barbaro & Mancini (a cura di), 2017).

Traumi multipli e cumulativi, sperimentati nella prima infanzia, hanno conseguenze persistenti che vanno ben oltre il Disturbo da stress post traumatico (Felitti, Anda, Williamson et al., 1998).

Con la pubblicazione dell'undicesima edizione dell'*International Classification of Diseases* (ICD-11), l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto ufficialmente la diagnosi di Disturbo da stress post-traumatico complesso (C-PTSD, *Complex* PTSD).

Secondo l'ICD-11, per porre diagnosi di PTSD complesso è innanzitutto necessario che siano presenti le tre tipologie di sintomi principali del PTSD, cioè:

1. Risperimentazione, attraverso memorie vivide e intrusive, *flashback* o incubi;
2. Evitamento, sia di pensieri e ricordi, sia di stimoli associati al trauma;
3. Iperattivazione, cioè ipervigilanza ed esagerata risposta d'allarme.

In aggiunta (e a differenza del PTSD "semplice"), il PTSD complesso è caratterizzato da compromissioni gravi e durature in una serie di aree di funzionamento, quali:

4. Regolazione delle emozioni e controllo degli impulsi: i sopravvissuti non riescono a gestire emozioni intense e improvvise (come la rabbia) e mettono in atto condotte auto-distruttive (autolesionismo, abuso di sostanze, ecc.) quando iniziano a percepire come intollerabili e opprimenti anche minimi fattori di stress. Si riscontra inoltre una tendenza a entrare in stati dissociativi;
5. Percezione di sé: le vittime di esperienze traumatiche sviluppano una visione di sé stesse come indesiderate, deboli, impotenti, "danneggiate" e provano senso di colpa e vergogna cronici perché, in molti casi, si ritengono responsabili dell'abuso che hanno subìto;
6. Rapporti interpersonali: incapacità di fidarsi o di entrare in intimità con gli altri, elevata sospettosità e isolamento sociale.

Tutti questi sintomi sono persistenti e causano difficoltà sul piano personale, lavorativo, scolastico, amicale o familiare.

In un simile quadro psicopatologico si rintracciano dunque compromissioni in più domini: l'attaccamento, la biologia, la regolazione affettiva e comportamentale, la dissociazione, la cognizione e il concetto di sé (Cloitre, Stolbach, Herman et al., 2009; Cook, Blaustein, Spinazzola et al., 2003; D'Andrea, Ford, Stolbach et al., 2012).

Approfondiamone la natura e le correlazioni degli uni con gli altri.

La relazione primaria con il *caregiver* configura un contesto relazionale nel quale il bambino sviluppa i precoci modelli del sé, dell'altro e del sé in relazione all'altro (Bowlby, 1988).

Bambini ripetutamente rifiutati o allontanati dai genitori imparano a ignorare o a non fidarsi delle proprie emozioni e reazioni, persino del proprio corpo (Attili, 2007).

Quando invece il bambino sperimenta un atteggiamento di cura incostante, caratterizzato dall'alternanza, non predicibile, di conferma e disconferma, può sviluppare un pattern ambivalente di attaccamento (Ainsworth, Blehar, Waters, et al., 1978) ed apprendere ad anticipare i repentini cambiamenti di atteggiamento dell'adulto dal distacco/trascuratezza all'intrusività, operando una disconnessione tra sé e gli altri.

Infine, un pattern di attaccamento disorganizzato, che è manifestazione del fallimento del sistema di cura e protezione, sembra riflettere modelli primitivi di sopravvivenza che risultano rigidi ed estremi (Lyons-Ruth & Jacobovitz, 2008). Questi modelli operativi sono incentrati sul sentirsi indifesi, impotenti, destinati al rifiuto ma allo stesso tempo sul controllo coercitivo dell'altro, percepito come ostile e rifiutante. Le strategie messe in atto dal bambino, all'interno di una relazione con la figura di accudimento di questo tipo, possono essere infatti di natura "accudente" o "punitiva" (Liotti & Farina, 2011). La strategia controllante accudente, anche detta di "genitorializzazione", prevede proprio che il bambino diventi iper competente e iper sensibile agli sbalzi del genitore, di fatto imparando a "contenerlo" e ad anticiparne il comportamento imprevedibile. Una strategia controllante punitiva si caratterizza invece per la tendenza,

da parte del bambino, ad aggredire e ad imporre la propria volontà al genitore, al fine di anticipare e sopprimere le sue condotte disregolate, in quanto dolorose.

Simili alterazioni del legame di attaccamento avranno dei costi futuri in termini di una marcata difficoltà nel creare rapporti stabili e in cui ci si possa affidare e aprire all'altro senza che questo voglia dire, nuovamente, sottoporsi a una possibile minaccia e a nuovi abusi (Liotti & Farina, 2011). Ne deriveranno problemi a sintonizzarsi con gli stati emotivi altrui e ad assumere il punto di vista dell'altro, sfiducia e sospettosità legate all'incertezza circa la prevedibilità e l'affidabilità del mondo circostante.

Peraltro, bambini che hanno sperimentato violenza imprevedibile e ripetuti abbandoni spesso falliscono nello sviluppare adeguate competenze visive e verbali; i loro sforzi sono infatti orientati a sopravvivere e a controllare/difendersi da quello che accade intorno a loro.

La disorganizzazione dell'attaccamento, in effetti, risulta avere un impatto sullo sviluppo delle connessioni neuronali in aree importanti del cervello, in particolare la corteccia orbitale prefrontale e le sue connessioni (Schore, 2010), comportando deficit di regolazione dei livelli di *arousal*.

In altre parole, le esperienze cumulative di deprivazione e maltrattamento nell'infanzia agiscono sui fattori di regolazione neurobiologica delle risposte allo stress e provocano, da una parte una ipersensibilizzazione del sistema attraverso una condizione di *iperarousal*, che tende a stabilizzarsi nel tempo; dall'altra, reazioni di iperadattamento, che svolgono una funzione difensiva (Gunnar & Donzella, 2002). Tali meccanismi sono mediati dall'azione di ormoni e neurotrasmettitori che, oltre a determinare l'attivazione in maniera disfunzionale del sistema, possono causare anche una alterazione strutturale, a carico della corteccia frontale, del lobo limbico, dell'amigdala e dell'ippocampo (Ricciutello, Cheli, Montenegro et al., 2019).

La compromissione, già descritta, dei sistemi neurobiologici responsabili della regolazione delle emozioni pone molti bambini traumatizzati a rischio di disregolazione affettiva, sia nel breve che nel lungo periodo (Nelson, Heath, Madden et al., 2002).

I deficit nella capacità di regolare le emozioni possono essere così classificati (Cook at al., 2003):

a) deficit nella capacità di riconoscere le esperienze emotive interne;
b) difficoltà nell'esprimere le proprie emozioni e bisogni;
c) compromissione della capacità di modulare le esperienze emotive.

Questi bambini possono ricorrere a strategie alternative di regolazione emotiva, primo fra tutti il *coping* dissociativo, ma anche l'evitamento di situazioni a potenziale valenza affettiva (siano esse positive o negative); ovvero, successivamente nello sviluppo, su un piano più propriamente comportamentale, l'uso di sostanze psicotrope. Ci potremmo trovare dunque di fronte a bambini e ragazzi emotivamente labili, eccessivamente reattivi anche a stress minori (Crittenden, 1998).

Di fatto, l'essere esposti ad un'esperienza traumatica attiva un sistema di difesa arcaico incaricato di proteggerci dalle minacce ambientali, che agisce con estrema rapidità e al di fuori della consapevolezza.

Di fronte a un pericolo, si attivano 4 risposte del sistema di difesa (Liotti, 2005): *freezing* (congelamento), *fight* (attacco), *flight* (fuga), *faint* (svenimento/distacco). Se, come accade negli individui con sviluppo traumatico, l'attivazione del sistema di difesa permane a lungo, tale risposta si trasforma, da evolutivamente adattativa a disadattativa. Il trauma, infatti, va a interrompere l'integrazione tra i sistemi che sovraintendono ai processi mentali e ai comportamenti quotidiani e quelli dedicati alla difesa da una minaccia all'integrità fisica.

Risulta in questo modo impedita l'integrazione stessa della memoria traumatica, che rimarrà iscritta nel corpo sottoforma di ricordi somatosensoriali frammentati (Tagliavini, 2011). Nel corso del tempo, il coping dissociativo può comportare seri problemi nello sviluppo dell'identità, poiché l'uso strutturato della dissociazione porta a "un significativo disturbo della memoria autobiografica e della integrazione del sé" (Putman, 1993). La dissociazione cronica è infatti correlata a disturbi dell'identità (van derKolk, van derHart, & Marmar, 1996).

Da un punto di vista strettamente neurobiologico, studi prospettici hanno mostrato che i bambini abusati e trascurati dai genitori presentano un ridotto funzionamento cognitivo rispetto ai gruppi di controllo. Deprivazioni sensoriali ed emotive, associate alla trascuratezza, sembrano essere particolarmente dannose per lo sviluppo del linguaggio e, in generale, delle funzioni intellettive (Cook et al., 2003). Verosimilmente i documentati deficit nel funzionamento cognitivo e nell'apprendimento sono correlati ad una ipersecrezione degli ormoni dello stress (in particolare il cortisolo), neurotossici per la corteccia frontale, sede delle funzioni cognitive superiori (Basile, 2017).

Reiterate esperienze precoci di rifiuto o maltrattamento da parte degli adulti significativi, accanto e anche conseguentemente al fallimento nello sviluppo di competenze appropriate all'età, causeranno il costituirsi di un senso di sé inefficace, impotente, deficitario e indegno (Cook et al., 2003).

In ultima analisi, una storia di traumi infantili aumenta il rischio di esiti negativi quali l'uso e abuso di sostanze, gravidanze e paternità precoci, suicidio e comportamenti autolesivi, attività criminali e rivittimizzazione (Anda, Withfield, Felitti et al., 2002). Tali traiettorie evolutive trovano origine proprio nell'incapacità nel modulare gli impulsi e nelle conseguenti modalità patologiche di autocontrollo, nella difficoltà a comprendere e aderire alle regole e, infine, nel riproporsi di contenuti ed aspetti emotivi correlati agli eventi traumatici.

Vista la complessità dei suoi sintomi, il trattamento del Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso (C-PTSD) deve essere distinto da quello per il PTSD semplice. Poiché spesso il trauma risale a un'età precoce, il suo ricordo può non essere accessibile al paziente sul piano esplicito e verbale. Le memorie traumatiche tenderanno piuttosto ad esprimersi "implicitamente" attraverso sintomi corporei (van der Kolk, 2015), ragion per cui sarà difficile utilizzare le tradizionali terapie basate sul colloquio.

Per quanto riguarda il trauma complesso, la *Society for Traumatic Stress Studies Consensus Guidelines* (2012) riconosce negli approcci combinati *outcome* migliori e individua tre fasi comuni ai diversi modelli

di intervento: stabilizzazione, ovvero riduzione dei sintomi; rielaborazione dei ricordi traumatici e di emozioni e credenze ad essi associate; infine, integrazione degli stessi in una storia di vita che riacquista significato e progettualità.

Un simile approccio incontra l'accordo dei maggiori professionisti in campo di salute mentale, a partire da Judith Herman (1997) e Van derHart, Nijenhuis e Steele (2006).

Nonostante il trauma complesso e i suoi effetti siano piuttosto diffusi tra i pazienti in carico ai Servizi di salute mentale, in particolare nelle classi socialmente svantaggiate e/o emarginate, pochi sono i trattamenti "*evidence based*" disponibili per la cura dei soggetti in età evolutiva. Una spiegazione può dipendere dal fatto che si tratti, come detto, di interventi piuttosto impegnativi, che richiedono strategie multimodali e flessibili per il trattamento dei vari ambiti compromessi.

Alla luce delle evidenze riportate, il nostro gruppo di lavoro, operando all'interno di un ente pubblico quale l'equipe GIADA del Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari, si è adoperato per implementare un intervento di presa in carico che soddisfacesse le esigenze di cura specifiche di ragazzi adolescenti con esperienze traumatiche e che, allo stesso tempo, ponesse rimedio al problema delle spesso troppo lunghe liste di attesa del SSN.

L'equipe GIADA si compone di specialisti impegnati nel favorire la diagnosi precoce, la tutela e la cura delle condizioni di abuso o di rischio, rivolgendosi al bambino/adolescente e alla sua famiglia e prevedendo un prezioso lavoro di rete in sinergia tra le diverse professionalità e i Servizi coinvolti.

**Obiettivi**

Obiettivo primario del lavoro presentato è stato dunque offrire una presa in carico che fosse sostenibile, ovvero tempestiva ma allo stesso tempo adeguata alle caratteristiche del contesto di cura e che, in egual misura, rispondesse alle specifiche esigenze dei pazienti a cui si rivolgeva: adolescenti con storie di sviluppo traumatico affidati ai Servizi territoriali. Per queste ragioni, abbiamo optato per un setting di gruppo con ragazzi con una storia comune di trauma complesso.

In adolescenza, più che in altre fasi evolutive, le precoci esperienze traumatiche rappresentano un importante fattore di rischio poiché, ad una vulnerabilità di base conseguente allo sviluppo traumatico, si associa la maggiore suscettibilità neurobiologica, caratteristica di questa fase di sviluppo. I molteplici rischi evolutivi evidenziabili nel comportamento di adolescenti con storie di traumi complessi, come per esempio le tendenze auto ed eterolesive, i disturbi della sfera alimentare e sessuale, la devianza, la vittimizzazione secondaria e l'abuso di sostanze derivano da un vero e proprio deficit di connessione tra strutture superiori (deputate al controllo) e sottocorticali (deputate all'emotività) (Ricciutello et al., 2019).

Un simile scenario di esiti disfunzionali richiede di intervenire tempestivamente e su più livelli, stabilendo

rapporti di collaborazione tra tutti gli adulti responsabili di questi giovani, ovvero adottando un approccio integrato e multidimensionale.

Peraltro, in adolescenza, il gruppo terapeutico risulta particolarmente efficace poiché promuove un senso di esperienza condivisa che è, di per sé, destigmatizzante, in una età in cui i pari svolgono l'importante funzione di rispecchiamento ed identificazione reciproca. In questa peculiare fase evolutiva, il gruppo dei pari gioca, infatti, un importante ruolo nel processo di costruzione e trasformazione della propria identità, ovvero di identificazione di un chiaro e definito senso di chi si è e del proprio posto nel mondo. Proprio in virtù di tale importanza dei coetanei per gli adolescenti, il setting di gruppo fa sì che i ragazzi possano esercitarsi insieme e sostenersi a vicenda nell'acquisizione e nell'uso di nuove competenze; i gruppi consentono inoltre di combinare il lavoro terapeutico con il divertimento e la gioia (Nicotra & d'Ambrosio (a cura di), 2017).

Obiettivi specifici perseguiti nel lavoro psicoterapico con gli adolescenti sono stati: la legittimizzazione della sofferenza, l'inserimento dei propri comportamenti e vissuti all'interno di una cornice di significato e l'acquisizione di essenziali competenze di autoregolazione; tutto questo valorizzando le competenze cognitive e metacognitive di ciascuno.

L'intervento è stato dunque improntato all'ampliamento della "finestra di tolleranza" (Siegel, 1999), con lo scopo di ridurre le risposte di iper o *ipo-arousal* prevedibili in una fase di rielaborazione traumatica, immaginata in un secondo momento all'interno di un setting individuale.

## Metodologia

Il lavoro da noi condotto è frutto dell'integrazione del protocollo previsto dalla Terapia Cognitivo-Comportamentale *Trauma Focused* (TF-CBT) per bambini e adolescenti, sviluppata da Judith Cohen, Antony Mannarino e Ester Deblinger (2013), con la prospettiva multimodale propria del modello del Trattamento Integrato del Trauma Complesso in adolescenza (ITCT-A), proposto da Briere e collaboratori (2013).

La TF-CBT è ad oggi considerata una delle terapie più efficaci nel trattare bambini/adolescenti con significativa sintomatologia legata all'esposizione a traumi. Ha una impostazione psicosociale: è frutto, infatti, di una integrazione fra le tradizionali tecniche cognitivo-comportamentali e approcci basati sull'attaccamento, l'*empowerment* e la terapia familiare.

Declinato anche in setting di gruppo, il protocollo standard prevede circa 12 sedute; si tratta dunque di un trattamento breve. Sono previsti incontri individuali con il bambino alternati a sessioni con i soli genitori o *caregivers* sostitutivi, così come sedute che vedono genitori (o *caregiver*) e bambini insieme.

Come in ogni tipo di psicoterapia, il primo passo è quello di costruire una solida alleanza terapeutica con il bambino e con suoi i genitori, creando un legame di reciproca fiducia. Successivamente, si prevede una

fase di psicoeducazione sul trauma e sulle sue conseguenze emotive e comportamentali; in questa fase vengono anche fornite alle figure di riferimento indicazioni su come facilitare l'adattamento del bambino. In un secondo momento, il lavoro si concentra sull'acquisizione di competenze di identificazione e cambiamento di pensieri distorti o dannosi riguardo il trauma. Una volta consolidati questi step, bambino e genitori vengono guidati nella narrazione dell'esperienza traumatica, minando così l'evitamento, e nell'integrazione della stessa nella storia di vita del minore.

Il Trattamento Integrato per Adolescenti con Trauma Complesso, sviluppato da Briere e Lanktree è un modello psicoterapeutico multimodale ed *evidence-based* che integra i principi del trattamento per il Disturbo da Stress Post-traumatico, la Teoria dell'Attaccamento e la TF-CBT.

Questo approccio, rivolto a ragazzi dai 12 ai 21 anni, si fonda sul presupposto per cui la cura degli adolescenti, vittime di eventi traumatici di natura interpersonale, richieda strategie flessibili che agiscano su più fronti; propone dunque una prospettiva multidimensionale che prende in considerazione non solo le esperienze traumatiche, ma anche fattori sociali potenzialmente stressanti, quali la povertà, l'emarginazione, ecc. Esso prescrive infatti una serie di interventi coordinati, che precedono e accompagnano il percorso di psicoterapia, in un processo di distribuzione delle funzioni di cura tra i soggetti di una equipe territoriale integrata. A differenza di molti altri approcci strutturati per il trattamento del trauma, l'ITCT non indica un numero prestabilito di incontri; pertanto la durata della terapia può variare da alcuni mesi fino ad oltre un anno. Un aspetto importante di questo trattamento è il costante monitoraggio degli effetti dell'intervento nel tempo, attraverso test psicometrici e griglie di osservazione; altra caratteristica è data dal fatto che il ritmo del trattamento è dettato dalla "finestra terapeutica", secondo cui è necessario sequenziare l'elaborazione del materiale traumatico per evitare di sopraffare le capacità di regolazione dei pazienti (Cheli & Gambuzza, 2017).

All'interno di questa cornice di riferimento, il percorso di terapia di gruppo da noi implementato ha visto il coinvolgimento di 8 adolescenti di età compresa tra i 15 e i 17 anni, con esperienza di trauma interpersonale, tutti collocati in comunità educative, afferenti all'equipe GIADA del Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari.

Sono stati previsti 8 incontri a cadenza settimanale e incontri di monitoraggio a distanza di 1 mese, 3 mesi e 6 mesi dal termine del percorso, ciascuno della durata di due ore. Gli incontri sono stati videoregistrati e condotti da un terapeuta esperto ed un co-terapeuta.

Sono state inoltre programmate una fase preliminare di *assessment* psicologico ed una valutazione di esito a conclusione degli 8 incontri e in occasione dei *follow-up*.

**Fasi dell'intervento**

Seguendo il modello di trattamento ITCT-A, la valutazione psicologica è stata condotta tramite la raccolta di informazioni attraverso fonti diverse: l'adolescente stesso, i Servizi territoriali, i *caregivers*, ovvero gli educatori di rifermento delle comunità educative di appartenenza, oltre a questionari e test standardizzati.
La raccolta anamnestica è stata incentrata sull'acquisizione di informazioni circa la storia evolutiva, l'andamento scolastico, le competenze di *coping* e la presenza di eventuali *stressors* ambientali, allo scopo di ricostruire la storia traumatica di ciascun soggetto e dei suoi effetti sullo sviluppo, ovvero degli aspetti sintomatologici.
Oltre al colloquio, sono stati utilizzati i seguenti strumenti: *Trauma Checklist for Children* (TSCC; Briere, 1996) ed SDQ (*Strenghts and Difficulties Questionnaire*; Goodman, 1997), nella versione per Genitore e per Adolescente. È stata inoltre effettuata una valutazione del funzionamento cognitivo, con particolare attenzione alle Funzioni Esecutive, tramite la somministrazione della batteria WISC-IV (Wechsler, 2003) e di alcune prove della NEPSY-II (Korkman, Kirk & Kemp, 2011).
In questo modo, si è raggiunta una comprensione più approfondita dell'esperienza emotiva di ciascun adolescente, delle sue reazioni comportamentali tipiche e delle sue competenze: elementi fondamentali per poter programmare un intervento il più possibile personalizzato.
Gli esiti del trattamento psicoterapico sono stati invece misurati tramite l'YP-CORE (*Young Person's Clinical Outcomes in Routine Evaluations*), proposto all'inizio del percorso, alla fine dello stesso e in occasione di ogni *follow-up*.
La rivalutazione psicopatologica, tramite i medesimi strumenti, ha consentito di monitorare la sintomatologia, le variabili ambientali e le problematiche psico-sociali.
Il lavoro psicoterapico con il gruppo ha poi previsto 4 fasi fondamentali, definite in funzione degli obiettivi specifici: intervento sulla sicurezza nei contesti di vita; costruzione della relazione terapeutica e della fiducia di gruppo; psicoeducazione ed infine potenziamento delle competenze di regolazione emotiva e comportamentale.
"*La capacità di introspezione e autoesplorazione può avvenire solo quando l'ambiente relazionale ed esterno non richiede vigilanza, ma al contrario fornisce mirroring e supporto*" (Briere & Lanktree, 2013, p.146); possiamo dunque affermare che la sicurezza relazionale costituisce un prerequisito per l'intervento di cura.
Il collocamento in comunità residenziali, oltre ad esercitare funzione di tutela, costituisce uno spazio neutro in cui vicariare le figure genitoriali temporaneamente carenti o inadeguate. Lo spazio comunitario si propone come strumento di protezione, crescita e riparazione, innanzitutto nella relazione con figure di riferimento positive adulte (Cheli & Gambuzza, 2017).
Nella nostra esperienza, in un'ottica di setting multiplo, è stata condotta una intervisione sistematica con i datori di cure allo scopo di garantire, all'interno delle comunità, esperienze ricche di stimoli cognitivi, affettivi e relazionali funzionali ad un processo di trasformazione positiva dei singoli; questo ha consentito

di garantire, per tutta la durata del percorso terapeutico, un clima di sicurezza relazionale ed arginare il rischio di rivittimizzazione.

D'altro canto, l'attenzione costante alla relazione terapeutica ha accompagnato l'intero percorso, in quanto altro prerequisito fondamentale per il successo della terapia stessa (Cloitre, Cohen, Koenen, 2006; Fonagy & Allison, 2014). Molte ricerche hanno infatti mostrato come la percezione che il paziente ha della relazione terapeutica sia determinante per l'esito della terapia stessa, a prescindere dal modello teorico di riferimento (Martin, Garske & Davis, 2000).

Questa considerazione assume una importanza cruciale soprattutto quando si parla di adolescenti pluritraumatizzati, a cui le esperienze di vita hanno insegnato a non avere fiducia nell'altro.

Allo scopo di porre le basi per una solida relazione terapeutica, l'atteggiamento dei due terapeuti è stato di accettazione, sintonia emotiva e genuino interesse per il mondo interno e per le esperienze dei ragazzi, in un processo di continua ridefinizione e accomodamento della relazione stessa, sulla base dei bisogni dei singoli. Fondamentali sono stati gli interventi di valorizzazione delle parti sane di sé, ovvero delle competenze e delle risorse cognitive e metacognitive di ciascun ragazzo, oltre che gli interventi di validazione emotiva. Quando si svolge un intervento di validazione si comunica al paziente, in maniera esplicita e senza ambiguità, che il suo comportamento è comprensibile e assume significato, se inserito nello specifico contesto in cui si verifica (Linehan, 2011; Esposito, 2010). Pensieri, emozioni e comportamenti disfunzionali dei pazienti, più che essere inquadrati come problemi, vengono dunque prima di tutto accolti e compresi, per poi essere modificati. In questa maniera, la relazione terapeutica è in grado di riattivare e correggere eventuali esperienze di invalidazione sperimentate nel contesto del legame di attaccamento e da cui i ragazzi hanno appreso come considerare i propri vissuti inappropriati, fonte di vergogna o immotivati (Leahy, 2005). Il rapporto con il terapeuta si propone dunque come modello di relazione benevola e riparativa (Kazantis, Dattilio & Dobson,2019).

Peraltro, nel nostro caso, la modalità relazionale proposta dai due terapeuti ha fornito un utile modello ai ragazzi di interazione con gli altri membri del gruppo.

Si è così instaurato un clima di rispetto reciproco e fiducia e, grazie alla possibilità di rispecchiarsi innanzitutto gli uni negli altri, il gruppo è divenuto per i singoli una importante risorsa nell'acquisizione di capacità di gestione delle difficoltà connesse al trauma.

A questo scopo, ha rivestito un ruolo centrale, come accade tanto nel metodo ITCT quanto nella TF-CBT, la psicoeducazione, ovvero la fruizione da parte dei pazienti di informazioni puntuali sulla natura del trauma e sui suoi effetti. Ciò riduce innanzitutto la sensazione di confusione e diversità dagli altri, facilitando allo stesso tempo l'elaborazione cognitiva del trauma.

Nella nostra esperienza, tramite strumenti quali estratti audio-visivi attinenti alla tematica e attività carta e matita oltre che esperienziali, si è cercato di stimolare in ogni ragazzo la riflessione sulla propria esperienza emotiva, avviando così un percorso di alfabetizzazione emotiva e riconoscimento dei propri

vissuti. Si è dunque dapprima puntato sull'incremento delle capacità di riconoscimento delle diverse emozioni, nelle loro specifiche componenti fisiologiche e comportamentali; successivamente sono stati identificati i processi mentali alla base delle esperienze emotive, allo scopo di collegare pensieri, emozioni e condotte. In questo modo, si è offerta una prima opportunità per comprendere meglio il proprio mondo interiore, identificare eventuali pensieri e convinzioni distorte e di conseguenza avviare una riflessione sulla propria storia di vita.

Come abbiamo visto, le vittime di traumi di natura interpersonale sono spesso sopraffatte dalle emozioni; per questo, frequentemente adottano strategie di evitamento della tensione interiore, come il ricorso a sostanze stupefacenti, l'attuazione di condotte a rischio o di agiti auto ed etero-aggressivi, fino ad arrivare all'evasione dissociativa.

È stato dimostrato che elevati livelli di evitamento interferiscono con il recupero del materiale traumatico (Briere, Scott, Weathers et al., 2005); per questo i trattamenti per il trauma complesso prevedono, nella fase cosiddetta di "stabilizzazione", interventi volti alla riduzione dello stato di allarme, nonché allo sviluppo di capacità di regolazione degli stati emotivi negativi, prima dell'elaborazione cognitiva e dell'esposizione al materiale traumatico. Sembrerebbe infatti che la riattivazione traumatica possa condurre l'*arousal* ai limiti della "finestra di tolleranza" (Siegel, 1999), impedendo al materiale di essere integrato (Ogden, Minton & Pain, 2012).

Nella nostra esperienza, in quasi tutti i ragazzi, si è osservato uno sconfinamento oltre la soglia inferiore della "finestra di tolleranza". Una simile condizione si caratterizza per un atteggiamento impassibile, apatico e sfiduciato, centrato su di sé e sull'evitamento delle sensazioni negative, in una sorta di "anestesia affettiva" (Cheli & Gambuzza, 2017).

Il distacco emotivo è evidentemente manifestazione di una marcata difficoltà ad entrare in contatto con le proprie emozioni dolorose.

Ricerche neurobiologiche (Lanius, 2012) mostrano come l'ottundimento emotivo, funzionale a promuovere un distanziamento dalla propria esperienza emotiva, sia prodotto dall'attivazione anomala dell'amigdala da parte della corteccia prefrontale, che ha come effetto una riduzione dell'esperienza emotiva e dell'attività dei neuroni specchio, responsabili della capacità di mirroring (Schneider-Rosen & Cicchetti, 1991).

Per tutte queste ragioni, si è ritenuto opportuno proseguire nel lavoro psicoterapico, dopo la fase di psicoeducazione, concentrandosi sull'apprendimento di strategie utili a favorire un incremento della tolleranza rispetto alle proprie emozioni negative e dell'accettazione dei pensieri disfunzionali alla base di queste ultime, al fine di ridurne la sofferenza emotiva derivante.

Sono state a questo scopo proposte tecniche mutuate dalla Terapia Dialettico-Comportamentale (S*kills Training*) e dalla *Mindfulness* (come il rilassamento muscolare). Si è in alcuni casi inoltre reso necessario

il ricorso a strategie di gestione di fenomeni dissociativi, verificatisi in seduta, proprie della *Sensorimotor Therapy* (ad es. il *grounding*).

Le fasi sopra descritte hanno fatto sì che i ragazzi maturassero una maggiore consapevolezza dei propri vissuti emotivi e delle componenti cognitive, somatiche e comportamentali degli stessi; hanno inoltre acquisito un bagaglio di strumenti di gestione di ciascun aspetto.

**Risultati**

Ad oggi, il percorso di psicoterapia di gruppo è concluso. Degli 8 ragazzi, due hanno da subito richiesto ed avviato un percorso di psicoterapia individuale, tutti hanno manifestato la volontà di proseguire con il lavoro in gruppo.

Nel complesso, si è registrato un significativo incremento delle competenze di riflessione sui propri pensieri e vissuti; nonché delle capacità di regolazione delle emozioni problematiche, attraverso la modifica dei pensieri disfunzionali e/o della condizione di attivazione psicofisiologica ad esse connessa. Il setting di gruppo ha inoltre favorito nei ragazzi l'acquisizione di preziose competenze interpersonali. Le condotte di evitamento risultano essersi ridotte in maniera significativa e la "finestra di tolleranza" appare sufficientemente ampliatasi.

Di seguito vengono riportate le misurazioni effettuate prima e dopo gli 8 incontri.

| | | **YP CORE** | **SDQa** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **TOT** | **TOT** | **S. EMO.** | **COMP.** | **IPERATT.** | **PARI** | **PROSOC.** |
| **Co** | PRE | 20** | 21** | 10** | 5** | 5 | 1 | 9 |
| | POST | 8 | 13 | 6* | 3 | 2 | 2 | 8 |
| **Fl** | PRE | 13** | 10 | 3 | 2 | 5 | 0 | 6 |
| | POST | 8 | 11 | 3 | 3 | 5 | 0 | 8 |
| **An** | PRE | 5 | 11 | 4 | 4* | 2 | 1 | 6 |
| | POST | 7 | 4 | 0 | 2 | 1 | 1 | 7 |
| **Al** | PRE | 14** | 18* | 5 | 2 | 8** | 3 | 8 |
| | POST | 5 | 13 | 3 | 2 | 7** | 1 | 7 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Mr** | PRE | 8 | 5 | 2 | 0 | 0 | 3 | 9 |
| | POST | 13** | 6 | 2 | 1 | 1 | 2 | 10 |
| **Ma** | PRE | 9 | 12 | 6* | 2 | 3 | 1 | 10 |
| | POST | 7 | 3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 10 |
| **Lo** | PRE | 20** | 19* | 6* | 5** | 3 | 5* | 8 |
| | POST | 15** | 21** | 6* | 4* | 8** | 3 | 8 |
| **Ro** | PRE | 20** | 19* | 8** | 3 | 4 | 4* | 8 |
| | POST | 21** | 13 | 5 | 2 | 3 | 3 | 5* |

* punteggi critici; **punteggi clinici

La testistica ci restituisce un'immagine abbastanza fedele del quadro delineatosi durante e alla fine del percorso di psicoterapia. La maggior parte dei ragazzi ha tratto beneficio dall'intervento di gruppo; in alcuni casi, con la riduzione delle strategie di evitamento e distanziamento emotivo, vi è stato un incremento della sofferenza percepita, in riferimento alle esperienze traumatiche. Queste ultime, tuttavia, non sono più temute, tanto che in alcuni casi si è registrata la richiesta di intraprendere un percorso psicoterapico individuale con l'obiettivo di affrontarle. Sembrano dunque essersi create le condizioni per un lavoro mirato di rinarrazione e rielaborazione delle esperienze traumatiche ed integrazione delle stesse nella propria storia di vita e nella propria identità.

## Conclusioni

L'esposizione a molteplici esperienze traumatiche esita in quadri sintomatologici gravi e complessi, determinati da una alterazione dei processi di regolazione interna alla base dell'organizzazione strutturale della personalità.

Quando l'individuo è sottoposto per lungo tempo ad una minaccia alla quale non può sottrarsi e quando la minaccia si verifica all'interno del contesto di cure primario, la mente mette in campo strategie estreme per superare il paradosso definito dalla condizione di "paura senza soluzione" (Main & Hesse, 1990): si parla qui di traumatizzazione cronica e non più di singolo evento traumatico.

Gli esiti evolutivi sono devastanti. In particolare, i molteplici rischi riscontrabili nel comportamento di adolescenti reduci da storie di traumi dello sviluppo, come per esempio le tendenze auto ed etero lesive, i disturbi del comportamento alimentare e sessuale, la devianza, la vittimizzazione secondaria o l'abuso di

sostanze, pongono i Servizi di salute mentale di fronte a rilevanti questioni di natura preventiva, diagnostica e terapeutica.

Ad oggi, purtroppo sono ancora pochi i trattamenti "*evidence based*" per la cura dei soggetti in età evolutiva.

Sulla base dei dati disponibili in letteratura, all'interno del Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari, abbiamo dunque pensato di mettere a punto un protocollo per l'intervento di gruppo su adolescenti con storie di sviluppo traumatico, che fosse sostenibile e personalizzato.

Partendo dall'assunto per cui l'attribuzione di significato ai sintomi post-traumatici favorisce l'adozione di strategie di *coping* più funzionali, aumenta il senso di *empowerment* personale e riduce l'area del rischio, abbiamo progettato un percorso finalizzato innanzitutto alla stabilizzazione dei sintomi post-traumatici. Il gruppo ci ha consentito da una parte di rispondere a più richieste di presa in carico contemporaneamente, riducendo di conseguenza le spesso troppo lunghe liste d'attesa; dall'altra, di accogliere il bisogno di identificazione e rispecchiamento nei coetanei, proprio dell'adolescenza.

Modelli di riferimento principali nella strutturazione del lavoro sono stati la Terapia Cognitivo-Comportamentale *Trauma Focused* (TF-CBT; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2013) per bambini e adolescenti e il Trattamento Integrato del Trauma Complesso in adolescenza (ITCT-A; Briere & Lanktree, 2013); si è trattato dunque di un intervento flessibile e multimodale.

I risultati raggiunti possono dirsi soddisfacenti: in un'ottica di sostenibilità, è stato possibile rispondere alle richieste di cura specifiche di adolescenti con complesse storie di sviluppo traumatico, creando le condizioni per un efficace lavoro di ri-significazione delle esperienze traumatiche.

## Bibliografia


Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978*). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Anda, R.F., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Cahpman, D., Edwards, V.J., Dube, S.R., & Williamson, D.F. (2002). *Psychiatric Services*, 53(8), 1001:9.

Attili, G. (2007). *Attaccamento e Costruzione Evoluzionistica della Mente: Normalità, Patologia, Terapia*. Raffaello Cortina Editore.

Basile, B. (2017). Neurobiologia del trauma. In Foschino Barbaro, M.G., & Mancini, F. (2017) (a cura di). *Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile*. Franco Angeli.

Bowlby, J. (1988). Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo. *Rivista di psichiatria,* 23, 2, 57-68.

Briere, J. *(1996). TSCC* - TRAUMA SYMPTOM CHECLIST for CHILDREN. Adattamento italiano di P. Di Blasio, M. Piccolo e D. Traficante, 2011. Ed. Erickson.

Briere, J., Scott, C., & Weathers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(12):2295-301.

Briere, J., & Lanktree, C.B. (2013). Integrative Treatment of Complex Trauma for Adolescents (ITCT-A): A guide for the treatment of multiply-traumatized youth, 2nd edition. *USC Adolescent Trauma Training Center, National Child Traumatic Stress Network, Substance Abuse and Mental Health Administration*.

Cheli, M., & Gambuzza, C. (2017). *Il Disturbo Post-Traumatico Complesso. Dalla teoria alla pratica multidisciplinare*. Franco Angeli.

Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2006). *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. Guilford Press.

Cloitre, M., Stolbach, B.C., Herman, J.L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 00, 1–10.

Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J.L., Lanius, R., Stolbach, B.C., Spinazzola, J., Van der Kolk, B.A., & Van der Hart, O. (2012). The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults.
*(17) Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices*.

Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger E. (2013). Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents: Treatment Application, *Child & Family Behavior Therapy*, 35(3), 264-271.

Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B.A. (2003). Complex trauma in children and adolescents. *National Child Traumatic Stress Network*.

Crittenden, P. M. (1998). Dangerous behavior and dangerous contexts: A 35-year perspective on research on the developmental effects of child physical abuse. In P. K. Trickett & C. J. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community* (p. 11–38). American Psychological Association.

D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., van der Kolk, B., & Spinazzola, J. (2012). Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187–200.

Esposito, R. (2010). Validation of feeling. In I Marks L Sibilia e S Borgo (a cura di) Common language in psychotherapy procedures. The first 80, Centro Ricerche Psicoterapia Edizione, Roma or http://www.commonlanguagepsychotherapy.org/, 2008b.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Williamson, D.F., Spitz A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experience (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.

Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51*(3), 372–380.

Foschino Barbaro, M.G., & Mancini, F. (2017) (a cura di). *Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile*. Franco Angeli.

Goodman, R.(1997). Strenghts and Difficulties Questionnaire.

Gunnar, M.R., & Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 199-220.

Herman, J.L. (1997). *Guarire dal trauma – affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Tr. it. Magi, Roma 2005.

Kazantis, N., Dattilio, F.M. e Dobson, K.S. (2019). *La relazione terapeutica in terapia cognitivo comportamentale. Manuale per il professionista*. Giovanni Fioriti Editore.

Korkman, M., Kirk, U, & Kemp, S. (2011). A Developmental NEuroPSYchological Assessment.

Lanius, R.A., Vermetten, E., & Pain, C. (2012). *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*. Giovanni Fioriti.

Leahy, R. (2005). A social-cognitive model of validation. In P. Gilbert (ed.), Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy (pp. 195-217). Hove, UK: Routledge.

Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy e P.R. Shaver (a cura di). Handbook of attachment (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Linehan, M.M. (2011). *Trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline*. Raffaello Cortina Editore.

Liotti, G. (2005). *Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento. Infanzia e Adolescenza*, 4, 3: 131-141.

Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti e E.M. Cummings (a cura di), Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Martin, D.J., Gorske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.

Nelson, E.C., Heath, A.C., Madden, P.A., Cooper, M.L., Dinwiddie, S.H., Bucholz, K.K., Glowinski, A., McLaughlin, T., Dunne, M.P., Statham, D.J., & Martin, N.G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59(2):139-45.

Nicotra, M.G., & d'Ambrosio, G.M. (2017) (a cura di). *Il lavoro clinico con gli adolescenti. Prevenzione, cura, conflitti e trasformazioni nelle istituzioni e nei contesti di vita: Prevenzione, cura, conflitti e trasformazioni nelle istituzioni e nei contesti di vita*. Franco Angeli Editore.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Il trauma e il corpo. Manuale di psicoterapia sensomotoria*. Tr.it. Istituto di Scienze Cognitive Editore, Sassari, 2012.

Putnam, F. (1993). Dissociative disorders in children: behavioral profiles and problems. *Child Abuse Negl,* 17:39-45.

Ricciutello, C., Cheli, M., Montenegro, M.E., Campieri, M., Fini, A., & Pincanelli, F. (2019). Violenza intrafamiliare e salute mentale in adolescenza: il trauma complesso come disturbo dello sviluppo, *Rivista di psichiatria*, 47, 5.

Schneider-Rosen, K., & Cicchetti, D. (1991). Early self-knowledge and emotional development: Visual selfrecognition and affective reactions to mirror self-images in maltreated and nonmaltreated toddlers. *Developmental Psychology*, 27, 471-478.

Schore, A.N. (2010). Relational trauma and the developing right brain: The Neurobiology of broken attachment bonds. In T Baradon (a cura di), *Relational trauma in infancy*. London, UK: Routledge, 19-47.

Siegel, D.J. (1999) *The Developing Mind. How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. Guilford Press: New York, London.

Tagliavini, G. (2011). Modulazione dell'arousal, memoria procedurale ed elaborazione del trauma: il contributo clinico del modello polivagale e della psicoterapia sensomotoria. *Cognitivismo Clinico*, 8 (1), 60-72.

van der Kolk, B.A., van der Hart, O., & Marmar, C.R. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (p. 303–327). Guilford Press.

van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2006). *Fantasmi del sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2011.

van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Raffaello Cortina.

Wechsler, D. (2003). WISC-IV. Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth UK Edition. Administration and Scoring Manual. Harcourt Assessment, London, UK. (tr. it.: WISC-IV. Wechsler Intelligence Scale for Children – Quarta Edizione. Manuale di somministrazione e scoring. Giunti O.S. Organizzazioni Spoeciali, Firenze, 2012.

## Sitografia

World Health Organization/Organizzazione Mondiale della Sanità (2018). *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. Consultato da: https://icd.who.int/

National Health Service (2018). Complex PTSD. Consultato da: httszps://www.nhs.uk/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/complex/

The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), how to implement Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT). www.nctsn.org.

*Milena Coletti, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Grosseto, e-mail: colettimilena85@gmail.com*

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

# Il minore autore di reato sessuale: quale trattamento in assenza di tratti antisociali?

Paola Rossi[1]
[1]Associazione di Psicologia Cognitiva di Verona

***Riassunto***
Negli ultimi quarant'anni si è assistito ad un crescere progressivo delle ricerche rivolte agli autori di reati sessuali e, più di recente, l'interesse clinico si è rivolto anche ai rei minorenni. In letteratura si parla di *Juvenile Sex Offenders* (*JSOs*) per riferirsi alla popolazione di adolescenti, solitamente con un'età compresa tra i 12 e i 18 anni, "*che sono stati accusati ufficialmente di aver commesso un reato sessuale (ad esempio, molestia su bambini, stupro, esibizionismo, voyerismo), o hanno commesso un atto per cui potrebbero essere ufficialmente accusati o hanno agito un comportamento di abuso o aggressione sessuale*" (Miner et al., 2006). I tentativi di studiare questa particolare popolazione sono stati diversi, tuttavia, trattandosi di un gruppo molto eterogeneo, spesso le ricerche non sono riuscite ad arrivare a risultati univoci.
Al fine di avere chiaro di cosa si sta parlando e degli sforzi che sono stati compiuti finora al riguardo, verrà fatto un excursus su ciò che la letteratura ci dice in merito al fenomeno del reato sessuale agito da minore: le caratteristiche proprie di questa popolazione, gli interventi finora proposti, con uno sguardo particolare ai programmi che utilizzano un approccio cognitivo comportamentale. Successivamente verrà presentata una revisione critica della letteratura, partendo dal caso clinico di un giovane *sex offender* che non presenta tratti antisociali, con l'intento di fare maggior chiarezza su come potrebbe essere impostata una terapia individuale con un ragazzo accusato di reato sessuale agito su minore e obbligato ad affrontare un percorso psicologico personale.
***Parole chiave:*** Adolescenti, Bambini, Violenza sessuale, Tratti di personalità, Antisociale, Evitante, Terapia Cognitiva Comportamentale

## The Juvenile Sex Offender: what kind of treatment in absence of antisocial traits?

***Abstract***
In the last forty years we have witnessed a progressive increase of researches addressing sex offenders and, more recently, the clinical interest has been grown also toward juvenile offenders. According to the literature, the term Juvenile Sex Offenders (JSOs) is used in order to referring to "youths between the ages of 12 – 18 who have either been officially charged with a sexual crime (e.g., child molestation, rape, exhibitionism, voyeurism), have performed an act that could be officially charged, or committed sexually abusive/aggressive behavior" (Miner et al., 2006). Several attempts to study this specific population have been made. However, as it is a very heterogeneous group, the different researches were often unable to reach univocal results.
In order to understand what we are talking about and what kind of effort has been made till now, an overview on the literature about JSOs will be presented: the specific characteristics of this population, the interventions that have been proposed so far, shedding light particularly on cognitive behavioral programs. Subsequently, a critical review of the literature about this topic will be introduced, starting from a case report of a juvenile sex offender who did not

Paola Rossi, Il minore autore di reato sessuale: quale trattamento in assenza di tratti antisociali?, *Numero 25 – Numero Monografico Età Evolutiva, 2020, pp. 67-91.*
Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193
pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.itt

present antisocial personality traits. The aim is to better understand how a mandatory individual psychotherapy with a youth who commits a sexual offence towards a child, could be set up and carried out.

***Key words:*** Adolescent, Child, Sex offence, JSO, Personality traits, Antisocial, Avoidant, Cognitive Behavioral Therapy

## L'adolescente autore di reato sessuale

### *Lo stato della ricerca*

Negli ultimi quarant'anni si è assistito ad un crescere delle ricerche rivolte agli autori di reati sessuali (di seguito anche *sex offenders o JSOs*). Sebbene molti studi si siano soffermati ad indagare la probabilità della reiterazione del reato e cosa caratterizzi questa popolazione, pochi progressi sono stati fatti, invece, in termini di interventi specifici che possano ridurre tale probabilità (Freeman, Dexter-Mazza & Hoffman, 2005; Craig, Brownr, Beech & Stringer, 2006; Oxnam & Vess, 2006-2008; Seto & Lalumière, 2010). Molti dei lavori pubblicati si concentrano principalmente sulla popolazione adulta, nonostante una parte considerevole di questa affermi di aver compiuto il primo reato sessuale da minorenne (Abel, Osborn, & Twigg, 1993; Oxnam & Vess, 2006-2008; Seto & Lalumière, 2010). Ciò evidenzia come si possa rintracciare l'inizio della "carriera criminale" di questi soggetti in età adolescenziale. Tuttavia, i reati sessuali agiti da adolescenti o giovani adulti sono stati considerati, fino agli anni '80, come indice di una normale sperimentazione sessuale o come una sorta di "curiosità" legata allo sviluppo sessuale (Veneziano & Veneziano, 2002; Oxnam & Vess, 2006-2008).

Solo recentemente si è cominciato a volgere lo sguardo anche alla popolazione degli adolescenti, spesso oggetto di cronache criminali (Carpenter, Peed & Eastman, 1995; Weinrott, 1996; Oxnam & Vess, 2006-2008). È tuttavia difficile rintracciare una causa di questo aumento di reati commessi dai più giovani, non ci sono dati certi a riguardo (Weinrott, 1996; Oxnam & Vess, 2006-2008; Seto & Lalumière, 2010). Se si considera poi la presenza, talvolta, di problematiche relazionali e familiari, difficoltà scolastiche, abusi subiti nell'infanzia e scarse social skills, non è difficile comprendere come il trovare un capro espiatorio tra questi fattori, che possono essere presenti nella vita di un adolescente, non sia affatto facile né scontato (Carpenter et al., 1995; Weinrott, 1996; Seto & Lalumière, 2010).

Come per gli adulti, gli studi presenti sugli adolescenti autori di reati sessuali si concentrano per lo più sulla valutazione della probabilità di recidiva e sull'individuazione di caratteristiche che possano accomunarli. Data la realistica possibilità che questi giovani diventino adulti *sex offenders*, la letteratura si è perlopiù focalizzata sulla ricerca di quegli indicatori che possano aiutare a discriminare quali adolescenti abbiano un maggior rischio di reiterare il reato anche in età adulta (Christiansen & Vincent, 2013; Eastman, Craissati & Shaw 2019). Inoltre, si è sentita anche la necessità di distinguere questi *sex offenders*

dagli adolescenti autori di reati non-sessuali, con lo scopo di dare una base più solida e una linea di indirizzo specifica per gli interventi riabilitativi a loro rivolti (Veneziano & Veneziano, 2002; Tidefors, Ingevaldson & Goulding, 2019). Tuttavia, ad oggi, i progressi effettuati a livello di trattamento non sono molti e spesso, per questa popolazione di adolescenti, vengono mutuati percorsi terapeutici proposti per gli adulti (Veneziano & Veneziano, 2002; Freeman et al., 2005; Seto & Lalumière, 2010).

Prima di analizzare cosa ci dice la ricerca sul tema dell'adolescente autore di reato sessuale, risulta importante sottolineare come gli studi scientifici presenti ad oggi sul tema siano molto eterogenei, descrittivi, deboli da un punto di vista statistico e spesso non concordi sui risultati (Weinrott, 1996; Worling, 2001; Freeman et al., 2005; Seto & Lalumière, 2010).

La prima distinzione importante riguarda il contesto in cui tali ricerche sono state effettuate: alcune prendono in esame giovani della popolazione carceraria (Worling, 2001; Eastman et al., 2019), altre si sono concentrate su ragazzi inseriti in comunità residenziali (Carpenter et al., 1995; Oxnam & Vess, 2006-2008; Tidefors et al., 2019), altre ancora hanno indagato le caratteristiche di giovani presi in carico a livello ambulatoriale (Seto & Lalumière, 2010; Tidefors et al., 2019). Sebbene si tratti sempre di adolescenti e/o giovani adulti autori di reati sessuali, il diverso contesto in cui questi sono inseriti è potenzialmente indice di una diversa gravità dei reati commessi, nonché di un diverso numero e tipo di reati compiuti e della 'pericolosità sociale' del soggetto, informazioni queste spesso mancanti (sono rare le ricerche in cui viene specificato il tipo di reato sessuale: spesso si considerano reati che vanno dalla molestia sessuale, alla masturbazione in pubblico, fino alla violenza sessuale agita con l'uso della forza, senza alcuna distinzione; Seto & Lalumière, 2010). Inoltre è possibile che, in qualche misura, il contesto in cui l'adolescente è inserito possa avere anche un'influenza sulla motivazione al trattamento o sulla compliance rispetto all'indagine effettuata (Rogers, 1975). Ad esempio, nella popolazione carceraria troviamo un più alto tasso di giovani che presentano precedenti reati violenti e sessuali in cui è spesso presente l'utilizzo di coercizione fisica, è sovente ci sia una negazione della commissione di reato e un rifiuto al trattamento, nonché la presenza di tratti antisociali (Eastman et al., 2019; Tidefors et al., 2019). L'utilizzo di un campione come questo potrebbe, quindi, non essere rappresentativo della popolazione degli adolescenti che hanno compiuto un reato sessuale.

Altri limiti importanti delle ricerche pubblicate, che rendono spesso difficile una generalizzazione dei risultati ottenuti, sono la grandezza del campione, spesso esigua, l'utilizzo di strumenti self-report per la raccolta delle informazioni o non standardizzati (Christiansen & Vincent, 2013) e l'assenza del gruppo di controllo (Carpenter et al., 1995; Weinrott, 1996; Worling, 2001; Oxnam & Vess, 2006-2008; Seto & Lalumière, 2010). La maggior parte delle ricerche, infatti, si concentra sul comparare adolescenti *sex offender*s tra loro, suddividendoli in gruppi diversi (in base a età, reato, età della vittima), oppure

inserendo un gruppo di adolescenti *non-sex offender*: manca tuttavia un gruppo di controllo di adolescenti estratti dalla popolazione generale.

Come anticipato, la letteratura sul tema *JSOs* ha cercato di individuare i diversi fattori potenzialmente legati al crimine compiuto (Seto & Lalumière, 2010): presenza di abusi nell'infanzia, famiglie disfunzionali, tipologia del gruppo dei pari, commissione di altri reati, età della vittima (Carpenter et al., 1995; Weinrott, 1996), caratteristiche di personalità (Carpenter et al., 1995; Oxnam & Vess, 2006-2008). Tuttavia, nonostante le ricerche abbiano indubbiamente attestato che, quando si parla di adolescenti autori di reato sessuale, si fa riferimento ad un gruppo molto eterogeneo, individuare caratteristiche comuni risulta davvero complicato, a causa della moltitudine di fattori eziologici potenzialmente coinvolti (Carpenter et al., 1995; Weinrott, 1996; Veneziano & Veneziano, 2002; Oxnam & Vess, 2008).

*Quale profilo per l'adolescente sex offender?*

Seto e Lalumière (2010) hanno svolto un'importante meta-analisi con lo scopo di verificare se gli adolescenti autori di reati sessuali possano rientrare nella più generica categoria della delinquenza giovanile o se, invece, sia possibile rintracciare, e quindi teorizzare, la presenza di specifiche caratteristiche che distinguano questo gruppo di adolescenti. Analizzando i loro risultati, sembra essere possibile identificare alcune caratteristiche tipiche di questa particolare popolazione (vedi anche Mulder, 2010). Nello specifico, gli adolescenti *sex offenders*, più di frequente, mostrano interessi sessuali atipici, hanno avuto una storia di abusi sessuali, esperiscono un più alto livello di ansia, sono socialmente più isolati, hanno una bassa autostima e, talvolta, mostrano minori capacità cognitive (Mulder, 2010). Diversamente, gli adolescenti autori di reati non-sessuali sembrano mostrare una precedente storia criminale, una presenza maggiore di tratti antisociali e abuso di sostanze (Freeman et al., 2005).

- *Fattori di rischio*

I fattori di rischio ad oggi individuati sono diversi, anche se non è stata ancora chiarita la reale influenza di ognuno di questi in merito alla messa in atto del comportamento sessuale deviante (Veneziano & Veneziano 2002; Christiansen & Vincent, 2013).

Nonostante ciò, nell'ottica della presa in carico psicoterapeutica di questi adolescenti, è bene avere a mente quali fattori della vita del soggetto possano aver avuto un impatto significativo, in modo da poter verificare, caso per caso, la loro eventuale presenza e tenerne conto (Parks & Bard, 2006).

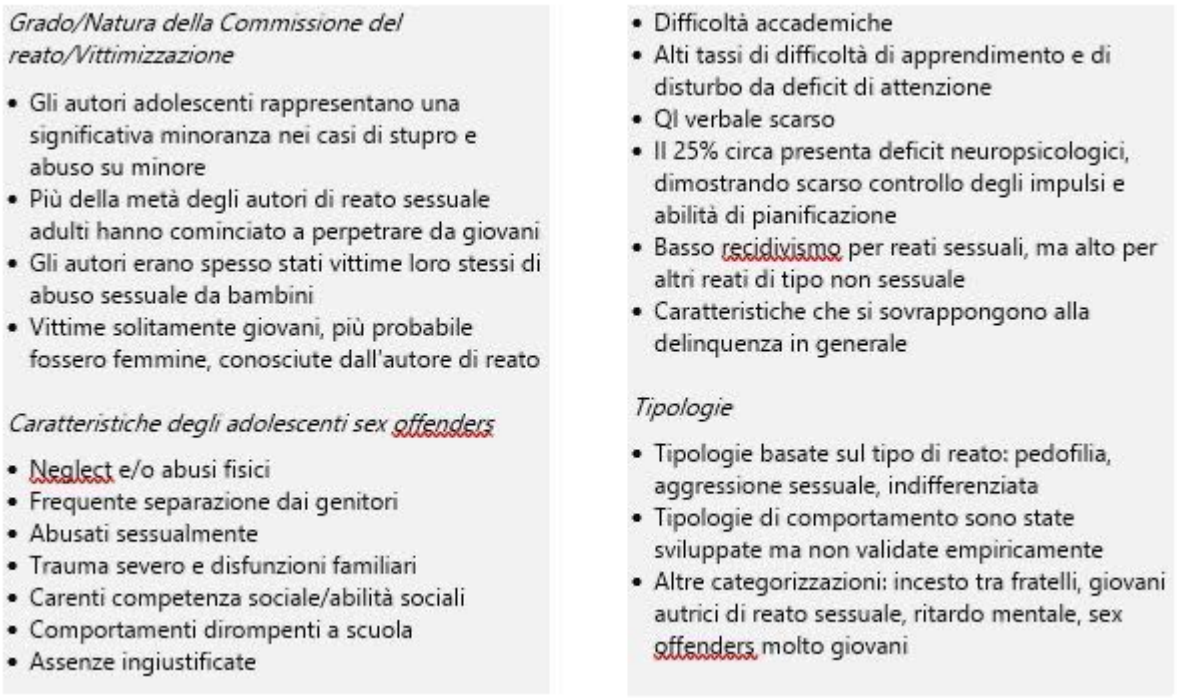



*Figura 1. Punti chiave della revisione della letteratura (Veneziano & Veneziano, 2002)*

Nella figura 1 (tratta da Veneziano & Veneziano, 2002) troviamo illustrati in sintesi: la natura del reato compiuto dagli adolescenti, una lista dei fattori di rischio rintracciati nei giovani *sex offenders* e un riassunto delle ricerche che si sono svolte con lo scopo di classificare gli adolescenti autori di reati sessuali in sottogruppi specifici (Veneziano & Veneziano, 2002). Gli eventi di vita occorsi e le caratteristiche rintracciate in questo gruppo di giovani sono molti, ma non sempre e necessariamente (tutti) presenti. Quello che sicuramente si può notare, è la presenza di una lunga lista di fattori di rischio tra cui, semplificando, difficoltà familiari, sociali e relazionali, la possibile presenza di abusi fisici e/o sessuali subiti nell'infanzia, deficit neuropsicologici, basso QI (Veneziano & Veneziano, 2002; Miyaguchi & Shirataki, 2014) e comportamento impulsivo e/o aggressivo (Veneziano & Veneziano 2002; Christiansen & Vincent, 2013).

- *Tipologie di giovani sex offenders*

Sia a livello teorico che pratico-clinico, è forte l'esigenza di identificare, nel modo più realistico e valido possibile, dei sottogruppi specifici di *JSOs*. Purtroppo, ad oggi, le varie classificazioni che sono state proposte hanno un'origine più intuitiva che scientifica, e sono state spesso stilate concentrandosi su singoli aspetti specifici, tralasciandone altri (Weinrott, 1996; Veneziano & Veneziano, 2002; Seto e Lalumière 2010; Mulder, 2010).

*Età della vittima e caratteristiche del reato*. Una classificazione basata sul tipo di reato commesso e sull'età della vittima, ad esempio, è stata proposta da Graves, Openshaw, Ascione e Ericksen (1996), i quali hanno rintracciato i seguenti sottogruppi: *giovani pedofili*, con scarse abilità sociali e isolamento sociale, che tendono a molestare bambini (solitamente femmine) di almeno 3 anni più giovani; *giovani aggressori sessuali*, che agiscono contro coetanee o donne adulte, usando violenza; *giovani indifferenziati*, non specializzati in un tipo di crimine e/o di vittima specifici. A risultati simili sono giunti anche Righthand e Welch (2001), i quali hanno rintracciato le stesse tre tipologie di adolescenti.

Sulla stessa linea di ricerca, Hunter, Hazelwood e Slesinger (2000), invece, hanno dimostrato l'esistenza di differenze tra adolescenti che commettono l'atto sessuale contro bambini e quelli che invece agiscono contro coetanei o adulti. I primi, infatti, sembrano usare un atteggiamento intimidatorio, piuttosto che usare la coercizione fisica e la molestia o la violenza viene agita contro un familiare o conoscente. I secondi, invece, agiscono maggiormente contro donne, sconosciute, in luoghi pubblici e possono agire anche in gruppo; questi ultimi sono più propensi all'uso della violenza e spesso commettono anche altri tipi di reati non necessariamente di tipo sessuale.

*Età della vittima e personalità del reo*. Che significato dare alla violenza sessuale agita su un bambino piuttosto che su un coetaneo o un adulto? Agli inizi, quando l'attenzione data agli adolescenti *sex offeders* era ancora scarsa, gli studi che hanno indagato questo legame propendevano per l'esistenza di una mera preferenza sessuale dell'autore di reato rispetto al tipo di vittima (Veneziano & Veneziano, 2002; Oxnam & Vess, 2006-2008). Altri autori, tuttavia, hanno rifiutato quest'ipotesi, suggerendo come l'età della vittima sia piuttosto un indicatore dello sviluppo psicosessuale del reo e non una preferenza sessuale, limitandosi nelle loro ricerche ad identificare specifici sottogruppi di *JSOs*, con specifiche caratteristiche di personalità (Groth, 1979; Carpenter et al., 1995; Glowacz & Born, 2013). Ha preso così piede un importante filone di ricerca su questo tema. Da tempo, infatti, gli studiosi hanno rintracciato differenze nei tratti di personalità degli adolescenti autori di reati sessuali e, alcuni di loro, hanno cominciato ad analizzarle in relazione all'età della vittima. Già nel 1979, Groth identificò alcune differenze specifiche e, per la prima volta, si cominciò a distinguere tra coloro che agiscono contro ragazzini più giovani (di almeno 3-4 anni) o bambini e adolescenti che commettono il reato su vittime coetanee o adulte. Il primo gruppo è stato descritto da Groth come caratterizzato da maggior passività, immaturità e presenza di tratti dipendenti, mentre il secondo sembra tendere a comportamenti più impulsivi, aggressivi e violenti (Groth, 1979).

A risultati simili è giunto anche Carpenter e colleghi (1995), i quali hanno somministrato il *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (Millon, 1987) a un campione di 36 adolescenti *sex offenders* che avevano compiuto più reati (anche non sessuali) ed erano inseriti in una struttura correzionale residenziale. Gli autori hanno evidenziato come i giovani che agiscono contro i bambini sembrano possedere in misura

maggiore tratti dipendenti, evitanti e schizoidi, rispetto agli adolescenti che agiscono contro coetanei o adulti, i quali ottengono punteggi più alti alla scala narcisistica (anche se non significativi). Entrambi i gruppi, tuttavia, hanno raggiunto punteggi significativi alla scala antisociale, che gli autori interpretano come segno della presenza di impulsività, irascibilità e tendenza a mettere in atto comportamenti antisociali, indipendenti quindi dalle specifiche caratteristiche di personalità rilevate.

Più di recente, Glowacz e Born (2013), utilizzando il *Millon Adolescent Clinical Inventory* (MACI; Millon, 1993) sono giunti a individuare caratteristiche di personalità distinte in un gruppo di 67 adolescenti (dai 13 ai 18 anni), accusati di reato sessuale o non sessuale, metà dei quali inseriti in una struttura residenziale e, l'altra metà, affidata alla famiglia ma sotto supervisione giudiziaria. Gli autori hanno rilevato come gli adolescenti che agiscono contro i bambini ottengano punteggi più alti alle scale relative a problemi internalizzanti, comportamento sottomesso, ansia, inibizione sociale, conformismo; i giovani che agiscono contro coetanei/adulti, raggiungano invece punteggi elevati relativamente a problemi esternalizzanti e a caratteristiche antisociali (insensibilità sociale, impulsività, delinquenza, abuso di sostanze). Anche il gruppo di giovani che avevano compiuto reati non sessuali hanno raggiunto simili punteggi, relativi ad aspetti di tipo antisociale.

- *Classificazioni dell'adolescente sex offender*

Un altro filone di ricerca ha cercato di mettere insieme le conoscenze acquisite su questa particolare popolazione, con lo scopo di redigere una classificazione di tipo 'categoriale' dei *JSOs*. Analizzando i risultati ottenuti al *California Psychological Inventory* (CPI; Gough, 1987), somministrato durante l'assessment per l'inserimento in un programma di recupero di 112 adolescenti (imputati o condannati per violenza sessuale), Worling (2001) ha rintracciato quattro profili specifici di *JSOs*: *antisociale/impulsivo,* che presenta maggior probabilità di violare le regole e la violenza sessuale sarebbe da ricondurre a tale propensione, piuttosto che a una devianza sessuale, mostrando quindi scarse social skills di tipo prosociale; *ipercontrollato/riservato* che, a differenza del precedente profilo, mostra attitudini prosociali, ma risulta estremamente controllato e cauto nell'espressione delle emozioni e nelle interazioni sociali, il che rende difficile la costruzione di relazioni personali intime; *'insolito'/isolato,* presenta essenzialmente due caratteristiche peculiari, ossia il suo importante isolamento sociale e una personalità insolita, impacciata, che rende problematico lo sviluppo e il mantenimento di sane relazioni intime sessuali*; sicuro/aggressivo,* all'opposto del precedente profilo, si presenta amichevole, sicuro e ottimista, ma presenta caratteristiche di personalità di tipo narcisistico e aggressivo, le quali sarebbero alla base del reato sessuale. I profili *antisociale/impulsivo* e *'insolito'/isolato*, vengono considerati dall'autore come i più 'patologici': sarebbe presente una maggior probabilità del soggetto di essere accusato per reati

sessuali, di aver avuto un'educazione familiare basata su una rigida disciplina (talvolta presenti abusi fisici) e di recidivare con altri reati nel lungo termine. Nessuna significativa differenza, però, è stata rintracciata tra gli specifici profili individuati in relazione a: età del ragazzo, età e genere della vittima e abusi sessuali subiti nell'infanzia.

Oxnam e Vess (2006-2008) hanno proposto invece una loro classificazione utilizzando il questionario MACI (Millon, 1993) e hanno rintracciato così l'esistenza di quattro profili di personalità, due patologici e altri due che si situano in un range di normalità, come precedentemente descritto da Worling (2001): *profilo inadeguato*, caratterizzato da oppositivitá, auto-frustrazione, auto-svalutazione, presenza di problemi familiari, propensione all'impulsività e depressione; *profilo antisociale*, caratterizzato da mancanza di disciplina, oppositività, insensibilità sociale, problemi familiari, predisposizione alla delinquenza e all'impulsività; *profilo conforme*, senza alcuna elevazione significativa, ma solo punteggi elevati (non significativi) alle scale relative ad ansia e disagio sessuale; *profilo passivo-aggressivo*, senza alcuna elevazione significativa, ma solo punteggi elevati (non significativi) alle scale relative a oppositivitá, sottomissione, depressione e problemi familiari.

In conclusione, sembrano quindi essere implicati aspetti di personalità specifici in questa popolazione (Carpenter et al., 1995; Worling, 2001; Oxanam e Vess, 2008; Glowacz & Born, 2013) e questa informazione risulta assolutamente utile in vista della presa in carico di questi giovani (Edwards & Beech, 2004). Ma se da un lato queste classificazioni possono essere molto informative per indirizzare il trattamento riabilitativo e psicoterapeutico di questi soggetti, dall'altro rischiano tuttavia di portare il clinico ad aderire a un certo tipo di "categoria" in modo acritico, rendendo di conseguenza difficile l'implementazione di un'efficace terapia costruita ad hoc sul paziente e ostacolando, inoltre, la possibilità di apportare eventuali cambiamenti.

Sebbene, quindi, a livello teorico e clinico, operare una suddivisione precisa dei diversi *JSO*s in sottogruppi possa rivelarsi di enorme utilità, ad oggi risultano esserci ancora molte contraddizioni e incongruenze in letteratura. Quindi, data la mancanza di accordo, è bene essere cauti nell'utilizzare come fonte di informazione le classificazioni ad oggi proposte.

### *I numeri in Italia*

In un documento pubblicato il 16 luglio 2013 dal Dipartimento della Giustizia Minorile, *Minori vittime e autori di reati a sfondo sessuale - "Sex Offender"* (Pesarin, 2013), sono stati elencati i risultati di una rilevazione effettuata nel 2011 presso 29 Uffici di Servizio Sociale. Ciò che risulta, tuttavia, sembra essere talvolta contrastante con i risultati forniti dalla letteratura internazionale. Dal documento si evince che i minorenni autori di reato sessuale "*sono per l'83% di nazionalità italiana, nel 97% dei casi di genere*

*maschile, nel 52% dei casi di età compresa tra i 16 ed i 17 anni.*

*L'89% di essi non fa abitualmente uso di sostanze stupefacenti, l'85% di essi non né faceva uso al momento del reato, il 95% di essi non appartiene a sette.*

*L'82% dei ragazzi considerati non presenta disturbi psichiatrici, l'85% non ha avuto precedenti istituzionalizzazioni/affidamenti/adozioni, il 70% non è stato preso in carico prima della commissione del reato dai Servizi Sociali […] L'85% dei ragazzi è disoccupato, il 58% di essi frequenta attività di formazione ed il 64% di essi è in possesso della scuola secondaria di 1°* […] *Quindi una buona parte di questi giovani non è impegnata in un progetto di vita per il proprio futuro*.".

In merito ai fattori di rischio maggiormente citati in letteratura, secondo questa rilevazione "*L'83% del campione non ha subito abusi fisici, né maltrattamenti e l'80% non ha subito abusi psicologici. Il nucleo familiare […] nella maggior parte dei casi […] è normocostituito (64%), è disgregato (64%) […] non è multiproblematico (54%), non presenta svantaggio economico (56%), non presenta patologie fisiche o psichiche (65%), non si trova in una situazione di isolamento […] non presenta comportamenti antisociali (65%), né forme di dipendenza da sostanze stupefacenti (74%), né relazioni di attaccamento problematiche (61%)*."

In merito, invece, al tipo di reato commesso si apprende che "*si è consumato prevalentemente nell'ambito di conoscenza con la vittima nel 68% dei casi, nell'ambito familiare nel 13% dei casi, tra sconosciuti nel 10% dei casi, nell'ambito delle conoscenze che avvengono attraverso la rete internet nel 6% dei casi* […] *Il 61% dei ragazzi è imputabile. I reati sono stati commessi prevalentemente verso minorenni […] di età 14-17 anni (34%), 11-13 anni (19%), 6-10 anni (8%) e maggiorenni (5%)*."

Per quanto riguarda invece i trattamenti proposti nel territorio italiano, il documento riporta che "*il programma di trattamento degli autori di reato è denso di impegni che si sostanziano in interventi individuali di rimotivazione al cambiamento, quali colloqui individuali (23%) e familiari (19%),* ***interventi psicologici / psichiatrici (13%)*** (grassetto aggiunto)*[…] attività scolastiche (10%), formative (7%), attività di volontariato (7%), attività socialmente utili (6%) e ricreative sportive (6%). Una piccola parte di essi è stato coinvolto anche in attività di mediazione penale (3%),* ***attività di sostegno specifico alla relazione empatica e alla sessualità (3%)*** (grassetto aggiunto)*, in attività culturali (2%), altre attività non rientranti nelle predette tipologie (1%)*."

Ciò che, infine, viene sottolineato nel documento come fattore fondamentale di tale rilevazione è l'alto tasso di disoccupazione e inattività dei giovani. Nessun accenno o preoccupazione, tuttavia, è presente in merito allo scarso supporto psicologico fornito a questi ragazzi, di cui solo il 13% beneficia.

È importante tenere in considerazione che nel documento le informazioni provengono da soli 29 Uffici di Servizio Sociale (e non si sa se per minorenni). Inoltre, molti dei quesiti richiesti dall'indagine non erano 'rilevabili' e spesso, per molti giovani per cui sono stati emanati provvedimenti di messa alla prova, non è

presente un'approfondita valutazione dei fattori di rischio da parte degli uffici di servizio sociale. Questi aspetti pongono ovviamente qualche dubbio sulla validità e generalizzabilità dei risultati esposti nel documento.

## La psicoterapia dell'adolescente autore di reato sessuale

Tra le ricerche presenti in letteratura, l'argomento del trattamento dei giovani *sex offenders* viene affrontato principalmente nell'ambito dello studio della recidiva. Quello che si sono chiesti i ricercatori é: quanti soggetti che hanno seguito un percorso riabilitativo reiterano il reato? Se a prima vista ciò può sembrare molto interessante da un punto di vista clinico per capire 'cosa funziona e cosa no', si nota tuttavia, approfondendo, che non sono presenti spiegazioni o descrizioni dettagliate in merito ai trattamenti effettuati e spesso le conclusioni riguardano il tentativo di individuare "Quali caratteristiche possiedono i soggetti che reiterano il reato?". Inoltre, lo scopo principale dei trattamenti proposti è prevenire le recidive (Edwards & Beech, 2004): ma è davvero questo l'obiettivo primario che deve avere il clinico nel portare avanti il suo lavoro terapeutico con questi soggetti?

### *Aderenza al trattamento e recidiva*

Gli sforzi compiuti per individuare quali caratteristiche siano proprie degli adolescenti che commettono reati sessuali dovrebbero avere lo scopo di aiutare a creare e implementare programmi terapeutici ad hoc per questi pazienti. Questa necessità nasce anche dagli studi effettuati sul recidivismo di questi adolescenti, dove sembra esserci maggior accordo in letteratura. Infatti, se da un lato i *JSOs* sono meno propensi a reiterare il reato, dall'altro, coloro che hanno recidive (solitamente si tratta di reati non sessuali; Veneziano & Veneziano, 2002; Parks & Bard, 2006; Christiansen & Vincent, 2013; Tidefors et al., 2019) mostrano più di frequente forti tendenze antisociali e aggressive (Hunter & Figueredo, 1999; Edwards & Beech, 2004; Tidefors et al., 2019; Carl, Schmucker & Lösel, 2019). Questo, di nuovo quindi, suggerirebbe l'esistenza di profili di personalità distinti, il che implicherebbe la necessità di prevedere programmi terapeutici differenziati (Edwards & Beech, 2004). A conferma di ciò, anche un importante studio sui tassi di recidiva di Christiansen e Vincent (2013) ha messo in luce come i giovani *sex offenders* di rado reiterano il reato sessuale e, in caso di recidiva, è più probabile commettano un reato non sessuale, mostrando così di percorrere una *traiettoria antisociale,* usando le parole di van Wijk, Mali, Bullens & Vermeiren (2007). Gli stessi autori hanno anche individuato che, tra i pochi *JSOs* che invece commettono di nuovo un reato sessuale, esisterebbe un sottogruppo particolare, i giovani esibizionisti, i quali sembrano percorrere una *traiettoria parafiliaca* (van Wijk et al., 2007; van Wijk, Vreugdenhil, van Horn, Vermeiren

& Doreleijers, 2007). In questo ultimo caso, tuttavia, si tratta di casi isolati e di soggetti con difficoltà psicopatologiche importanti. Ciò che Christiansen e Vincent (2013) sottolineano nell'ambito della valutazione del rischio di recidiva, e quindi da tenere in considerazione nella presa in carico terapeutica del soggetto, è l'importanza dei seguenti fattori: la presenza di precedenti reati (sessuali e non), precedenti reati contro bambini, una giovane età all'epoca del primo reato e il non frequentare la scuola.

Ma quali particolari fattori sono implicati nell'aderenza al trattamento e nei tassi di dropout dei giovani che hanno commesso reati sessuali? In merito ai *JSOs*, purtroppo, le informazioni sono ancora scarse, in quanto la maggior parte degli studi ha come focus la popolazione adulta (Oliver, Stockdale & Wormith, 2011). Tra gli autori che si sono soffermati sulla popolazione di adolescenti *sex offenders*, Hunter e Figueredo (1999) hanno evidenziato come l'assenza di compliance rispetto alle direttive terapeutiche influenzi il buon andamento del percorso riabilitativo. I giovani non cooperativi, oppositivi e poco partecipativi avevano infatti una maggior probabilità di dropout, come anche coloro che negavano la commissione del reato e la loro responsabilità. A risultati simili sono giunti anche Carl e colleghi (2019), i quali hanno rilevato come il tasso di abbandono del programma terapeutico fosse associato al livello di iniziale motivazione a prendere parte al trattamento, all'età del giovane, all'abuso di sostanze psicoattive, alla presenza di comportamento dirompente nell'infanzia e di aggressività.

### *Quale trattamento per l'adolescente sex offender?*

Nonostante la scarsità di studi rigorosi che valutino l'efficacia di trattamenti specifici per questa popolazione (Laetourneau & Borduin, 2008), è possibile trovare in letteratura una descrizione generale dei percorsi terapeutici proposti e, malgrado i difetti delle ricerche ad oggi effettuate, è possibile ricavare informazioni interessanti dai trattamenti proposti (Edwards & Beech, 2004).

Per quanto riguarda il mondo degli adulti, in una meta-analisi del 2008 (Schmucker & Lösel, 2008) è stato evidenziato come, tra i trattamenti efficaci per ridurre i tassi di recidiva tra i *sex offenders*, oltre a interventi di tipo medico (castrazione chirurgica e castrazione chimica), anche la terapia cognitivo-comportamentale porti a buoni risultati (Schmucker & Lösel, 2008). Tuttavia, gli autori evidenziano come nei diversi studi siano mancanti informazioni più dettagliate circa il tipo di trattamento e la sua implementazione, le caratteristiche del *sex offender* e i risultati ottenuti da uno specifico trattamento (retest e follow-up; Schmucker & Lösel, 2008).

Per quanto riguarda i giovani, ciò che si trova in letteratura come indicazione di trattamento è una proposta multidisciplinare che comprende: incontri di psicoterapia individuale e di gruppo, terapia familiare, attività socio-educative, attività lavorative e ricreative (Hunter e Figueredo, 1999; Lambie & Seymour, 2006; Carl et al., 2019). Talvolta si possono trovare specifiche sul tipo di psicoterapia o modello

utilizzati, come ad esempio la CBT (Carl et al., 2019), la terapia Multisistemica (Borduin, Henggeler, Blaske, & Stein, 1990; Lambie & Seymour, 2006; Patel, Lambie & Glover, 2008) o il Good Lives Model (Wylie & Griffin, 2013), oppure vengono elencati gli aspetti su cui si è focalizzata l'attenzione durante il trattamento come, ad esempio, i valori, le abilità sociali, la gestione della rabbia, le distorsioni cognitive, il controllo degli impulsi, il giudizio morale, l'empatia e la prevenzione delle ricadute (Hunter e Figueredo, 1999; Viljoen et al., 2017).

Utilizzare programmi creati per la popolazione adulta, sebbene possano dare utili indicazioni per poter strutturare il trattamento, potenzialmente non è la scelta migliore, in quanto l'adolescenza è un periodo particolare di vita, in cui si vivono dei cambiamenti importanti e in cui agiscono fattori che hanno una diversa influenza rispetto all'età adulta: il clinico non ha a che fare con una struttura di personalità definita, bensì con una personalità in costruzione. I programmi riabilitativi dovrebbero basarsi primariamente sulle modalità di funzionamento dell'adolescente, in modo da permettere un più accurato abbinamento dei giovani a programmi che possano soddisfare i loro bisogni (Edwards & Beech, 2004). Affinché sia possibile effettuare una tale scelta oculata, risulta essenziale descrivere dettagliatamente in cosa consista un certo programma di trattamento. Quindi, il futuro della ricerca dovrebbe essere indirizzato a valutare più da vicino l'efficacia dei trattamenti, dal punto di vista della strutturazione del programma, delle tecniche utilizzate, i modi e i tempi, nonché la divisione dei giovani in gruppi di trattamento in base alle caratteristiche di personalità.

### *La terapia cognitivo-comportamentale per l'adolescente sex offender*

Da una meta-analisi effettuata da Hoogsteder e colleghi (2015) è risultato come gli adolescenti con problemi di aggressività e tendenze antisociali traggano beneficio dagli interventi di tipo cognitivo comportamentale (di seguito *CBT*, *Cognitive Behavioral Th*erapy), soprattutto se è prevista una parte di lavoro individuale. Sebbene la maggior parte delle ricerche si focalizzi su interventi di gruppo, di seguito sono riportati alcuni trattamenti *CBT* specifici, che utilizzano all'interno del programma riabilitativo sia il lavoro di gruppo che individuale.

In due studi pubblicati nel 2004 da Apsche e colleghi, vengono illustrati due trattamenti *CBT* specifici per gli adolescenti autori di reati sessuali:

- *Thought Change System (TC)*: pensato per il trattamento dei *sex offenders* aggressivi, ad alto rischio, affidati a un servizio residenziale, organizzato in fasi e della durata di minimo sedici settimane (Apsche, Evile & Murphy, 2004); consiste in un programma strutturato che ha come focus principale le credenze disfunzionali collegate al comportamento sessuale deviante agito e ai tratti di tipo antisociale. Gli argomenti trattati nel programma sono: l'annotazione dei pensieri negativi e la ristrutturazione cognitiva

degli stessi, il reato sessuale, l'aggressione e la violenza, l'umore, la responsabilità, i comportamenti salutari, l'uso di sostanze, l'empatia, le credenze della vittima e dell'aggressore, la vittima, la farmacologia. Il programma utilizza tecniche di imagery e di rilassamento e propone un balance training, mutuato dalla *Dialectical Behavior Therapy*. Oltre al trattamento *CBT* di gruppo, focalizzato sulla ristrutturazione cognitiva, i partecipanti sono inseriti in percorsi di terapia individuale e familiare, e svolgono inoltre attività educative, ricreative e professionali.

- *Mode Deactivation Therapy (MDT)*: creato per coloro che non sono stati in grado di completare un trattamento *CBT* classico (il precedente), a causa di un alto livello di aggressività e/o *non-compliance* (Apsche, Bass e Murphy, 2004); il programma si focalizza sul concetto di *mode* (Beck, 1996; Alford & Beck, 1997) e ha lo scopo di de-attivare la sequenza "trigger – paura – evitamento – attivazione mode/nucleo di credenze" e, attraverso un training per imparare a bilanciare percezioni e interpretazioni soggettive, di incrementare la regolazione emotiva. Il programma è stato creato anche allo scopo di migliorare la mastery: l'adolescente, gradualmente, impara a riconoscere e a lavorare sui mode, sui problemi comportamentali e/o sulla rabbia/aggressività, utilizzando materiale didattico specifico (mutuato da *ACT, DBT* e *CBT*).

Entrambi i programmi proposti sono stati valutati come efficaci nel ridurre sia le cognizioni che i comportamenti disfunzionali in soggetti che mostrano caratteristiche di tipo antisociale.

Successivamente, nel 2007 Calley pubblicò un dettagliato programma di intervento suddiviso in moduli che rispondevano agli obiettivi di trattamento raccomandati dal *National Task Force on Juvenile Sex Offending* (NTFJSO, Stati Uniti, 1993). Per affrontare le problematiche individuate dalla NTFJSO, era necessario usare un approccio con valide ed efficaci basi teoriche, che potesse garantire dei risultati di trattamento effettivi di questi giovani e, secondo Calley, la *CBT* era l'unica che possedeva queste caratteristiche: avrebbe fornito un solido quadro di riferimento a cui rivolgersi per raggiungere i target del trattamento, da un lato, e sarebbe stata d'aiuto nell'implementazione di un trattamento strutturato, necessario per affrontare problematiche cliniche così complesse.

Nel primo modulo del programma di Calley, il lavoro terapeutico è focalizzato sull'assunzione di responsabilità del giovane rispetto all'atto compiuto: l'autoapertura rispetto al reato commesso e a tutti i dettagli che lo hanno caratterizzato (come si è svolto l'evento, la percezione del paziente e la percezione della vittima), secondo l'autore, è indice di impegno da parte del paziente nel percorso terapeutico.

Nei moduli due e tre, si lavora sulla storia di vita: attraverso il genogramma e strumenti per la raccolta dati, si ripercorre la vita del paziente, la storia familiare, gli eventi accaduti ritenuti importati e salienti dal giovane (prendendo in considerazioni gli aspetti prettamente emotivi e comportamentali). Il modulo quattro è interamente dedicato alla storia della devianza: viene quindi presa in esame la storia e lo sviluppo della delinquenza, della sessualità e dell'eventuale uso di sostanze. Nel modulo cinque, il

terapeuta rivede insieme al paziente gli aspetti cognitivi, comportamentali, emotivi legati alla messa in atto del comportamento sessuale deviante, concettualizzandolo sotto forma di un ciclo (che quindi, secondo l'autore, si ripete o si ripeterà). Nel modulo sei viene invece intrapreso un percorso per sviluppare la capacità empatica e aiutare il giovane ad essere più in contatto con le sue emozioni. Infine, nel modulo sette, si lavora sulla prevenzione della ricaduta. L'intero programma è strutturato basandosi sull'approccio della *CBT* e, per ogni modulo, l'autore offre una spiegazione alquanto estesa in merito a come procedere, modulo dopo modulo. Il limite principale è che il protocollo non è stato validato, quindi rimane un lavoro prettamente teorico.

I trattamenti *CBT* proposti si focalizzano sugli stessi temi: presa di responsabilità dell'atto commesso, abilità di problem-solving, social skills per promuovere relazioni positive, aumentare la consapevolezza in merito all'impatto dell'atto sulla vittima, riduzione e correzione delle distorsioni cognitive collegate al reato e prevenzione delle ricadute (Calley, 2007; Patel et al., 2008; Letourneau & Borduin, 2008; Hoogsteder et al., 2015; Viljoen et al., 2017). In generale, ciò che viene spesso criticato è che, da un lato, le modalità, la struttura del trattamento e le tecniche impiegate non vengono ben esplicitate (motivo dell'esiguo numero di trattamenti sopracitati), dall'altro gli obiettivi del trattamento spesso non includono un lavoro sui fattori di rischio per i quali è stata riconosciuta un'influenza importante (Hoogsteder et al., 2015). Alcuni autori, in aggiunta, non ravvisano alcuna utilità nel lavoro relativo alla prevenzione delle ricadute (Letourneau & Borduin, 2008): che valore e beneficio può avere concentrarsi su questo aspetto se la maggior parte dei giovani *sex offenders* non reitera il reato? Inoltre, sembra venga perso di vista il lavoro terapeutico sul paziente e sul suo funzionamento relazionale e sociale disfunzionale (Hoogsteder et al., 2015): se ci sono degli interventi, questi sono indirizzati ad aspetti di tipo antisociale, ma quale lavoro per gli adolescenti più introversi, con tratti evitanti e isolati socialmente? Il fatto che la loro probabilità di reiterare il reato sia molto bassa è una buona giustificazione per non creare un trattamento centrato sulle loro peculiari caratteristiche?

In conclusione, nonostante i limiti della ricerca, due aspetti importanti sembrano emergere:

- gli adolescenti che compiono reati sessuali sono un gruppo distinto rispetto ai coetanei che compiono reati non sessuali;
- all'interno di questa specifica popolazione, si possono rintracciare almeno due macro gruppi distinti: coloro che mostrano tratti di personalità evitante, dipendente, sono socialmente isolati, hanno scarse social skills e possibili deficit cognitivi, e coloro che hanno maggiori tendenze antisociali, disturbi della condotta e più probabilità di recidivare con altri reati (di solito non sessuali).

Appare di estrema importanza, quindi, prevedere anzitutto programmi di trattamento distinti per gli adolescenti che commettono reati sessuali, rispetto a quelli per i giovani che commettono altri tipi di reato;

inoltre, all'interno di questa particolare popolazione, fornire percorsi separati basandosi sulle caratteristiche di personalità risulta essenziale: inserire un giovane con problemi di tipo internalizzante in un contesto in cui sono presenti giovani con tendenze antisociali e ostili, potrebbe avere un effetto iatrogeno (Hunter & Figueredo, 1999; Edwards & Beech, 2004; Glowacz & Born, 2013).

## La psicoterapia individuale dell'adolescente autore di reato sessuale: il caso di un giovane *sex offender* con tratti di personalità evitante e dipendente

Analizzando la letteratura sul tema degli adolescenti autori di reati a sfondo sessuale e confrontandola con l'esperienza biennale di terapia con un giovane *sex offender* con tratti dipendenti, evitanti e importante isolamento sociale, alcune domande sulla procedura da adottare con un paziente di questo tipo sono sorte spontanee:

1. Come essere certi della 'validità' dei questionari di personalità (o di altro tipo) somministrati?
2. Quando è il momento giusto per affrontare l'evento occorso?
3. È bene concentrarsi prevalentemente su cognizioni, emozioni, comportamenti legati al reato sessuale o meglio lavorare sui tratti di personalità che raggiungono significatività clinica? Quindi sui punti di forza e debolezza del paziente, indipendenti dal reato commesso?
4. I gruppi di terapia possono essere efficaci oppure c'è il rischio che il paziente senta ancor più l'etichetta di *sex offender*?

Si propone di seguito una revisione critica di ciò che la ricerca ha ad oggi proposto in merito agli interventi per questa popolazione, nell'ottica di una presa in carico di un giovane con assenza di tratti antisociali.

### *Il caso in breve*

Paziente da poco maggiorenne, figlio unico, vive con i genitori con cui c'è un legame invischiato. Non sono presenti valutazioni del funzionamento cognitivo globale, ma il ragazzo al colloquio si mostra molto semplice, con un eloquio che, per forma e contenuti, rassomiglia a quello di un adolescente. Durante l'adolescenza ha avuto alcuni rapporti completi con una minore di 6 anni più giovane. Dopo un anno dall'accaduto è scattata la denuncia e ha preso avvio l'iter giudiziario. A distanza di due anni, il giudice del Tribunale dei Minori ha emesso un provvedimento di messa alla prova per un periodo di due anni, in cui il ragazzo dovrà svolgere servizio sociale e un percorso psicologico "*per comprendere la gravità del reato commesso*".

Il paziente, che inizialmente negava il reato, una volta ammesso il fatto ha comunque continuato a minimizzarne la gravità, attribuendo responsabilità anche alla vittima. Il paziente si definisce stufo perché la cosa va avanti da anni e non ha commesso un reato *"poi così grave"*. Inoltre, asserisce di non aver nessun problema, di stare bene e di non aver bisogno di uno psicologo.

Durante le prime sedute di assessment, il paziente si mostra non motivato a compilare i questionari e non è disposto a fornire informazioni personali: durante l'indagine sulla storia di vita e sul contesto familiare si rifiuta di fornire alcune informazioni o risponde alle domande in modo superficiale. Il profilo di personalità risultante dalla prima indagine psicodiagnostica, in particolar modo dalla somministrazione del MCMI-III, si configura come un disturbo di personalità narcisistico con tratti paranoidei (la scala di desiderabilità sociale risulta molto elevata). Sono presenti, inoltre, elevazioni significative alle scale dell'MMPI-2 relative a cinismo, mania, comportamenti antisociali e personalità di tipo A.

Dopo qualche mese di incontri motivazionali, il paziente decide di sospendere le sedute e deciderà di tornare solo dopo tre mesi. Alla ripresa del percorso, il paziente non mostra più un atteggiamento ostile, sebbene sia sempre pesante per lui l'imposizione di effettuare un percorso psicologico, e comincia un po' alla volta ad aprirsi anche rispetto ad argomenti prima tabù, come la storia di vita e la famiglia.

Dopo circa un anno dall'inizio della terapia, quando è presente una buona alleanza terapeutica, viene risomministrato il questionario di personalità MCMI-III, che fornisce risultati molto diversi: disturbo di personalità evitante con tratti dipendenti, con elevazioni significative alle scale passivo-aggressiva, depressiva, auto-frustrante, nonché alla scala dell'ansia.

*Valutazione iniziale e rivalutazione*

L'assessment è ciò che caratterizza l'inizio di ogni percorso terapeutico: permette di inquadrare il caso e aiuta a fissare degli obiettivi realistici per il paziente, in relazione alla sua storia di vita e al suo funzionamento. Inoltre, essenziale per l'inizio di una terapia, è la presenza di motivazione, da parte del soggetto, a intraprendere un percorso terapeutico. Già qui si incontrano le prime difficoltà. Il giovane *sex offender* che comincia una terapia, con alta probabilità, è stato obbligato da terzi a intraprendere un percorso psicologico, quindi è plausibile che la motivazione sia al livello di pre-contemplazione (Prochaska & DiClemente, 1992). Inoltre, se presenti tratti di personalità di tipo evitante, è plausibile immaginare come sia fonte di estrema ansia e vergogna parlare davanti a uno sconosciuto di se stessi (e del reato commesso) e che quindi possa tentare di presentarsi al meglio, per evitare il giudizio negativo che è solito temere.

In questa prima fase, risulta quindi utile utilizzare degli strumenti che possano fornirci alcune indicazioni, soprattutto se il paziente si sbottona poco, è bene tuttavia fare attenzione ai profili *fake-good* che possono

risultare (l'alta desiderabilità non rende necessariamente il protocollo non valido!). Per una maggiore sicurezza sarebbe bene somministrare, o somministrare di nuovo, i questionari una volta raggiunta una buona alleanza terapeutica e il paziente non senta quindi il rischio di ricevere (anche) dal terapeuta un giudizio negativo.

*Colloquio motivazionale e relazione terapeutica*

Con un paziente di questo tipo, in cui è alta la probabilità sia presente una scarsa motivazione al trattamento, risulta utile avvalersi di un approccio di tipo motivazionale (Patel et al., 2008). Nello specifico, il colloquio motivazionale aiuta a incrementare la motivazione intrinseca del paziente ed è risultato essere un intervento terapeutico utile in quei casi in cui il paziente è resistente al trattamento (i.e. trattamento della dipendenza; Miller & Rollnick, 2002; Patel et al., 2008). Questo approccio contribuisce a far sentire il paziente al sicuro e accettato, affinché si senta libero di esprimere i propri pensieri ed emozioni, senza alcuna ripercussione (Miller & Rollnick, 2002).

Anzitutto è fondamentale comprendere quali siano i motivi di questa scarsa motivazione. Mann e Rollnick (1996) hanno individuato quattro ragioni per cui i giovani *sex offenders* si oppongono al trattamento:

1) provano rabbia per il fatto di essere stati obbligati a seguire una terapia;
2) hanno paura del futuro, non sanno come andrà a finire;
3) negano il fatto o comunque faticano ad assumersi le loro responsabilità in merito al reato;
4) mostrano diffidenza verso l'altro, soprattutto se lo percepiscono in una posizione di potere rispetto a loro stessi.

Immaginando di essere di fronte a un paziente che mostra forte rabbia, oppositività rispetto al trattamento e alle richieste del terapeuta, diffidenza e svalutazione dell'altro, con dei risultati ai questionari che propendono per una personalità narcisistica o istrionica o anche, talvolta, antisociale, che idea si farebbe il terapeuta rispetto al funzionamento e alla personalità del paziente? Sarebbe più probabile venisse 'classificato' come giovane *sex offender* con tratti antisociali? Ma se si ripensa a questa scena, invece, tenendo in considerazione le motivazioni individuate da Mann e Rollnick, si giungerebbe alla stessa conclusione? E se si considerasse anche la possibilità di una distorsione dei risultati dei questionari del tipo fake-good?

Gli adolescenti *sex offenders*, quindi, potrebbero mostrate rabbia, negazione dell'accaduto, autosvalutazione dell'altro come strategie di coping legate alla particolare situazione che stanno vivendo (Miller & Rollnick, 2002). Risulta quindi utile rivalutare l'atteggiamento del paziente tenendo in considerazione le motivazioni alla base della sua ostilità e assumere un atteggiamento accettante e accogliente.

Come suggerito da Patel e colleghi (2008) in questa prima fase (ma anche nel proseguo della terapia), unire alla *CBT* le componenti del colloquio motivazionale che seguono, può essere d'aiuto per promuovere il cambiamento nel paziente e per creare una buona alleanza terapeutica:

- *esprimere empatia e rispetto*: il terapeuta mostra accettazione per il giovane, indipendentemente dal reato commesso, assume un atteggiamento empatico al fine di comprendere la prospettiva del paziente, la sua vita e le sue difficoltà, senza giudicarlo; lo aiuta in modo più efficace a compiere un cambiamento; con l'utilizzo dell'ascolto attivo, il paziente apprende che il terapeuta lo capisce;
- *Incrementare la discrepanza*: il terapeuta aiuta a riconoscere la discrepanza tra il comportamento attuale e il sistema di valori, in modo da stimolare una riflessione sul comportamento;
- *'Rotolare' con la resistenza*: il terapeuta evita lo scontro con il paziente e cerca, piuttosto, di riflettere con lui utilizzando paradossi, umorismo, ascolto attivo, riformulazione, cambio focus, validazione;
- *Normalizzare ed esplorare l'ambivalenza*: il terapeuta rispetta e comprende l'ambivalenza del paziente rispetto alla terapia e lo aiuta a riflettere su di essa (utilizzo della bilancia decisionale);
- *Supportare la percezione di autoefficacia*: è importante che il paziente senta di avere le capacità per effettuare un cambiamento e il terapeuta può riflettere con lui in merito a cosa si aspetta dal futuro (se farà un cambiamento, sia se non lo farà) e sottolineare i punti di forza in modo che anche il giovane cominci a prenderne consapevolezza e si senta più sicuro.

L'utilizzo di questo approccio ha come risultati l'incremento di motivazione del paziente e la creazione di una relazione terapeutica collaborativa, essenziale per proseguire con il lavoro terapeutico con i giovani *sex offenders*.

*Terapia cognitivo-comportamentale*

Le terapie proposte in letteratura si focalizzano su cognizioni, emozioni e comportamenti collegati al reato. Non viene, tuttavia, sottolineata l'importanza di lavorare sugli aspetti disfunzionali non relativi al reato. Com'è possibile lavorare su un evento che ha portato a gravi conseguenze, che implica uno stigma pesante da sostenere e che ha avuto come risultato, tra gli altri, la messa in atto di strategie di coping disfunzionali a protezione del paziente stesso, se prima il giovane non ha lavorato e imparato a conoscere di più la sua persona e il suo funzionamento? Se si tiene conto poi che il giovane presenta un disturbo di personalità, che porta inevitabilmente con sé modalità di relazionarsi agli altri e al mondo disfunzionali, forse il punto di partenza della terapia andrebbe rivisto. Se aggiungiamo, infine, la presenza di un disturbo evitante di personalità, caratterizzato da forte paura del giudizio negativo e da un importante vissuto di ansia e vergogna, appare una forzatura, se non irrealistico, chiedere al paziente di raccontare i dettagli del reato, cosa pensava in quei momenti e cosa, secondo lui, pensava la vittima. Fissare congiuntamente con il

paziente gli obiettivi da raggiungere, che riguardino la sua vita e le sue difficoltà attuali, e perseguirli durante la terapia, è un lavoro necessario per poter costruire una base solida che permetta, in un secondo momento, di affrontare il tema del reato commesso.

Come esemplificazione, vengono riportati di seguito gli obiettivi individuati con il paziente del caso clinico sopra riportato, le tecniche utilizzate e l'andamento del lavoro terapeutico.

Dai colloqui effettuati erano emerse alcune problematiche che successivamente il paziente ha identificato come obiettivi sui quali impostare il lavoro terapeutico:

- Difficoltà a riconoscere e gestire le emozioni, soprattutto rabbia e vergogna
- Idee disfunzionali di autosvalutazione
- Difficoltà metacognitive di decentramento e differenziazione
- Isolamento sociale
- Difficoltà nell'adottare uno stile comunicativo assertivo.

Il percorso terapeutico è cominciato con il lavoro sul monitoraggio e sulle emozioni, caratterizzato da psicoeducazione, apprendimento del modello ABC, utilizzo del diario emotivo e ristrutturazione cognitiva delle idee disfunzionali, soprattutto di tipo autosvalutativo.

Si è poi proseguito con l'affrontare le disfunzioni metacognitive: all'inizio del percorso, infatti, risultava difficile al paziente separare il proprio pensiero dalla realtà oggettiva esterna, anche a causa dell'intensa rabbia esperita, e assumere una posizione meno egocentrica. Si è quindi lavorato sul promuovere il senso di agency sugli stati mentali e far riconoscere come soggettive le interpretazioni fornite sulla realtà esterna e sugli altri, grazie anche al disputing e al role-playing (utilizzato anche per promuovere il decentramento). Sebbene inizialmente sembrava essere molto difficile per il paziente interiorizzare le informazioni fornite in seduta e utilizzarle nella vita quotidiana, con il passare del tempo ed il rinforzarsi della relazione terapeutica, il ragazzo si è mostrato spontaneamente sempre più consapevole rispetto ai suoi stati mentali, riuscendo a mettere in discussione in autonomia le sue credenze disfunzionali: ha cominciato a riconoscere l'origine delle sue emozioni, a individuare i pensieri, a fornire a se stesso ipotesi alternative sul comportamento altrui, dotando al contempo l'altro di una propria individualità cognitiva e, soprattutto, emotiva. Altro aspetto che ha aiutato il paziente a scindere il suo pensiero dalla realtà esterna e differenziarlo da quello altrui, è stato la presa di consapevolezza rispetto al suo funzionamento, in relazione ai tratti di personalità evitante prima, e dipendente poi. Rispetto al primo tratto, mano a mano che è riuscito a riconoscere e ad affrontare l'emozione di vergogna, le reazioni di rabbia e le pretese verso l'altro si sono affievolite ed è stato possibile lavorare sui pensieri disfunzionali con il disputing e il role-playing. Il raggiungimento di una maggior consapevolezza rispetto all'emozione della vergogna (e alle sue

conseguenze) ha indirettamente aiutato il paziente ad esperire maggior empatia e a sintonizzarsi con le emozioni dell'altro.

Rispetto al tratto dipendente, invece, una volta illustrato come il paziente funzionava in relazione con l'altro, specialmente con i genitori, e avendo raggiunto maggior fiducia in se stesso, il ragazzo ha cominciato a rendersi conto che spesso faceva sue le credenze dei genitori, senza necessariamente condividerle, e che iniziava a desiderare una maggior autonomia e indipendenza. Questo è stato il punto di partenza per iniziare a mettere in discussione alcune sue idee, lavorare sul senso di colpa rispetto all'opporsi ai genitori e aumentare di pari passo la consapevolezza rispetto a cosa, invece, desiderava davvero il paziente per se stesso.

Rispetto all'isolamento sociale, il lavoro terapeutico è stato caratterizzato da esercizi di attivazione comportamentale e role-playing sulle social skills, mentre, in merito all'assertività, sono state effettuate delle sedute di psicoeducazione, role-playing in studio ed esercizi da effettuare in autonomia negli ambiti relazionali della vita quotidiana del paziente.

Il percorso è stato strutturato inizialmente con incontri settimanali, per poi passare a sedute a cadenza bimensile; alla fine di ogni seduta venivano assegnati compiti da svolgere a casa.

A conclusione del percorso, il paziente mostra di aver raggiunto una buona consapevolezza in merito ai propri pensieri ed emozioni, che è in grado di riconoscere e valutare come funzionali o disfunzionali. Inoltre, mostra capacità nel differenziare un pensiero come proprio e nel "mettersi nei panni dell'altro", esibendo anche un atteggiamento empatico nei confronti delle altre persone (che siano conosciute o sconosciute). A livello comportamentale, il paziente ha cominciato a ricostruire una rete sociale e amicale, mostrando buone capacità di stare in relazione con l'altro, imparando inoltre a mettere in atto un atteggiamento assertivo, adeguato alla situazione e al contesto relazionale in cui si trova.

Solo una volta avvenuta l'acquisizione di tali nuove competenze è stato possibile per il paziente effettuare un'approfondita riflessione critica sul suo agito. Ha infatti indirettamente acquisito maggior consapevolezza rispetto agli aspetti emotivi, cognitivi e comportamentali disfunzionali presenti all'epoca dei fatti ed è quindi riuscito a raccontare in modo dettagliato e pieno di consapevolezza l'accaduto, è stato in grado di esplicitare lo stato mentale di estrema inadeguatezza presente nel periodo in cui è successo il fatto e i pensieri presenti al momento della violenza. È stato inoltre capace di rivalutare il livello di gravità del comportamento agito, dimostrando una piena consapevolezza in merito a questo e alla sua responsabilità, valutata come unicamente propria e non più condivisa con la vittima. Tutto ciò gli ha permesso infine di riuscire a comunicare alla vittima, attraverso una lettera, il suo dolore rispetto a quanto occorso e a chiedere scusa per ciò che aveva fatto.

*Altre considerazioni in merito alla terapia*

Questo tipo di pazienti che possono giungere in terapia in conseguenza di un provvedimento del giudice, è difficile possano essere inseriti in attività di gruppo, a meno che non si lavori in un contesto dove ciò risulti possibile. Tuttavia, in merito alla frequentazione di un gruppo terapeutico per *sex offenders*, la letteratura ha mostrato talvolta scetticismo, in quanto ci si è chiesti se l'inserimento di un giovane con caratteristiche di personalità di tipo evitante possa risultare iatrogeno (Hunter & Figueredo, 1999; Edwards & Beech, 2004; Glowacz & Born, 2013). In particolare in relazione a:

- l'inserimento in un gruppo dove sono presenti ragazzi che hanno commesso lo stesso reato, ma che presentano tratti di personalità di tipo antisociale, il che, quindi, potrebbe portare ad un aumento delle reazioni di ostilità e, in genere, di coping disfunzionale;
- l'inserimento in un gruppo di ragazzi che hanno commesso reati sessuali, che potrebbe incrementare le conseguenze negative legate allo stigma di 'autore di reato sessuale'.

Ciò che sembra più utile, invece, per un ragazzo con tratti evitanti, ritiro sociale, bassa self-efficacy e insicurezza, è essere inserito, verso la fine del trattamento individuale, in un gruppo composto da altri giovani con le stesse caratteristiche di personalità e *non-offenders*, con lo scopo di potenziare il decentramento e l'apprendimento e utilizzo delle social skills. Potrebbe essere inoltre utile per migliorare le capacità comunicative assertive e sperimentare un senso di condivisione e collaborazione con gli altri partecipanti (Glowacz & Born, 2013).

Per quanto riguarda il coinvolgimento della famiglia, la letteratura evidenzia come sia un fattore importante nel processo di riabilitazione dei *JSOs*, tuttavia, mostra anche come non sempre ciò risulti fattibile, spesso a causa dell'opposizione dei genitori stessi. Nell'ambito della terapia individuale di questi giovani, è sempre bene valutare se sia opportuna una presa in carico familiare o della coppia genitoriale e, eventualmente, proporla, senza però aspettarsi alcun risultato (Apsche, Bass & Murphy, 2004).

Infine, se la richiesta di intraprendere un percorso terapeutico è giustificata da un provvedimento di messa alla prova, va tenuto a mente che, alla fine del percorso, verrà richiesta dal Tribunale una relazione sull'andamento, con integrata una valutazione del rischio di reiterazione del reato. Negli Stati Uniti sono molto utilizzati questionari standardizzati per valutare il rischio di recidiva, soprattutto nella popolazione adulta. Ciò che sottolinea la ricerca per quanto riguarda i giovani, invece, è che la modalità migliore per fare una valutazione di rischio dei giovani è non affidarsi esclusivamente agli strumenti standardizzati (come ad esempio questionari di personalità) che possono condurre il clinico stesso a interpretazioni erronee, ma piuttosto integrare i risultati di questi con le diverse informazioni raccolte attraverso il colloquio, l'indagine della storia di vita e, eventualmente, da fonti esterne come famiglia, scuola, amici, istituzioni pubbliche (Christiansen & Vincent, 2013).

**Conclusioni**

In Italia il lavoro da fare in quest'ambito è ancora molto, a cominciare da studi che indaghino in modo realistico la presenza del fenomeno dei *JSOs* sul territorio nazionale e ne forniscano una descrizione dettagliata. Risulta alquanto singolare, infatti, che la letteratura scientifica internazionale sottolinei la presenza di una moltitudine di fattori di rischio, alcuni di questi davvero ben rappresentati nella popolazione dei giovani *sex offenders* e in Italia, invece, sembra che per la maggior parte, l'unico fattore potenzialmente negativo (e degno di nota) sia la mancanza di un lavoro o un'occupazione.

Altro punto critico, a livello generale invece, è la mancanza di indicazioni di trattamento per quegli adolescenti più insicuri e ritirati forse considerati meno offensivi: è forse una buona motivazione per non occuparsi anche della loro sofferenza? Perché di sofferenza si parla se un giovane arriva al punto di mettere in atto determinati comportamenti.

Se la ricerca e gli interventi proposti si concentrassero maggiormente sul benessere globale del giovane e non avessero il solo scopo di diminuire il rischio di recidiva, forse si giungerebbe a creare interventi terapeutici davvero efficaci, con il potenziale di aumentare, da un lato, la qualità di vita di questi ragazzi e allo stesso tempo, dall'altro lato, diminuire i tassi di recidiva.

**Bibliografia**

Abel, G.G., Osborn, C.A., & Twigg, D.A. (1993). Sexual assault through the life span: Adult offenders with juvenile histories. In H.E. Barbaree, W.L. Marshall, & D.R. Laws. *The juvenile sexual offender (*pp. 104-116). New York: Guilford Press.

Alford, B.A., & Beck, A.T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York, NY: Guilford Press.

Apsche, J.A., Bass, C.K., & Murphy, C.J. (2004). A comparison of two treatment studies: CBT and MDT with adolescent male sex offenders with reactive conduct disorder and/or personality traits. *Journal of early and intensive behavior intervention,* 1 (2), 179-190.

Apsche, J.A., Evile, M.M., & Murphy, C. (2004). The thought change system. An empirically based cognitive behavioral therapy for male juvenile sex offenders. *The Behavioral Analyst Today,* 5 (1), 101-107.

Beck, A.T. (1996). Beyond belief: A theory of Modes, personality, and psychopathology. In P.M. Salkovaskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 1-25). New York, NY: Guilford Press.

Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., & Stein, R. J. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, *34*(2), 105-113.

Calley, N.G. (2007). Integrating theory and research: the development of a research-based tratment program for juvenile male sex offenders. *Journal of Counseling & Development,* 85, 131-142.

Carl, L.C., Schmucker, M., & Lösel, F. (2019). Predicting attrition and engagement in the treatment of young offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology,* https://doi.org/10.1177/0306624X19877593

Carpenter, D.R., Peed, S.F., & Eastman, B. (1995). Personality characteristics of adolescent sexual offenders: A pilot study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 7 (3),* 195-203.

Christiansen, A.K., & Vincent, J.P. (2013). Characterization and prediction of sexual and nonsexual recidivism among adjudicated juvenile sex offenders. *Behavioral Sciences and the Law,* 31, 506-529.

Craig, L.A., Browne, K.D., Beech, A., & Stringer, I. (2006). Difference in personality and risk characteristics in sex, violent and general offenders. *Criminal Behavior and Mental Health,* 16, 183-194.

Eastman, O., Craissati, J., & Shaw, J. (2019). Young adult sexual offenders with emerging personality disorders: developmental and offence-related characteristics and treatment engagement. *Journal of Sexual Aggression, 25(2),* 105-115.

Edwards, R., & Beech, A. (2004). Treatment programmes for adolescents who commit sexual offences: Dropout and recidivism. *Journal of Sexual Aggression,* 10 (1), 101-115.

Freeman, K.A., Dexter-Mazza, E.T., & Hoffman, K.C. (2005). Comparing personality characteristics of juvenile sex offenders and non-sex offending delinquent peers: a preliminary investigation. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment,* 17 (1), 3-12.

Glowacz, F., & Born, M. (2013). Do adolescent child abusers, peer abusers, and non-sex offenders have different personality profiles? *European Child & Adolescent Psychiatry,* 22, 117-125.

Goldstein, A.P., McGinnis E. (1997). *Skillstreaming the adolescent: New strategies and perspectives for teaching prosocial skills*. Champaign, Illinois: Research Press.

Gough, H.G. (1987). *California Psychological Inventory. Administrator's guide*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Graves, R. B., Openshaw, D. K., Ascione, F. R., & Ericksen, S. L. (1996). Demographic and parental characteristics of youthful sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 40, 300-317.

Groth, A.N. (1979). *Man who rape: The psychology of the offender*. New York: Plenum Press.

Hoogsteder, L.M., Stams, G.J.M., Figge, M.A., Changoe, K., van Horn, J.E., Hendriks, J., & Wissink, I.B. (2015). A meta-analysis of the effectiveness of individually oriented cognitive behavioral treatment (CBT) for severe aggressive behavior in adolescents. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology,* 26 (1), 22-37.

Hunter, J. A., & Figueredo, A.J. (1999). Factors associated with treatment compliance in population of juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment,* 11 (1), 49-67.

Hunter, J. A., Hazelwood, R. R., & Slesinger, D. (2000). Juvenile-perpetrated sex crimes: Patterns of offending and predictors of violence. *Journal of Family Violence*, 15, 81-93.

Lambie, I., & Seymour, F. (2006). One size does not fit all: Future directions for the treatment of sexually abusive youth in New Zealand. *Journal of Sexual Aggression,* 12 (2), 175-187.

Letourneau, E.J., & Borduin, C.M. (2008). The effective tratment of juveniles who sexually offend: an ethical imperative. *Ethics & Behavior,* 18 (2-3), 286-306.

Mann, R.E., & Rollnick, S. (1996). Motivational interviewing with a sex offender who believed he was innocent. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy,* 24, 127-134.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.

Millon, T. (1993). *Millon adolescent clinical inventory*. Minneapolis: National Computers System.

Millon, T. (1987). *Manual for the MCMI-II (2nd ed.)*. Minneapolis, MN: National Computers Systems

Miyaguchi, K., & Shirataki, S. (2014). Executive functioning problems of juvenile sex offenders with low levels of misured intelligence. *Journal of Intellectual & Developmental Disability,* 39 (3), 253-260.

Miner, M., Borduin, C., Prescott, D., Bovensmann, H., Schepker, R., Du Bois, R., Schladale, J., Eher, R., Schmeck, K., Langfedt, T., Smit, E., & Pfäfflin, F. (2006). Standards of care for juvenile sexual offenders of the International Association for the Treatment of sexual offenders. *Sexual Offender Treatment,* 1 (3), 1-6.

Mulder, E.A. (2010). *Unraveling serious juvenile delinquency: risk and needs assessment by classification into subgroups*. Thesis Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam.

National Adolescent Perpetrator Network (1993). The revised report from the National Task Force on Juvenile Sex Offending. *Juvenile and Family Court Journal,* 44 (4), 1-120.

Oliver, M.E., Stockdale, K.C., & Wormith, J.S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 79, 6-21.

Oxnam, P., & Vess, J. (2006). A personality-based typology of adolescent sexual offenders using the Millon Adolescent Clinical Inventory. *New Zealand Journal of Psychology,* 35 (1), 36-44.

Oxnam, P., & Vess, J. (2008). A tipology of adolescent sexual offenders: Millon Adolescent Clinical Inventory profiles, developmental factors, and offence characteristics. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 19 (2),* 228-242.

Parks, G.A., & Bard, D.E. (2006). Risk factors for adolescent sex offender recidivism: evaluation of predictive factors and comparison of three groups based upon victim type. *Sexual Abuse: A journal of Research and Treatment, 18(4),* 319-342.

Patel, S.H., Lambie, G.W., & Glover, M.M. (2008). Motivational counseling: implications for counseling male juvenile sex offenders. *Journal of Addiction & Offender counseling,* 28, 86-100.

Pesarin, S. (2013). Minori vittime e autori di reati a sfondo sessuale - "Sex Offender". *Dipartimento per la Giustizia Minorile - Ministero della Giustizia*

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1992). *Stages of change in the modification of problem behaviors*. Newbury Park: Sage Publ..

Righthand, S., & Welch, C. (2001). *Juveniles who have sexually offended*. Washington, DC: Office of Juvenile Justice & Delinquency Prevention.

Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change". *Journal of Psychology*, 91 (1), 93–114

Schmucker, M., & Lösel, F. (2008). Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psycothema, 20(1),* 10-19.

Seto, M.C., & Lalumière, M.L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offendending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin (APA), 136 (4),* 526-575.

Tidefors, I., Ingevaldson, S., & Goulding, A. (2019). Recidivism in criminal behavior – A 10-year follow-up study of 45 adolescent boys identified as sex offenders. *Nordic Psychology,* 71 (2), 93-103.

van Wijk, A., Mali, B.R.F., Bullens, R.A.R., & Vermeiren, R. (2007). Criminal profile of violent juvenile sex and violent juvenile non sex offenders: An explorative longitudinal study. *Journal of Interpersonal Violent,* 22, 1340-1355.

van Wijk, A., Vreugdenhil, C., van Horn, J., Vermeiren, R., & Doreleijers, T.A.H. (2007). Incarcerated Dutch juvenile sex offenders compared with non-sex offenders. *Journal of Child Sexual Abuse,* 16, 1-21.

Veneziano, C., & Veneziano, L. (2002). Adolescent sex offenders. A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse,* 3 (4), 247-260.

Viljoen, J.L., Gray, A.L., Shaffer, C., Latzman, N.E., Scalora, M.J., & Ullman, D. (2017). Changes in J-SOAP-II and SAVRY scores over the course of residential, cognitive-behavioral treatment for adolescent sexual offending. *Sex Abuse,* 29 (4), 342-374.

Weinrott, M.R. (1996). *Juvenile sexual aggression: a critical review*. Boulder: Center for the Study and Prevention of Violence.

Worling, J.R. (2001). Personality-based typology of adolescent male sexual offenders: differences in recidivism rates, victim-selection characteristics, and personal victimization histories. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment,* 13 (3), 149-166.

Wylie, L.A., & Griffin, H.L. (2013). G-map's application of the Good Lives Model to adolescent males who sexually harm: A case study. *Journal of Sexual Aggression,* 19 (3), 345-356.

## Sitografia

https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_12_4_8.page

*Paola Rossi, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Associazione di Psicologia Cognitiva APC di Verona, e-mail: parossi.28@gmail.com*

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

# S.O.S Emozioni: Protocollo Sperimentale Gestione *Classi Difficili* (Scuola Primaria)

Margherita Signorini[1]
[1]Scuola di Psicoterapia Cognitiva Grosseto

***Riassunto***
La Scuola Primaria mostra ad oggi classi sempre più eterogenee. Laddove il docente presenti una formazione adeguata spesso si trova da solo a gestire la classe, mostrandosi carente di *skills* funzionali al contenimento comportamentale ed emotivo degli alunni.
L'obiettivo del progetto S.O.S Emozioni è implementare un protocollo di formazione insegnanti della Scuola Primaria finalizzato al decremento dei fenomeni disregolativi e alla promozione del benessere psicologico del gruppo classe. Il protocollo si suddivide in tre unità: la disregolazione emotiva, gli strumenti per la regolazione emotiva e la pratica della *Mindfulness* alla Scuola Primaria. Destinatari prossimi: docenti di tutte le classi della Scuola Primaria. Destinatari remoti: alunni di età compresa tra i 6 e gli 11 anni i cui insegnanti hanno partecipato al protocollo. Metodologia: 8 docenti operanti in 4 classi della Scuola Primaria hanno partecipato a 6 incontri strutturati secondo il *learnig cycle* di Kolb per un totale di 77 alunni che hanno costituito il gruppo sperimentale. Il gruppo di controllo è rappresentato da 8 docenti che non hanno seguito il percorso formativo S.O.S. Emozioni e dai loro alunni per un totale di 82 bambini di età compresa tra i 6 e gli 11 anni. Risultati: l'analisi pre e post trattamento mostra un decremento dei fenomeni disregolativi sia nel gruppo sperimentale sia nel gruppo di controllo. Le classi III mostrano una variazione media della disregolazione superiore alle altre classi. Discussioni: le classi III che registrano nel gruppo sperimentale al pre-trattamento livelli di disregolazione superiori al gruppo di controllo, mostrano un decremento medio pre-post superiore rispetto al gruppo che non ha beneficiato del protocollo. Selezionando all'interno delle classi III un sottogruppo di profili clinici, sono stati riscontrati effetti sul decremento della disregolazione emotiva, della flessibilità cognitiva e dell'inibizione degli alunni.
***Parole chiave:*** Disregolazione emotiva, Funzioni esecutive, Scuola primaria, DBT, Mindfulness

## S.O.S. Emozioni. A new Teacher Training about emotional and behavioural dysregulation in Elementary School

***Abstract***
The Elementary School shows today increasingly heterogeneous classes. Where the teacher presents an adequate training often finds himself alone to manage the class, showing himself lacking in emotional regulation skills. The S.O.S Emozioni first goal is to enforce a teacher elementary school training aimed to decrease emotional and behavioural dysregulation and to promote students' well-being. The project is divided into three units: emotional regulation, skills training for emotional regulation and the Mindfulness experience. Target group: teachers from all elementary school grade. Indirect target group: students 6-11 years old whose teachers followed S.O.S Emozioni. Method: 8 teachers working in 4 elementary school classes took part to 6 lessons according to the Kolb learnig cycle. Their students (77 children, 6-11 years old) were assessed with the Behavior Rating Inventory of Executive Function

Margherita Signorini, S.O.S. Emozioni: protocollo sperimentale gestione Classi Difficili (Scuola Primaria), *Numero 25 – Numero Monografico Età Evolutiva, 2020, pp. 92-121.*
Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193
pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.itt

Second Edition (BRIEF 2) and were compared with the control group made by 82 children aged between 6 and 11 years whose teachers have not followed S.O.S. Emozioni lessons. Results: pre and post treatment analysis shows a decrease in dysregulation both in the trial group and in the control one. Third grade students show an average variation of dysregulation higher than the other children. Discussions: the third class trial group which records at pre treatment dysregulation higher levels than the control group, shows also higher pre-post decrease. By selecting a subgroup of clinical profiles, effects were found on the decrease of students' emotional dysregulation, cognitive flexibility and inhibition.

***Key words:*** Emotional dysregulation, Executive functions, Elementary school, DBT, Mindfulness

## La regolazione emotiva in età evolutiva

Ad oggi gran parte dei clinici ritiene che il dominio emotivo rappresenti uno dei principali fattori di sviluppo in quanto essere emotivamente "competenti" significa possedere competenze adattive, non solo in età evolutiva bensì lungo l'intero ciclo di vita.

Tuttavia, l'attenzione allo studio dello sviluppo emotivo e la lettura della regolazione degli stati emotivi come strumento di adattamento sociale si manifesta a partire dalla fine degli anni '80 con il contributo dell'*Infant Research* e successivamente della *Developmental Psychopathology* con autori come Stern (1986), Thompson (1991) e Saarni (1999).

### *Lo sviluppo della regolazione emotiva*

*Emotions often are wonderfully helpful (Gross, 2007)*

A partire dalla fine degli anni '90 si osserva un interesse crescente in letteratura nei confronti del tema della regolazione emotiva.

Basti pensare che nel periodo dal 2002 al 2012 il numero di pubblicazioni scientifiche che contengono la parola chiave *emotion regulation* sul motore di ricerca Google Scholar passa da 1000 a oltre 8000 (Gross, 2013).

I modelli cognitivisti dei primi anni '60 hanno avuto il merito di inserire lo stato emotivo in un processo valutativo integrandolo con la cognizione. Il modello ABC, paradigma teorico della psicoterapia cognitiva, attribuisce allo stato emotivo e alle condotte che il soggetto mette in atto per regolare i propri stati una precisa collocazione, fondando su questo modello lo studio della psico-patologia (Perdighe & Mancini, 2010).

Il ruolo della regolazione emotiva assume dunque una posizione sempre più centrale nel benessere psico-fisico del soggetto: schemi maladattivi nella regolazione emozionale di fatto caratterizzano più della metà dei disturbi clinici descritti dal DSM-IV-TR (APA, 2002).

Autori come Thompson (1991), Trevarthen (1997), Gross (2002) condividono la concezione dell'emozione e dunque della sua regolazione come un processo pluri-componenziale e dinamico in cui si inseriscono varie dimensioni che possono essere modulate a vari livelli.

Barone e Bacchini (2009) definiscono l'emozione *un processo attivo e organizzato* al quale concorrono le seguenti dimensioni:

- *Evento*: antecedente situazionale;
- *Valutazione della rilevanza dell'evento (appraisal)*, ad esempio una minaccia di pericolo;
- *Sensazione affettiva con relativa qualità edonica (positiva o negativa)*;
- *Regolazione*;
- *Reazioni fisiologiche*: ad esempio tachicardia, sudorazione ecc.;
- *Condotta e/o tendenza all'azione*: ad esempio la fuga per allontanarsi dalla fonte di pericolo.

La sequenza sopra riportata ha un mero valore orientativo e non pretende di coprire l'intera gamma di sfumature e componenti che si attivano nel processo emotivo.

Tuttavia, evidenzia in modo chiaro il legame di reciprocità tra le singole componenti; in particolare per gli scopi della presente tesi inserisce la qualità sia positiva sia negativa dello stato emotivo da regolare, a differenza dello stereotipo comune che tende ancora a ritenere i processi di regolazione emotiva afferenti ai soli stati negativi, in particolare la rabbia.

In letteratura l'approccio neofunzionalista allo studio delle emozioni ha il merito, secondo Thompson (1991), di superare la tradizionale visione dell'*arousal* emotivo come elemento irrazionale: le emozioni organizzano, secondo l'autore, la comunicazione sociale, l'interazione tra il mondo esterno e il mondo interno del soggetto, legandosi a situazioni valutate dal soggetto come rilevanti in rapporto ai propri scopi o obiettivi.

L'*arousal* emotivo, pertanto, non costituisce di per sé un processo disorganizzato bensì ricopre una funzione adattiva, orientando le condotte di coping del soggetto alla situazione contingente.

Le emozioni acquistano dunque un ruolo determinante nella relazione tra la persona e l'ambiente circostante; esse integrandosi ai processi valutativi e motivazionali, consentono di modificare o al contrario mantenere la relazione con l'ambiente interpersonale in cui stiamo vivendo, rappresentando degli strumenti attraverso cui il bambino impara a organizzare i processi mentali e i comportamenti rivolti verso se stessi o verso gli altri.

Menesini (1999, [1]) nell'ambito della ricerca sui fenomeni di bullismo nella scuola, definisce tre livelli:

- la regolazione della sensazione (*input regulation*);
- l'elaborazione dell'informazione emotiva (*central regulation);*
- la selezione della risposta (*output regulation*).

Secondo l'autrice la regolazione emotiva costituisce un processo che attraversa vari *step:* una difficoltà a qualsiasi livello di processo può rendere fallimentare l'intera regolazione.

Barone e Bacchini (2009) riassumono i processi mentali e corporei attivati o associati alle emozioni in: valutazione delle situazioni in rapporto ai propri interessi (*appraisal*), espressione di stati interni, regolazione dell'attività cognitiva, in particolare le funzioni esecutive di attenzione e memoria, regolazione del comportamento e dell'attività fisiologica e infine il riconoscimento di desideri o motivazioni sottesi ai comportamenti.

Nonostante i differenti approcci allo studio della regolazione emotiva, gran parte dell'attuale letteratura concorda nell'attribuire un ruolo determinante dello sviluppo emotivo nel benessere e nell'adattamento dell'individuo all'ambiente circostante, non solo in età evolutiva bensì nel corso dell'intero ciclo di vita.

È in particolare Carolyn Saarni (1999) ad orientare con i suoi studi l'attenzione sulle competenze emotive quali strumento di adattamento sociale.

Thompson definisce la regolazione emotiva *un processo a carattere intrinseco ed estrinseco responsabile del monitoraggio, della valutazione e modifica della reazione emotiva nelle sue caratteristiche di intensità e durata* (1991).

L'autore sostiene due principali fattori a cui si lega la regolazione emotiva: la flessibilità fornita all'orientamento della condotta (*vs* stereotipia comportamentale) e la capacità di rispondere in modo rapido ed efficace ai cambiamenti dell'ambiente circostante, promuovendo l'omeostasi dello stato interno.

Saper regolare le proprie emozioni, come sopra descritto, costituisce pertanto un valore aggiunto nell'interfacciarsi sia con il mondo esterno, sia con i propri stati interni in quanto tale processo si lega nella sua complessità all'auto-regolazione, alla capacità di inibire pattern comportamentali a favore di altri sulla base della contingenza.

Il complesso processo di sviluppo della capacità di regolare le emozioni è influenzato secondo Thompson e Gross (Thompson, 1991; Gross & Thompson, 2007) da fattori biologici e differenze individuali relate alla reattività del Sistema Nervoso, da fattori estrinseci e da fattori di sviluppo come, ad esempio, quello linguistico.

## La regolazione emotiva nel contesto scolastico: il ruolo dell'autoregolazione

Considerata la regolazione emotiva un processo dinamico e multi-componenziale (Gross, 2002) a cui concorrono vari funzioni esecutive quali ad esempio la flessibilità cognitiva (Thompson, 1991), l'inibizione e l'autoregolazione (Gioia et al., 2016), gran parte degli studi presenti in letteratura circa la relazione tra la capacità di regolare i propri stati e il percorso scolastico si sono orientati sull'indagine dei modelli di apprendimento e sul ruolo dell'insegnante.

### *L'autoregolazione e l'apprendimento*

I modelli dell'autoregolazione hanno costituito il paradigma teorico di riferimento per lo studio dei processi di apprendimento degli studenti, all'interno dei vari contesti accademici, per oltre 20 anni. Fu infatti B. J. Zimmerman all'inizio degli anni '80 ad inaugurare la tradizione di ricerca sull'apprendimento auto-regolato. In quegli anni iniziarono a svilupparsi nuove prospettive di ricerca soprattutto nel campo delle differenze individuali che gli studenti mostravano nel raggiungimento degli obiettivi accademici. I due filoni principali che presero vita a partire dalla fine degli anni '70 erano costituiti dagli studi nel campo della metacognizione e della teoria socio-cognitiva dell'apprendimento. Il costrutto di autoregolazione si colloca all'interno di questa prospettiva nell'intento di integrare in un modello generale i numerosi studi pioneristici sui temi dell'auto-rinforzo, dell'auto-efficacia, della definizione e raggiungimento degli obiettivi di apprendimento (Zimmerman, 1989).

La peculiarità dell'autoregolazione e del suo collocamento all'interno di una matrice socio-cognitiva dell'apprendimento risiede nel fatto che essa non rappresenta un tratto, una facoltà mentale né tanto meno un livello di sviluppo: l'autoregolazione nasce infatti dall'interdipendenza di fattori individuali, ambientali e comportamentali e costituisce quel processo fondamentale che permette a chi apprende di "trasformare" le proprie risorse cognitive in competenze accademiche (Zimmerman, 2002).

La rilevanza dell'autoregolazione nei processi di apprendimento ha condotto la ricerca a focalizzarsi sugli effetti che è possibile ottenere potenziando le strategie di autoregolazione degli studenti. Uno dei primi studi ad indagare nel dettaglio tali strategie è stato quello condotto da Zimmerman e Martinez-Pons (1986). Lo scopo degli autori era quello di indagare quali strategie di autoregolazione mettessero in atto gli studenti della scuola secondaria superiore nei diversi contesti di apprendimento. Essi descrivono 14 tipi di strategie quali ad esempio l'autovalutazione, la strutturazione dell'ambiente di apprendimento e la ricerca di aiuto da parte dei compagni. I risultati mostrano come l'utilizzo di tali strategie da parte degli studenti correli con il loro profitto scolastico. Ricerche più recenti condotte da Puteh e Ibrahim (2010) indagano le strategie di apprendimento degli studenti della scuola secondaria superiore nella disciplina della matematica. I risultati mostrano una forte relazione tra l'utilizzo dell'autoregolazione e la prestazione degli alunni nei compiti di *problem solving*.

Nel corso degli anni sono stati implementati numerosi modelli di apprendimento autoregolato che hanno dato maggiore rilevanza ad una componente piuttosto che ad un'altra.

Seguendo il modello a struttura ciclica di Zimmerman e Campillo (2003) i principianti sembrano essere deficitari nella fase di premeditazione mentre cercano di autoregolare attivamente il proprio apprendimento in fase di *performance*. Lo studente esperto mostra al contrario elevati livelli di premeditazione: l'esperienza pregressa lo conduce a compiere un'attenta analisi del compito e a suddividere gerarchicamente gli obiettivi da raggiungere (Zimmerman, 2002).

*Il ruolo del docente*

Come descritto sopra nella breve trattazione sullo sviluppo della regolazione emotiva, l'adulto presente nel contesto di riferimento costituisce un'importante risorsa sia in ambito familiare sia nel contesto scolastico (Thompson, 1991; Macklem, 2008).

La ricerca sul ruolo del docente nella modulazione degli stati emotivi del bambino mostra un'ampia varietà di prospettive di cui si accennano i principali filoni.

La relazione insegnante-alunno nella Scuola Primaria e i suoi effetti sul percorso scolastico viene affrontata nella ricerca condotta da Birch e Ladd (1997) in Illinois (USA). Lo studio esamina un campione di 206 bambini di età media pari a 5,58 anni e i loro insegnanti allo scopo di indagare come tre specifiche dimensioni della relazione, vicinanza, dipendenza e conflitto, possano influenzare l'adattamento del bambino al contesto scolastico e dunque il suo benessere psicologico.

Gli autori evidenziano come la dimensione della dipendenza dell'alunno dal docente sia fortemente correlata a difficoltà di adattamento e basse prestazioni scolastiche; il conflitto sembra legarsi al giudizio del docente e alla gestione del gruppo classe. La vicinanza infine risulta, secondo gli autori, positivamente legata al rendimento scolastico e al sentirsi parte attiva del proprio percorso di apprendimento.

Il ruolo del docente nella regolazione degli stati dell'alunno è altresì inquadrabile in una prospettiva più ampia che esula dalle singole interazioni insegnante-bambino.

Il rapporto tra un docente e i suoi alunni può infatti concorrere al mantenimento del benessere psicologico all'interno del contesto scolastico quale principale fattore protettivo di abbandono del percorso accademico.

La letteratura che si occupa della promozione del benessere sostiene infatti che parallelamente ad un iter scolastico poco soddisfacente iniziano spesso a comparire comportamenti a rischio di varia natura, quali ad esempio abuso di alcol, consumo di sostanze psicotrope, precocità nei rapporti sessuali e manifestazioni di disagio psichico (Liverta Sempio, 1999; Marcelli & Bracconier, 1999; De Santi et. al., 2008).

La Commissione Europea ha proposto cinque obiettivi da raggiungere entro il 2020. Tali obiettivi si collocano all'interno di un percorso che la Comunità ha intrapreso nel 2000 sulla base di un programma di riforme economiche, la cosiddetta "Strategia di Lisbona". Pur trattandosi di un accordo che spazia in numerosi campi della politica economica, il settore dell'istruzione e della formazione è individuato come portante per lo sviluppo di un'economia maggiormente competitiva. Entro il 2020 l'UE è pertanto chiamata a ridurre gli abbandoni scolastici al di sotto del 10% e a raggiungere una quota del 40% dei 30-34enni con un'istruzione universitaria (MIUR, 2013).

Oltre al prioritario danno in termini umani, il disagio scolastico comporta anche un danno in termini economici: la dispersione scolastica costa infatti allo Stato circa 2 miliardi e mezzo di euro l'anno (De Santi et al., 2008).

Lo psicologo che viene chiamato ad operare all'interno di un contesto scolastico per incrementare il benessere psicologico di docenti e studenti non può quindi prescindere da un'attenta analisi delle dimensioni sopra descritte: le funzioni esecutive tra le quali *in primis* la regolazione emotiva e l'auto-regolazione, il ruolo del docente e del contesto scolastico.
Il presente lavoro di tesi si colloca in questa prospettiva.

**Misurare la disregolazione emotiva in età evolutiva**

La regolazione emotiva costituisce un costrutto a cui concorrono varie dimensioni in rapporto tra di loro. Il fallimento di un passaggio all'interno del processo può comportare la manifestazione di fenomeni disregolativi che a seconda del grado di severità, possono compromettere il funzionamento del soggetto (Macklem, 2008).
Marsha Linehan descrive la disregolazione emotiva in modo chiaro e facilmente applicabile sia all'età adulta, su cui l'autrice conduce i suoi studi, sia all'età evolutiva.
La disregolazione rappresenta il fallimento della regolazione emotiva manifestandosi con l'incapacità di regolare e di ricondurre all'equilibrio stimoli, esperienze, azioni, risposte verbali all'evento che ha innescato l'attivazione emotiva (Linehan, 2015b).
Il fallimento del processo di regolazione emotiva vede l'interazione di due fattori: una disfunzione biologica nel sistema della regolazione e l'esperienza individuale.
La disfunzione biologica nel sistema di regolazione rimanda agli studi di Thompson (1991) e Gross (2002) circa i sistemi psico-fisiologici coinvolti nella regolazione e i fattori temperamentali. Essa costituisce pertanto una vulnerabilità emotiva di base che comporta una maggiore sensibilità e reattività emotiva e un lento ritorno all'omeostasi, una volta attivato il fenomeno disregolativo.
La costellazione di esperienze individuali fa riferimento in particolare ad un ambiente che non riconosce l'autentico stato interno del bambino, ad esempio ignorando l'attivazione emotiva o punendo l'espressione dello stato emotivo.
L'interazione di questi due fattori, secondo Linehan (2015b) genera e stabilizza *patterns* disregolativi.
Applicando la descrizione sopra riportata all'età evolutiva è possibile sostenere che un bambino che presenta difficoltà nel regolare i propri stati emotivi risulti maggiormente vulnerabile al distress e alla pressione dell'ambiente; esso avrà pertanto maggiore probabilità di andare incontro allo sviluppo di un disagio psico-patologico.
Molti gli strumenti a disposizione per la misurazione della disregolazione in età evolutiva.
Il *Behavior Rating Inventory of Executive Function Second Edition* (BRIEF 2) (Gioia et al., 2016) è la revisione del *Behavior Rating Inventory of Executive Function* (BRIEF) a cura di Gioia e collaboratori

(2000) e rappresenta un questionario rivolto a genitori e insegnanti di bambini in età scolare (dai 5 ai 18 anni) e ad adolescenti tra gli 11 e i 18 anni di età.
La scala misura la capacità di autoregolazione in bambini e adolescenti, descrivendo un ventaglio di funzioni esecutive tra cui la regolazione emotiva. Essa pertanto, a differenza di altri strumenti utilizzati in età evolutiva, coglie la multidimensionalità del costrutto dell'autoregolazione e costituisce lo strumento utilizzato nel protocollo S.O.S. Emozioni, presentato in questa tesi.

## Il protocollo sperimentale S.O.S. Emozioni

*Obiettivi*

Il presente lavoro di tesi si inserisce all'interno di un ampio progetto formativo che conduco dal 2016, presso un istituto comprensivo nel comune di Roma.
Il protocollo S.O.S. Emozioni nasce da una richiesta formativa specifica per i fenomeni disregolativi che oltre a trattare in modo teorico l'argomento, come molti seminari dedicati ai disturbi esternalizzanti già presenti nel piano formativo dei docenti, implementasse strumenti di facile applicazione per la gestione immediata della disregolazione.
In particolare, i docenti dell'istituto descrivono classi a composizione sempre più eterogena nonché dinamiche di "migrazione" degli alunni da una classe all'altra che hanno in particolare interessato le classi terze nel precedente anno scolastico. Tali fenomeni risultano circoscritti a bambini con profili di funzionamento altamente disfunzionali. Tuttavia, vengono segnalati dai docenti come episodi spiacevoli che vorrebbero prevenire.
La rilevanza della figura dell'insegnante nella modulazione degli stati emotivi del bambino è ampiamente riconosciuta dalla letteratura già a partire dal periodo prescolare (Birch & Ladd, 1997; Cekaite & Ekström, 2019).
L'obiettivo principale del progetto S.O.S. Emozioni è implementare un protocollo di formazione insegnanti della scuola primaria attuo al decremento dei comportamenti espansi e alla promozione del benessere psicologico del gruppo classe, diminuendo il rischio di "migrazione" degli alunni da una classe all'altra.
Si auspica infine che il gruppo dei docenti partecipanti al progetto possa trasmettere e generalizzare le competenze apprese ad altre classi non partecipanti a questa edizione del protocollo o che comunque possa esserci un trasferimento di *know-how* all'interno del gruppo docente e dell'istituto più in generale.

*Ipotesi di ricerca*

Le ipotesi di questo studio sono state definite a partire sia dalla recente letteratura di riferimento sia dai precedenti percorsi formativi che ho condotto presso l'istituto.

L'ipotesi di ricerca alla base del protocollo S.O.S. Emozioni è che l'aumento della consapevolezza nei docenti dei fenomeni di disregolazione comportamentale ed emotiva e la promozione di *skills* funzionali al contenimento degli stessi promuova il benessere psicologico della classe e degli insegnanti, diminuendo l'incidenza della disregolazione stessa e dei comportamenti esternalizzanti.

I risultati che ci aspettiamo dall'implementazione del protocollo sono dunque rappresentati non solo da un aumento delle conoscenze degli insegnanti circa i fenomeni disregolativi, bensì dall'acquisizione di competenze e più in generale da una sensibilizzazione dell'intero istituto al tema della disregolazione e dunque al contenimento della stessa per la promozione del benessere psicologico sia dei docenti sia degli alunni.

L'idea di promuovere nel corpo docente strumenti di immediata applicazione in classe trova sostegno nel modello teorico di riferimento costituito dalla *Dialectical Behavior Therapy* (Dodge & Pettit, 2003; Linehan, 2015b; Swenson, 2016) e dalla rivisitazione *ad hoc* delle abilità per renderle applicabili al contesto della scuola primaria.

La costruzione dell'ipotesi di ricerca si fonda inoltre sull'esperienza quotidiana dei docenti i quali sostengono che gran parte dei pattern comportamentali registrati nelle classi della scuola primaria, abbiano come terreno comune la disregolazione emotiva alla quale concorrono sia fattori biologici (ad es. una vulnerabilità emotiva a base temperamentale) sia fattori ambientali come si osserva ad esempio nel caso di difficoltà di apprendimento o disabilità intellettive, quando la richiesta si fa troppo elevata.

Il contatto costante con il contesto scolastico dal quale proviene la domanda dell'intervento e la raccolta delle esperienze di chi fronteggia "in prima linea" i fenomeni disregolativi colloca il protocollo S.O.S. Emozioni in una prospettiva *bottom-up*, rendendo l'intervento specifico e ritagliato sulle esigenze del corpo docente.

Il protocollo si rivolge pertanto in maniera diretta ai docenti di tutte le classi della Scuola Primaria, dalla prima alla quinta, indipendentemente dal numero di ore di didattica assegnata e dalla disciplina di insegnamento.

L'intervento coinvolge in modo indiretto tutti gli alunni delle classi partecipanti, le loro famiglie e il personale scolastico che quotidianamente interviene ad ausilio del corpo docente nel contenimento dei fenomeni disregolativi.

### *Metodologia*

Il presente lavoro di tesi ha per oggetto l'implementazione di un protocollo inerente i fenomeni disregolativi presenti nella classi della Scuola Primaria.

Al fine di indagare gli effetti del nostro intervento è stato costruito un disegno di ricerca che prevedesse un gruppo sperimentale e un gruppo di controllo.

L'adesione al progetto da parte dei docenti è stata totalmente volontaria, manifestata attraverso la raccolta del consenso informato. Non sono stati posti vincoli inerenti il numero di ore di didattica o la disciplina di insegnamento.
L'assegnazione del campione a ciascuno dei due gruppi è stata condotta con modalità random.

*Gruppo Sperimentale*

Fanno parte del gruppo sperimentale della ricerca gli insegnanti che hanno aderito al percorso formativo, principale strumento d'intervento, e le loro classi in cui sono state implementate le abilità.

*Gruppo di Controllo*

Il gruppo è costituito dagli insegnanti che non hanno partecipato al percorso formativo e dunque non hanno implementato alcuna abilità nelle loro classi.

*Implementazione del protocollo S.O.S. Emozioni*

La ricerca è stata condotta presso un istituto comprensivo ubicato nella periferia est di Roma dal mese di Gennaio 2019 a Giugno 2019 e ha previsto due rilevazioni, una pre-trattamento e l'altra post trattamento.
Prima della fase di raccolta dati (gennaio 2019) sono stati richiesti ai genitori degli alunni appartenenti alle classi in cui i docenti avrebbero applicato il protocollo, i consensi sia alla raccolta del questionario specifico che contiene informazioni protette dalla Privacy (D. Lgs. 96/03) sia all'entrata in classe del professionista psicologo per la supervisione del docente nell'applicazione delle abilità.
Nel mese di gennaio 2019 è stata condotta la prima rilevazione sia nel gruppo sperimentale sia nel gruppo di controllo, attraverso la compilazione da parte dei docenti del questionario BRIEF 2.
Successivamente, solo il gruppo sperimentale ha seguito un percorso formativo costituito da sei incontri rivolti all'intero corpo docente, suddivisi in tre *trainings* (due incontri/unità).
Nel mese di giugno 2019 è stata condotta la rilevazione post trattamento attraverso la seconda compilazione del questionario BRIEF 2 da parte di entrambi i gruppi.
È stato infine somministrato ai docenti del gruppo sperimentale un questionario di gradimento del percorso formativo e organizzato presso l'istituto un incontro di restituzione dell'esperienza con la presentazione dei risultati emersi. All'incontro hanno partecipato il Dirigente Scolastico, gli alunni, i loro genitori e docenti.

*Il campione*

Il campione è costituito da 16 docenti della scuola primaria e dalle loro classi. Il metodo di campionamento è casuale e l'assegnazione ai gruppi di ricerca (controllo e sperimentale) randomizzata.
Il campione afferente al gruppo sperimentale è costituito da 8 docenti e dalle quattro classi in cui operano (due docenti per classe): IB, IIA, IIIA, VE, per un totale di 77 alunni di età compresa tra i 6 e gli 11 anni.

Il campione afferente al gruppo di controllo è costituito da 8 docenti e dalle quattro classi (due docenti per classe) in cui hanno svolto l'indagine: ID, IIB, IIIB, VB, per un totale di 82 alunni di età compresa tra i 6 e gli 11 anni.

| Classi | **Gruppo Sperimentale** | **Gruppo di Controllo** | **Totale** |
|---|---|---|---|
| Maschi | 43 | 49 | 92 |
| Femmine | 34 | 33 | 67 |
| Totale | 77 | 82 | 159 |
| **Docenti** | 8 | 8 | 16 |

*Tabella 1. Composizione del campione partecipante alla ricerca.*

Il numero totale di alunni coinvolti (gruppo sperimentale e gruppo di controllo) è pertanto pari a 159 bambini che costituiscono il 31.67% della popolazione scolastica.
Gli alunni di sesso maschile partecipanti alla ricerca sono 92, pari al 57.86% del campione; gli alunni di sesso femminile sono 67, pari al 42.14% degli alunni che hanno partecipato al progetto [Grafico 1].

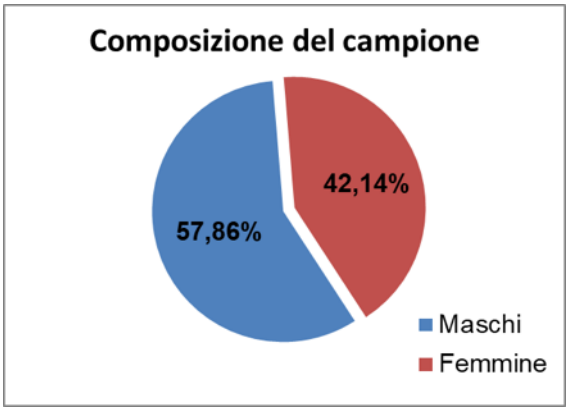



*Grafico 1. Composizione del campione.*

Nel campione partecipante alla ricerca non sono presenti bambini ripetenti.
Ai fini dell'ipotesi di ricerca la selezione del campione non ha previsto la segnalazione di bambini con Bisogni Educativi Speciali, certificazioni o disturbi del neuro-sviluppo non diagnosticati.

*Gli strumenti*

Gli strumenti utilizzati nel presente lavoro di tesi sono stati selezionati a partire dall'ipotesi e dagli obiettivi di ricerca.

L'obiettivo principale è rappresentato dal decremento dei fenomeni disregolativi e dalla promozione del benessere psicologico del docente e del suo gruppo classe.
Lo strumento principale dell'intervento, sulla base della richiesta esplicita del corpo docente, è stato pertanto il percorso formativo rivolto agli insegnanti.
A questo si aggiunge il materiale operativo per insegnanti e alunni, il *Diario di Bordo* dell'insegnante, il questionario BRIEF 2 (strumento di indagine dei fenomeni disregolativi), l'osservazione dello psicologo in classe e il questionario di gradimento.
Di seguito una breve rassegna degli strumenti utilizzati.

*Il percorso formativo*

Il percorso formativo rivolto al corpo docente si è articolato in sei incontri della durata di due ore ciascuno presso il plesso centrale dell'istituto.
Per garantire la continuità dell'intervento in ogni sua fase è stata richiesta la frequenza obbligatoria ad un minimo di cinque incontri sui sei totali.
Gli incontri sono stati suddivisi nelle tre specifiche unità sotto riportate:
1) La disregolazione emotiva;
2) La regolazione emotiva: strumenti e tecniche;
3) Praticare la *Mindfulness* alla Scuola Primaria.
A sua volta ciascuna unità è stata organizzata in due incontri formativi tenutisi a distanza di circa due settimane l'uno dall'altro. Tale scelta è stata orientata all'organizzazione di un primo incontro finalizzato alla trasmissione di conoscenze e competenze e un secondo incontro volto alla stabilizzazione dei contenuti trasmessi durante il primo incontro e a una trasformazione efficace dell'esperienza del docente. Nell'arco delle due settimane che intercorrono tra il primo e il secondo incontro, l'insegnante infatti ha potuto sperimentare in prima persona le abilità in classe, riportando in plenaria eventuali difficoltà e suggerimenti. Si inserisce in questa fase il *Diario di Bordo* del docente: uno strumento qualitativo sul quale l'insegnante appunta il proprio *feed-back* sull'attività, la sua utilità e l'impatto sugli alunni. I diari di bordo sono stati oggetto di discussione nel secondo appuntamento di ogni *training* formativo.
Tale strutturazione del percorso ha consentito non solo di monitorarne l'andamento in tempo reale ma soprattutto di sostenere i numerosi docenti nell'approcciarsi a una prima esperienza "pratica" di questo tipo.
Il primo incontro di ogni training è stato costruito sul modello dell'apprendimento esperienziale e sul *learning cycl*e, proposto da David Kolb (Kolb, 1984; Smith, 2009).
Per ciascun training sono state ripercorse le quattro fasi dell'apprendimento:

1) Esperienza concreta: attraverso la visione di filmati, scene di cartoni animati e simulazioni inerenti il tema formativo, i docenti sono stati introdotti al training, coinvolgendosi in prima persona;

2) Osservazione riflessiva: in questa fase l'insegnante è guidato attraverso il dibattito nell'osservare, riflettere e interpretare le sensazioni e i comportamenti emersi nella fase 1;
3) Concettualizzazione astratta: compiuta l'attivazione esperienziale e la riflessione su di essa si procede a collocare i concetti e le abilità focalizzati durante gli step precedenti in nuovi schemi di conoscenza, astraendone il significato allo scopo di generalizzarlo e applicarlo ad altri domini.
4) Sperimentazione attiva: durante questa ultima fase che chiude il *learning cycl*e si applicano i nuovi schemi di conoscenza, arricchiti da dati esperienziali, a situazioni nuove attraverso simulazioni di situazioni che possono verificarsi in classe. Durante questa fase l'insegnante è chiamato a sperimentare in prima persona le conoscenze e le abilità specifiche del *training*.

Si riporta a titolo di esempio della metodologia formativa utilizzata l'organizzazione del *training* 3 [Tab. 2].

| ***Training* 3: *Praticare la Mindfulness alla Scuola Primaria*** | |
|---|---|
| Incontro 1<br><br>[16:30-18:30] | Esperienza concreta: visione di alcune scene del cartone animato Il Re Leone. |
| | Osservazione riflessiva: quali emozioni prova il re nella scena? Come riesce secondo voi a portare a termine il compito nonostante la forte attivazione emotiva? |
| | Concettualizzazione astratta. La *Mindfulness* nel percorso di S.O.S. Emozioni: fermarsi e osservare il momento presente, descriverlo, imparare a starci dentro. |
| | Sperimentazione attiva. Praticare la *Mindfulness* attraverso l'accettazione e la defusione. Simulazione di gruppo sulle abilità presentate. Immaginare un'ipotetica situazione di classe in cui implementare l'accettazione e la defusione. |
| Incontro 2<br><br>[16:30-18:30] | Gruppo di lavoro. Raccolta dei diari di bordo, discussione in plenaria delle difficoltà incontrate. Revisione, su richiesta dei docenti, dei concetti o abilità presentate durante il primo incontro. |

*Tabella 2. Organizzazione del training 3 secondo il learning cycle, proposto da David Kolb.*

Ciascuna delle tre unità formative è stata costruita con un obiettivo specifico legato alla promozione di conoscenze e competenze inerenti il tema affrontato. L'obiettivo formativo di ogni *training* è stato condiviso con i docenti e perseguito con tecniche afferenti a vari approcci, integrando i principi del metodo A-B-C (Perdighe & Mancini, 2010) con le abilità DBT (Linehan, 2015a, 2015b; Mazza, 2016) e le tecniche ACT (Snel, 2015).

La tabella sottostante riassume i *training* formativi, i loro obiettivi e le tecniche implementate.

| **Training** | **Obiettivo Formativo** | **Strumenti** |
|---|---|---|
| 1) La disregolazione emotiva | Riconoscere i fenomeni disregolativi. | Visione di cartoni animati, Psico-educazione emotiva, Metodo ABC. |
| Riferimenti bibliografici: Corallo (2013), Di Pietro (2014), Di Pietro & Bassi (2013), Perdighe & Mancini (2010), Verità (2000). | | |
| 2) La regolazione emotiva: strumenti e tecniche | Implementare in classe abilità sostitutive alle condotte disfunzionali; Promuovere la regolazione dello stato emotivo dei bambini. | Abilità DBT di Regolazione Emotiva e Tolleranza alla sofferenza, Metodo ABC. |
| Riferimenti bibliografici: Linehan (2015a, 2015b), Mazza (2016), Di Pietro (2014), Di Pietro & Bassi (2013), Perdighe & Mancini (2010). | | |
| 3) Praticare la *Mindfulness* | Promuovere il distacco dallo stato emotivo e mentale attraverso il contatto con il momento presente. | Tecniche ACT: accettazione esperienziale e defusione. |
| Riferimenti bibliografici: Hayes & Ciarocchi (2017), Snel (2015). | | |

*Tabella 3. Organizzazione delle unità formative: obiettivi, strumenti, tecniche e riferimenti bibliografici.*

Il materiale operativo costituisce assieme al percorso formativo uno degli strumenti principali dell'intervento. Particolare attenzione è stata dedicata infatti al formato *user-friendly* delle schede rivolte al docente, alla facile reperibilità del materiale, ad esempio consentendo l'accesso da tablet o cellulare, e infine al riadattamento delle attività per i bambini della Scuola Primaria, da un'impostazione clinica ad una modalità adatta ad essere svolta nel gruppo classe.

Ognuna delle tre unità formative ha previsto un promemoria generale del *training* e un materiale operativo specifico, redatto in parallelo tra *Schede Docente* e *Schede Alunni*.

Durante lo svolgimento delle attività in classe attraverso le schede riservate alla classe, l'insegnante si è trovato pertanto guidato passo dopo passo nell'implementazione dell'abilità.

Il materiale operativo è stato condiviso sulla piattaforma *Google Drive* ® oltreché consegnato in formato cartaceo o su supporto digitale ai docenti stessi durante gli incontri formativi.

*Il Diario di Bordo*

Il Diario di Bordo costituisce uno strumento di natura qualitativa, creato *ad hoc* per la valutazione in itinere del protocollo.

Il diario, compilato dall'insegnante durante l'implementazione delle attività in classe, è stato raccolto nel corso del secondo incontro di ciascun training consentendo l'apertura del dibattito in plenaria circa le difficoltà incontrate, l'impatto delle attività sul gruppo classe ed eventuali modifiche/suggerimenti da apportare al materiale.

Si riporta sotto un esempio di Diario di Bordo del training 1 *La disregolazione emotiva.*

| 1) **Storia Gino il porcospino furibondo/Video La sirenetta**<br><br>**Compila alla lavagna l'ABC** | |
|---|---|
| **Data** | 20 Febbraio 2019 |
| **Utilità dell'attività** | Attività molto positiva, tutti gli alunni hanno voluto intervenire |
| **Difficoltà incontrate** | Nessuna difficoltà incontrata. |
| **Che "impatto" ha avuto l'attività sulla classe?** | Hanno subito saputo applicare il metodo A-B-C, gli alunni si sono confrontati facendo emergere l'aiuto differente sia del padre che della madre. |
| **Commenti** | Abbiamo letto "La storia di Gino il Porcospino"; Abbiamo riflettuto con loro del racconto ed è emerso che si tratta di un racconto sull'emozione della RABBIA, e che è importante imparare a controllare gli scatti d'ira. |

*Tabella 4. Diario di Bordo con esempio di compilazione da parte del docente.*

*Il questionario BRIEF 2*

Il *Behavior Rating Inventory of Executive Function Second Edition* (BRIEF 2) è la revisione del *Behavior Rating Inventory of Executive Function* (BRIEF) a cura di Gioia e collaboratori (2000) e rappresenta un questionario rivolto a genitori e insegnanti di bambini in età scolare (dai 5 ai 18 anni) e ad adolescenti tra gli 11 e i 18 anni di età.

Il protocollo S.O.S Emozioni ha utilizzato la seconda versione del questionario (Gioia et al., 2016), solo nella parte insegnanti per l'indagine dei fenomeni disregolativi nella fase pre e post trattamento.

Lo strumento è costituito da 63 item, suddivisi in 9 scale cliniche che misurano un ventaglio di funzioni esecutive tra cui inibizione, automonitoraggio, *shift* (flessibilità cognitiva), regolazione delle emozioni, avvio, memoria di lavoro, pianificazione/organizzazione, monitoraggio del compito e organizzazione del materiale.

Le scale cliniche compongono a loro volta tre indici più ampi: l'indice di Regolazione comportamentale (BRI- *Behavior Regulation Index*) costituito dalle scale *Inibizione* e *Automonitoraggio*; l'indice di Regolazione emotiva (ERI- *Emotion Regulation Index*) in cui convergono *Shift* e *Regolazione delle emozioni* e l'indice di Regolazione cognitiva (CRI- *Cognitive Regulation Index*) che comprende le scale *Avvio*, *Memoria di lavoro, Pianificazione/organizzazione, Monitoraggio del compito* e *Organizzazione del materiale*.

Conclude la scala un punteggio Composito Esecutivo Globale (GEC- *Global Executive Composite*) che riassume le 9 scale cliniche.

Il questionario BRIEF 2 prevede la somministrazione carta-matita. Per ciascun item del questionario si richiede al docente di valutare quanto il comportamento descritto abbia costituito un problema negli ultimi

6 mesi, ponendo una crocetta sulla casella “mai” (1 punto), “qualche volta” (2 punti) oppure “spesso” (3 punti).
Il BRIEF 2 prevede uno *scoring* manuale che è stato digitalizzato per gli scopi specifici del presente progetto di tesi.
Lo *scoring* restituisce i punteggi grezzi delle scale sopra descritte, convertiti secondo tabelle standardizzate, in punti T (Media: 50 Deviazione Standard: 10).
Lo strumento fornisce per ciascun alunno un profilo completo espresso in punti T; *cut-off* clinico punti 70.

*L’osservazione dello psicologo in classe*

Il protocollo S.O.S. Emozioni ha previsto come ulteriore strumento a disposizione del docente l’osservazione dello psicologo in classe. Tale strumento è stato utilizzato al fine di supervisionare l’operato dell’insegnante in classe, facendo da *modeling* durante l’implementazione dell’attività.
L’osservazione, della durata di 1 ora per ciascuna delle quattro classi che compongono il gruppo sperimentale, ha dato l’opportunità al docente di avere un *feedback* immediato dal professionista nonché di raccogliere informazioni preziose circa l’andamento del protocollo.

*Il questionario di gradimento*

Al termine del percorso formativo, i docenti del gruppo sperimentale hanno compilato un questionario di gradimento costruito *ad hoc*, volto ad indagare l’opinione dei partecipanti circa le attività svolte, l’efficacia del protocollo, la qualità degli incontri formativi e del materiale operativo.

*L’analisi dei dati*

L’analisi statistica dei dati è stata condotta tramite il software SPSS®. I risultati di seguito presentati sono stati ottenuti compiendo un’analisi descrittiva dei dati raccolti presso l’istituto in cui è stato implementato il protocollo.

## Risultati

L’obiettivo principale di questa tesi è valutare l’effetto del protocollo sui fenomeni disregolativi nella Scuola Primaria.
Si riportano di seguito i principali risultati ottenuti dall’elaborazione dei dati raccolti attraverso il questionario BRIEF 2 al pre e post trattamento, nel gruppo sperimentale e nel gruppo di controllo.
L’analisi riporta le principali descrittive calcolate sulle 9 scale cliniche che compongono lo strumento, sugli indici parziali (BRI, ERI e CRI) e sull’indice globale GEC.

La presentazione dei risultati è organizzata confrontando l'intero gruppo sperimentale (IB, IIA, IIIA, VE) con quello di controllo (ID, IIB, IIIB, VB) per poi compiere un'analisi specifica per classe di appartenenza e genere.

Considerata la nostra ipotesi di ricerca e i dati presenti in letteratura che legano la dimensione della regolazione emotiva alla flessibilità (Thompson, 1991), particolare attenzione è stata posta durante l'analisi dei dati a queste due dimensioni.

I profili sono espressi in punti T (Media: 50; Deviazione Standard: 10).

*Analisi sull'intero campione*

La prima raccolta delle principali descrittive è stata effettuata sull'intero campione, suddiviso in gruppo sperimentale e gruppo di controllo.

I grafici sottostanti riportano l'andamento medio dei due profili a gennaio (pre-trattamento) e a giugno (post-trattamento).

In entrambe le rilevazioni il gruppo sperimentale mostra punteggi medi inferiori ai punteggi medi rilevati nel gruppo di controllo. Tale dato potrebbe suggerire una minore incidenza dei fenomeni disregolativi nel gruppo sperimentale, già al pre-trattamento.

La tabella 5 descrive i punteggi medi degli indici parziali e del GEC nel pre e post trattamento.

Entrambi i profili mostrano una diminuzione dei punteggi medi tra la rilevazione di gennaio e la rilevazione di giugno, a indicare un possibile calo dei fenomeni disregolativi in entrambi i gruppi.

*Grafico 2.a Classi I-II-III-V: andamento medio delle 9 scale cliniche. Rilevazione pre-trattamento.*

*Grafico 2.b Classi I-II-III-V: andamento medio delle 9 scale cliniche. Rilevazione post-trattamento.*

Come mostrato nei grafici sopra riportati, con particolare riferimento alla scala della *Regolazione emotiva,* si osserva un decremento medio della stessa pari a 0,44 punti nel gruppo sperimentale e pari a 3,28 punti nel gruppo di controllo.

| *Classi I-II-III-V* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gruppo Sperimentale IB, IIA, IIIA, VE | | | Gruppo di Controllo ID, IIB, IIIB, VB | | |
| Indici | Pre<br>Media- D.S. | Post<br>Media- D.S. | Indici | Pre<br>Media- D.S. | Post<br>Media- D.S. |
| **BRI** | 49,42 - 10,75 | 48,27 - 8,63 | **BRI** | 52,54 - 11,13 | 48,95 - 9,94 |
| **ERI** | 51,69 - 8,01 | 50,48 - 7,85 | **ERI** | 55,31 - 11,73 | 52,91 - 10,92 |
| **CRI** | 53,17 - 8,23 | 51,25 - 8,71 | **CRI** | 53,53 - 10,29 | 53,26 - 11,50 |
| **GEC** | 52,17 - 8,15 | 50,55 - 7,92 | **GEC** | 54,24 - 11,01 | 51,10 - 10,16 |

*Tabella 5. Medie e deviazioni standard degli indici del questionario BRIEF 2 calcolati sull'intero campione al pre e post trattamento.*

Per motivi di sintesi si riporta l'analisi per classe di appartenenza solo delle classi terze dove il gruppo sperimentale al pre-trattamento registra punteggi superiori rispetto al gruppo di controllo in tutte le scale indagate.

*Classi terze*

L'andamento medio dei profili rilevati nella classe IIIA (gruppo sperimentale) e nella classe IIIB (gruppo di controllo) è descritto nel pre-trattamento attraverso il grafico 3.a e nel grafico 3.b per il post-trattamento.

Come si osserva dall'andamento del profilo medio calcolato sulle 9 scale cliniche, il gruppo sperimentale al pre-trattamento registra nelle classi III punteggi superiori rispetto al gruppo di controllo in tutte le scale indagate.

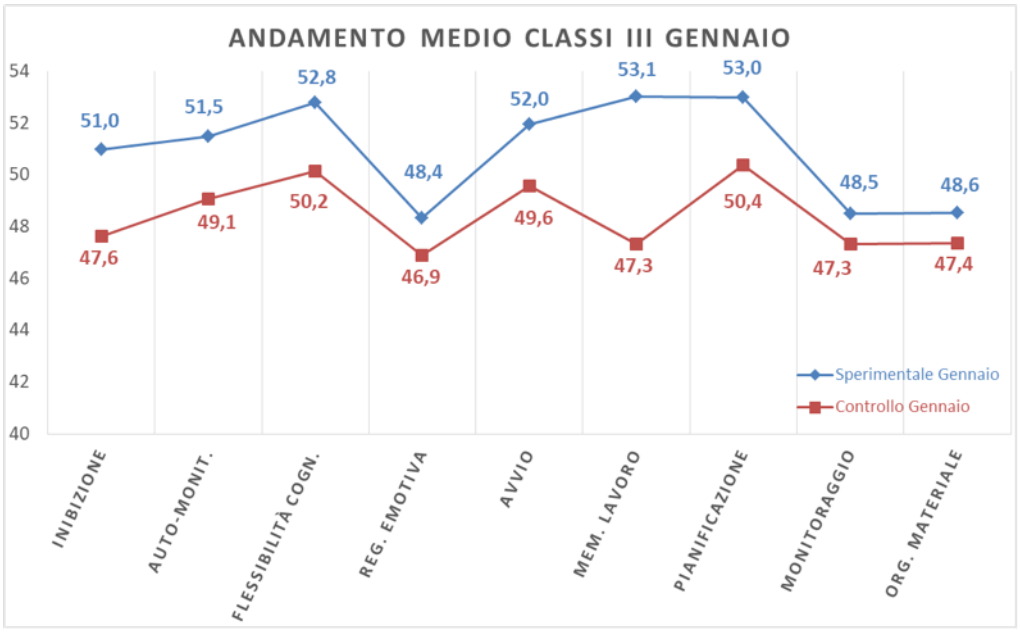
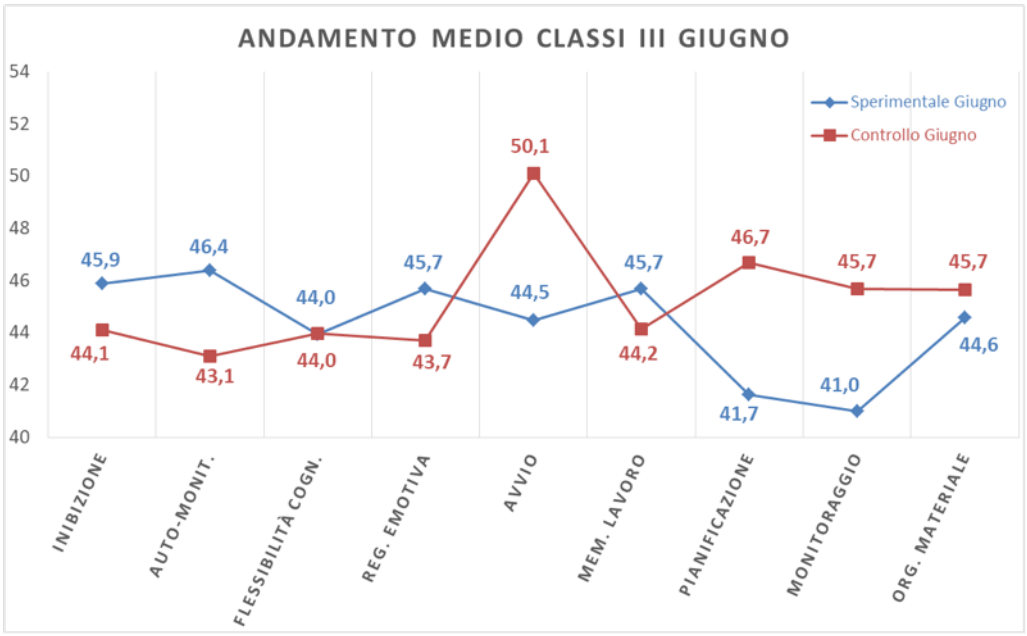



*Grafico 3.a*

*Classi III: andamento medio delle 9 scale cliniche. Rilevazione pre-trattamento.*

Nella




rilevazione post trattamento [Grafico 3.b] si registra un abbassamento medio di entrambi i gruppi.

*Grafico 3.b Classi III: andamento medio delle 9 scale cliniche. Rilevazione post-trattamento*

Gli indici complessivi, BRI, ERI, CRI e GEC medi calcolati sui profili delle classi III durante la prima e seconda rilevazione confermano l'andamento mostrato nei grafici precedenti. [tabella 6].

In questa classe di appartenenza il gruppo sperimentale mostra punteggi medi al pre-trattamento superiori ai punteggi medi del gruppo di controllo alla medesima rilevazione, a indicare fenomeni disregolativi di maggiore entità nel gruppo sperimentale.

Entrambi i profili subiscono una diminuzione media. L'entità di tale diminuzione è discussa nel *Confronto Pre-Post trattamento*.

| *Classi III* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gruppo Sperimentale III A | | | Gruppo di Controllo II B | | |
| Indici | Pre<br>Media- D.S. | Post<br>Media- D.S. | Indici | Pre<br>Media- D.S. | Post<br>Media- D.S. |
| **BRI** | 51,20 - 11,02 | 45,95 - 6,41 | **BRI** | 48,13 - 6,27 | 43,46 - 4,30 |
| **ERI** | 50,10 - 10,31 | 44,55 - 5,99 | **ERI** | 48,67 - 6,86 | 43,50 - 4,51 |
| **CRI** | 51,85 - 8,39 | 42,75 - 3,86 | **CRI** | 48,71 - 7,40 | 45,83 - 5,51 |
| **GEC** | 51,25 - 9,23 | 43,55 - 4,54 | **GEC** | 48,50 - 6,30 | 44,42 - 4,42 |

*Tabella 6. Medie e deviazioni standard degli indici del questionario BRIEF 2 calcolati sulle classi III al pre e post trattamento.*

Sia gli indici parziali BRI, ERI, CRI che l'indice globale GEC non si registrano valori medi che superano il cut-off clinico di punti T 70.

Tale andamento si riscontra in entrambi i gruppi, sia a gennaio sia a giugno.

*Confronto Maschi-Femmine*

L'analisi delle principali descrittive è stata condotta in relazione alla variabile di genere (maschio-femmina), nell'intero campione e per classe di appartenenza.

Per motivi di sintesi si riportano i risultati principali osservati nell'intero campione con particolare riferimento alla scala della *Regolazione emotiva*, target dell'intervento della presente tesi, e alle principali funzioni esecutive che la letteratura riporta connesse al processo di regolazione dello stato emotivo: l'inibizione e la flessibilità cognitiva (Thompson, 1991).

La tabella sotto riportata mostra l'andamento delle scale *Inibizione*, *Regolazione emotiva* e *Shift* e dell'indice globale *GEC,* rilevati dal BRIEF 2 al pre e post trattamento.

| *Inibizione* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gruppo Sperimentale | | | Gruppo di Controllo | | |
| Genere | Pre<br>Media- D.S. | Post<br>Media- D.S. | Genere | Pre<br>Media- D.S. | Post<br>Media- D.S. |
| **Maschi** | 52,93 - 8,66 | 50,83 - 5,96 | **Maschi** | 53,96 - 7,21 | 49,23 - 8,05 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Femmine** | 46,23 - 3,12 | 45,51 - 3,46 | **Femmine** | 51,62 - 9,50 | 48,90 - 8,17 |
| *Regolazione emotiva* | | | | | |
| Gruppo Sperimentale | | | Gruppo di Controllo | | |
| Genere | Pre<br>Media- D.S. | Post<br>Media- D.S. | Genere | Pre<br>Media- D.S. | Post<br>Media- D.S. |
| **Maschi** | 48,10 - 6,32 | 47,65 - 5,56 | **Maschi** | 54,81 - 8,98 | 50,39 - 7,19 |
| **Femmine** | 46,25 - 3,27 | 46,46 - 2,75 | **Femmine** | 50,33 - 5,94 | 49,30 - 6,08 |
| *Shift* | | | | | |
| Gruppo Sperimentale | | | Gruppo di Controllo | | |
| Genere | Pre<br>Media- D.S. | Post<br>Media- D.S. | Genere | Pre<br>Media- D.S. | Post<br>Media- D.S. |
| **Maschi** | 56,83 - 3,68 | 55,16 - 7,51 | **Maschi** | 57,10 - 7,68 | 56,00 - 9,46 |
| **Femmine** | 54,89 - 4,78 | 52,91 - 6,84 | **Femmine** | 54,63 - 8,12 | 54,00 - 10,34 |
| *Gec* | | | | | |
| Gruppo Sperimentale | | | Gruppo di Controllo | | |
| Genere | Pre<br>Media- D.S. | Post<br>Media- D.S. | Genere | Pre<br>Media- D.S. | Post<br>Media- D.S. |
| **Maschi** | 54,12 - 5,50 | 52,32 - 6,73 | **Maschi** | 55,57 - 7,41 | 51,84 - 8,07 |
| **Femmine** | 49,41 - 2,23 | 48,53 - 3,98 | **Femmine** | 52,76 - 8,99 | 50,46 - 8,77 |

*Tabella 7. Medie e deviazioni standard degli indici del questionario BRIEF 2 calcolati per variabile di genere al pre e post trattamento.*

Le descrittive calcolate per variabile di genere mostrano punteggi medi nelle femmine appartenenti sia al gruppo sperimentale sia al controllo più bassi nel pre-trattamento rispetto ai punteggi medi registrati nel sesso maschile in ciascuna delle scale indagate: *Inibizione*, *Regolazione emotiva, Shift* e Indice globale *GEC*. Tale andamento si conferma nei profili medi al post-trattamento, a indicare un maggior livello di regolazione nel sesso femminile rispetto al sesso maschile nella fascia di età 6-11 anni.

I punteggi medi registrati del BRIEF 2 mostrano tuttavia una diminuzione tra la rilevazione di gennaio e quella di giugno negli alunni sia di sesso maschile sia di sesso femminile. Tale andamento si verifica sia nel gruppo sperimentale sia nel gruppo di controllo.

*Pre-Post trattamento*

L'analisi pre e post trattamento è stata condotta attraverso il confronto tra statistiche descrittive di cui si riportano sotto i principali risultati.

Il confronto pre-post dell'andamento medio totale (Indice globale *GEC*) mostra un decremento sia nel gruppo sperimentale sia nel gruppo di controllo [Tabella 8].

| ***Indice Globale Gec* (class I-II-III-V)** | | |
|---|---|---|
| | Gruppo Sperimentale | Gruppo di Controllo |
| Gennaio (pre) | 52,2 | 54,2 |
| Giugno (post) | 50,6 | 51,1 |
| Variazione media | 1,6 | 3,1 |

*Tabella 8. Gec: punteggi medi registrati nel gruppo sperimentale e di controllo al pre e post trattamento.*

La variazione media tra pre e post trattamento risulta maggiore nel gruppo di controllo (3,1 punti T) rispetto al gruppo sperimentale (1,6 punti T).

L'andamento medio totale sembra pertanto decrescere maggiormente nel gruppo di controllo rispetto al gruppo a cui è stato applicato il protocollo.

Tale effetto potrebbe essere relato all'assegnazione random del campione che ha previsto l'applicazione del protocollo ai gruppi classe maggiormente regolati nelle rilevazioni pre-trattamento.

Osservando gli andamenti medi al pre-trattamento riportati sopra si può infatti apprezzare che il profilo del gruppo sperimentale risulta al di sotto del profilo del gruppo di controllo, fatta eccezione per le classi III dove i fenomeni disregolativi registrati nel pre-trattamento risultano maggiori rispetto al gruppo di controllo [Cfr. Tabella 9].

| ***Gec* Medio (III classe)** | | |
|---|---|---|
| | **Gruppo Sperimentale** | **Gruppo di Controllo** |
| Gennaio (pre) | 51,3 | 48,5 |

| | | |
|---|---|---|
| Giugno (post) | 43,6 | 44,4 |
| Variazione media | 7,7 | 4,1 |

Tabella 9. Gec: punteggi medi registrati nel gruppo sperimentale e di controllo al pre e post trattamento nelle classi III.

Concentrando l'analisi sulle classi III, in cui è possibile apprezzare una variazione media superiore rispetto alle altre classi tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo nel confronto pre e post trattamento, sono stati isolati i profili di attenzione clinica (Punti T ≥ 70).

La tabella 10 riassume la variazione media tra pre e post trattamento nel gruppo sperimentale e nel gruppo di controllo nelle disregolazioni clinicamente significative appartenenti alle classi III.

L'analisi si è in particolare concentrata sulla dimensione *target* del protocollo (*Regolazione emotiva*) e le funzioni esecutive maggiormente connesse.

I profili clinici mostrano una riduzione tra le rilevazioni di gennaio e quelle di giugno, sia nel gruppo sperimentale sia nel gruppo di controllo. Tuttavia, nel gruppo sperimentale delle classi III, la variazione media è superiore e dunque l'effetto del trattamento maggiormente apprezzabile.

| ***Fenomeni disregolativi clinici-Classi III*** | |
|---|---|
| <u>Gruppo Sperimentale</u><br>Variazione media<br>Pre-Post | 1) Inibizione: 16,5<br>2) *Shift* (Flessibilità cognitiva): 18<br>3) Regolazione delle emozioni: 14 |
| <u>Gruppo di controllo</u><br>Variazione media<br>Pre-Post | 1) Inibizione: 10<br>2) *Shift* (Flessibilità cognitiva): 14<br>3) Regolazione delle emozioni: 3 |

Tabella 10. Variazione media nei profili clinicamente significativi appartenenti alle classi terze.

La variazione è apprezzabile in particolare sulla scala *Regolazione emotiva* a cui l'intervento si è rivolto.

*Analisi qualitativa del Diario di Bordo*

È stata condotta la raccolta di tutti i diari di bordo compilati dagli insegnanti nel corso delle tre unità formative.

Si sintetizzano di seguito i principali risultati.

La raccolta dei diari di bordo evidenzia:

1) un *feedback* positivo del percorso formativo con particolare riferimento all'aumento della consapevolezza nel corpo docente dell'incidenza dei fenomeni disregolativi;
2) i docenti delle classi prime evidenziano difficoltà nell'applicazione delle strategie più astratte e del metodo ABC ai bambini tra i 6 e i 7 anni di età.

In particolare, gli insegnanti delle classi III del gruppo sperimentale riportano che gli incontri formativi hanno consentito loro di modificare le credenze circa i bambini con disregolazione, approcciandosi agli alunni con atteggiamento cooperativo anziché giudicante.

L'analisi dei Diari di Bordo ci ha fatto pertanto supporre che il protocollo sia principalmente intervenuto sui fattori di mantenimento della disregolazione presente in classe; tale ipotesi sarebbe coerente con la strutturazione del protocollo stesso che di fatto si rivolge in modo diretto ai docenti, focalizzando su di essi l'intervento e agendo in modo indiretto sugli alunni.

**Discussioni**

Il presente lavoro di tesi si pone come obiettivo principale il decremento dei fenomeni disregolativi nella Scuola Primaria mediante l'attivazione di un protocollo specifico.

L'intervento è diretto ai docenti, i quali vengono formati al protocollo per poi applicarlo in classe in prima persona.

Le ragioni principali che hanno condotto alla preferenza di tale modalità di intervento sono state principalmente due: la richiesta specifica degli insegnanti dell'istituto presso il quale svolgevo già attività di *Teacher Training* e il veto del Dirigente Scolastico all'ingresso in classe del professionista se non autorizzato da specifica richiesta medica sul singolo bambino.

Dopo la descrizione di come si originano e si sviluppano i processi di regolazione emotiva e le dimensioni in essa coinvolte (inibizione e flessibilità cognitiva) si è passati alla stesura dell'ipotesi di ricerca.

L'idea che ha guidato la strutturazione del protocollo S.O.S. Emozioni è che l'aumento della consapevolezza nei docenti dei fenomeni di disregolazione comportamentale ed emotiva e la promozione di *skills* funzionali al contenimento degli stessi, promuova il benessere psicologico della classe e degli insegnanti, diminuendo l'incidenza della disregolazione stessa e dei comportamenti esternalizzanti

L'indagine descrittiva delle scale cliniche del BRIEF 2 mostra un decremento dei fenomeni disregolativi negli alunni delle classi I-II-III-V appartenenti sia al gruppo sperimentale sia al gruppo di controllo. L'entità del decremento della disregolazione risulta superiore nel gruppo di controllo.

Tale effetto potrebbe essere relato all'assegnazione random del campione che se da un lato ha garantito la casualità della suddivisione delle classi tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo, dall'altro ha previsto l'applicazione del protocollo proprio a quei gruppi classe maggiormente regolati e che dunque beneficiano in misura minore del trattamento.

L'analisi per classe di appartenenza ha evidenziato che i profili medi delle classi III registrano nel gruppo sperimentale fenomeni disregolativi al pre-trattamento superiori rispetto al gruppo di controllo.
Confrontando in questo specifico gruppo l'indice di regolazione globale *GEC* si apprezza nelle classi III un decremento medio della disregolazione pre-post nel gruppo sperimentale pari a 7,7 punti T; minore seppur presente il decremento pre-post del gruppo di controllo, pari a 4,1 punti T.
Nelle classi III dove i fenomeni disregolativi registrati nel pre-trattamento risultano maggiori rispetto al gruppo di controllo, l'effetto del trattamento risulta dunque maggiormente apprezzabile.
Varie possono essere le dimensioni che hanno influenzato tale andamento, prima fra tutte la numerosità del campione che rispetto alla singola classe vede un numero medio di 20 alunni.
L'analisi delle descrittive e in particolare della media potrebbe inoltre aver risentito dell'effetto dei così detti valori *outliers*. Dal momento che i profili registrati di interesse clinico, cioè quelli che superano il *cut-off* di 70 punti T, risultano rari nel campione, è possibile che si sia verificato un effetto di "appiattimento" dei dati, dovuto in parte alla perdita di capacità di discriminazione del test, per i profili inferiori alla soglia media (50 punti T).
Infine, la compilazione del BRIEF 2 per quanto standardizzata costituisce una rilevazione soggettiva del comportamento da parte dell'insegnante e come tale potrebbe aver risentito di *bias* difficilmente quantificabili quali ad esempio le aspettative e il giudizio del docente.
In questo ambito, l'analisi del *Diario di Bordo* ci ha fornito preziose informazioni circa i fattori su cui si sono maggiormente apprezzati gli effetti dell'intervento. Raccogliendo i commenti dei docenti emerge infatti che la maggior parte di essi ha non solo ampliato le proprie conoscenze e le proprie *skills*, ad esempio prendendo consapevolezza che la disregolazione appartiene sia agli stati positivi sia agli stati negativi, ma ha modificato le proprie credenze sui fenomeni disregolativi che prima della partecipazione al protocollo risultavano per lo più catalogati in capricci o effetti di un contesto familiare non funzionale al percorso di sviluppo del bambino.
L'implementazione del metodo A-B-C ha consentito di evidenziare il delicato legame tra comportamento, valutazione ed evento scatenante, decrementando lo stereotipo di bambini *fuori controllo*, ormai *irrecuperabili*.
A sua volta l'entrata in classe di un docente disponibile a parlare di emozioni ha avuto un effetto a cascata sui bambini che si sono sentiti accolti e riconosciuti nella manifestazione dei propri vissuti emotivi.
Questo effetto, ad esempio, è stato in particolare segnalato nell'attività *Mindfulness Consulta il tuo bollettino meteo*.
Come accennato sopra, l'ipotesi di ricerca della presente tesi prevede la misurazione dell'effetto di un protocollo specifico per i fenomeni disregolativi applicato con modalità indirette, cioè attraverso la formazione del corpo docente. L'applicazione dell'intervento ai gruppi classe maggiormente regolati non ha consentito di apprezzare appieno gli effetti del trattamento.

Tuttavia, pensando di applicare il protocollo ai profili propriamente clinici e selezionando gli stessi dal gruppo classe III che di fatto mostra a gennaio una disregolazione maggiore nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo, è stato possibile apprezzare gli effetti del protocollo sulla scala della *Regolazione emotiva* e su quelle funzioni esecutive che la letteratura stessa sostiene come principalmente connesse alla disregolazione: la *Flessibilità cognitiva* e l'*Inibizione*.
I risultati ottenuti sono ristretti ad un numero esiguo di profili clinici e dunque non statisticamente significativi. Costituiscono tuttavia importanti suggerimenti per la replicazione del protocollo.
La presenza dello psicologo in classe è stata possibile solo per un'ora in ciascuna classe. Considerata la durata del progetto (6 mesi) è improbabile che abbia avuto un effetto diretto sulla disregolazione dei bambini.
I maggiori benefici di questa attività sono stati quelli derivanti dal *modeling* attuato sull'operato del docente, dall'accoglienza e fronteggiamento delle proprie difficoltà.

**Sviluppi futuri**

Lo studio presentato in questa tesi affronta il tema della disregolazione emotiva nelle classi della Scuola Primaria.
L'indagine di questa dimensione e delle funzioni esecutive ad essa connesse è stata condotta attraverso uno strumento "aspecifico" che nasce per la valutazione globale delle funzioni esecutive, tra cui appunto la regolazione emotiva: il questionario BRIEF 2 di Gioia e collaboratori (2016).
Il protocollo rappresenta un progetto pioneristico che integra approcci noti e di validata efficacia che tuttavia raramente sono integrati in un unico intervento della durata di appena 6 mesi nel contesto scolastico. Molte attività sono state di fatto riadattate e come segnala il Diario di Bordo possono essere ancora "affinate" per meglio aderire alle caratteristiche dei piccoli, cioè degli alunni delle classi I e II che ancora non hanno stabilizzato una modalità di accesso al pensiero astratto.
La ricerca presentata si basa dunque su dati preliminari che meritano un ulteriore approfondimento a partire dall'analisi statistica e dall'ampliamento del campione che potrebbe completare il ciclo scolastico integrando le classi IV.
Le variabili intervenienti potrebbero inoltre essere ridotte considerando i bambini con difficoltà cosiddette "certificate" e prevedendo una misura della reiterazione delle attività a casa oltreché a scuola. Questo in particolare per tutte quelle attività di *Mindfulness* che più di altre beneficiano dell'esercizio.

**Bibliografia**

American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM IV-TR. American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition: DSM-5. American Psychiatric Publishing.

Barone, L., & Bacchini, D. (2009). *Le emozioni nello sviluppo relazionale e morale*. Milano: Raffaello Cortina.

Birch, S. H., & Ladd, G., W. (1997). The Teacher-Child Relationship and Children's Early School Adjustment. *Journal of School Psychology, Vol. 35, No. 1,* pp. 61-79.

Cekaite, A. & Ekström, A. (2019). Emotion Socialization in Teacher-Child Interaction: Teachers' Responses to Children's Negative Emotions. *Frontiers in Psychology, 10, article 1546*.

Corallo, R. (2013). *11 favole di felicità. Imparare a pensare positivamente*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

De Santi, A., Guerra, R., & Morosini, P. (Ed.) (2008). *La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni*. Roma: Superiore di Sanità. (Rapporti ISTISAN 08/1)

Di Pietro, M. (2014). *L' ABC delle mie emozioni*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Di Pietro, M., & Bassi, E. (2013). *L'intervento Cognitivo-Comportamentale in Età Evolutiva*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2003). A Biopsychosocial Model of the Development of Chronic Conduct Problems in Adolescence. *Developmental Psychology; 39 (2),* pp.349–371.

Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., Kenworthy, L. (2016). *Behavior Rating Inventory of Executive Function Second Edition* (BRIEF2). Adattamento italiano a cura di Marano, A., Innocenzi. M., & Devescovi, A. (2016). Firenze: Hoegrefe Editore.

Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., Kenworthy, L. (2000). *Behavior Rating Inventory of Executive Function*. Lutz, FL: PAR.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, *2*, 271–299.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39*, 281–291.

Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, *13*, No. 3, 359 –365.

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation (pp. 3–24). New York: Guilford Press

Hayes, L. L., & Ciarocchi, J. (2017). *Adolescenti in crescita. L'ACT per aiutare i giovani a gestire le emozioni, raggiungere obiettivi, costruire relazioni sociali*. Milano: Franco Angeli Editore.

Kolb, A. (1984). *Experiential Learning: experience as the source of Learning and Development*. New York: Englewood Cliffs.

Linehan, M. M. (2015a). *Dbt Skills Training. Schede e fogli di lavoro*. Tr. it. Milano: R. Cortina Editore 2015.

Linehan, M. M. (2015b). *Dbt Skills Training. Manuale*. Tr. it. Milano: R. Cortina Editore 2015.

Liverta Sempio, O. (1999). L'abbandono scolastico: alcuni punti di riferimento. In O. Liverta Sempio, E. Confalonieri & G. Scaratti (a cura di), *L'abbandono scolastico. Aspetti culturali cognitivi, affettivi* (pp. 3-42). Milano: Raffaello Cortina.

Macklem, G. L. (2008). *Practitioner's Guide to Emotion Regulation in School-Aged Children*. Springer Editore

Marcelli, D., & Bracconier, A. (1999). *Adolescence et psychopatologie*. Paris: Masson (tr. it. Adolescenza e psicopatologia. Milano: Masson).

Mazza, J. et Al. (2016). *DBT Skills in Schools. New York: The Guilford Press*.

Menesini, E. (Chair) (1999). *Bullying and emotions*. Report of the Working Party. The TMR Network Project. Nature and Prevention of Bullying: The causes and nature of bullying and social exclusion in schools, and ways of preventing them. Retrieved March 4, 2006, from http://www.gold.ac.uk/tmr/reports/aim2_firenze2.html

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Direzione Generale per gli Studi, la Statistica e per i Sistemi Informativi -Servizio Statistico- (2013). *Focus "La dispersione scolastica"*.

Organizzazione Mondiale della Sanità (1992). *ICD-10. Decima revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi psichici e comportamentali: descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*. Milano: Masson (ed. it. a cura di D. Kemali, M. May et al.).

Perdighe, C., & Mancini, F. (2010). *Introduzione alla terapia cognitiva*. In Perdighe, C., & Mancini, F. (eds). Elementi di psicoterapia cognitiva. Roma: Giovanni Fioriti Editore.

Saarni, C. (1999). *The Development of Emotional Competence*. Guilford,

New York-London.

Smith K. (2009). *L'apprendimento esperienziale di David A. Kolb: caratteristiche, problematiche e sviluppi*. Traduzione e rielaborazione di Chiara Aruta

Snel, E. (2015). *Calmo e attento come una ranocchia*. Red Edizioni

Stern, D. N. (1986). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic.

Swenson, C. R. (2016). *I principi della DBT in azione. Accettazione, cambiamento e dialettica*. Tr. it. Milano: R. Cortina Editore 2018.

Thompson, R., A. (1991). Emotional Regulation and Emotional Development. *Educational Psychology Review, Vol. 3, No. 4*.

Trevarthen, C. (1997). *Empatia e biologia*. Tr. it. Milano: R. Cortina Editore 1998.

In Brazelton, T. B., & Yogman, M. W. (eds.), Affective Development in lnfancy, Ablex, Norwood, New Jersey, 11-25.

Verità, R. (2000). *Con la testa fra le favole*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson

Zimmerman, B. J. (1989). A Social Cognitive View of Self-Regulated Academic Learning. *Journal of Educational Psychology, 81* (3), 329-339.

Zimmerman, B. J. (2002). Becoming a Self-Regulated Learner: An Overview. *Theory into Practice, 41* (2), 64-70.

Zimmerman, B. J., & Martinez-Pons, M. (1986). Development of a structured interview for assessing student use of self-regulated learning strategies. *American Educational Research Journal*, *23*,614-628.

Zimmerman, B. J., & Campillo, M. (2003). Motivating self-regulated problem solvers. In J.E. Davidson & R.J. Sternberg (Eds.), *The psychology of problem solving* (pp. 233-262). Cambridge: University Press.

## Sitografia

**[1]** Menesini, E. (Chair) (1999). *Bullying and emotions*.
http://www.gold.ac.uk/tmr/reports/aim2_firenze2.html
(consultato in data: 15/11/2019)

*Margherita Signorini, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Grosseto, e-mail: margherita.signo@gmail.com*

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

psicoterapeuti in-formazione

2020, Numero 25 – Numero Monografico Età Evolutiva

# Il contributo della Terapia Razionale Emotiva Comportamentale (REBT) alla lotta contro il bullismo

Marcella Giacon[i], Arianna Polato[i], Sara Bernardelli[i]

[i]Associazione di Psicologia Cognitiva di Verona

***Riassunto***

Negli ultimi anni il fenomeno del bullismo, anche nella più recente forma del cyberbullismo, si è largamente diffuso ed è stato ampiamente analizzato dai mass media. È indiscutibile che si tratta di un fenomeno, come sempre più studi testimoniano, dal forte impatto sulle vittime in termini di perdita di autostima, di perdita di autoefficacia, di percezione di scarso valore personale, che può portarle a sviluppare disturbi sia psicologici che fisici e, in alcuni casi, anche a compiere gesti estremi.

Il presente lavoro nasce con l'obiettivo di mettere in luce come, attraverso l'utilizzo della Terapia Razionale Emotiva Comportamentale (REBT), i ragazzi che si trovino ad essere vittime di bullismo e che vogliano, partendo da loro stessi, trovare una possibilità di auto-aiuto, possono allenarsi a modificare i loro pensieri, e di conseguenza le loro emozioni e i loro comportamenti, così da riguadagnare fiducia in se stessi e, dunque, migliorare il benessere personale.

***Parole chiave:*** Bullismo, Cyberbullismo, Auto-aiuto, Pensieri disfunzionali, Emozioni problematiche, REBT, Accettazione, Autoconsapevolezza

## The contribution of the Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT) to the fight against bullying

***Abstract***

In the last few years bullying, together with its more recent form of cyber-bullying, has become a widespread phenomenon deeply analyzed by mass media. Many studies clearly show the strong negative impact that bullying has on victims' lives in terms of loss of self-confidence, loss of self-efficacy and sense of lacking personal value. All of these effects can lead to the development of both psychological and physical disorders and, in some cases, can lead people in doing extreme actions.

The aim of the present work is to light how all bullied people Can help themselves by changing their irrational beliefs using REBT, in order to improve their self-confidence and well-being.

***Key words:*** Bullying, Cyberbullying, Self-help, Dysfunctional thoughts, Problematic emotions, REBT, Acceptance, Self-awareness.

Marcella Giacon, Arianna Polato e Sara Bernardelli, Il contributo della Terapia Razionale Emotiva Comportamentale (REBT) alla lotta contro il bullismo, *Numero 25 – Numero Monografico Età Evolutiva, 2020, pp. 122-129.*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.itt

**Bullismo e cyberbullismo**

Il termine bullismo deriva dall'inglese "*bullying*" e viene usato nella letteratura internazionale per connotare il fenomeno delle prepotenze tra pari in un contesto di gruppo (Olweus, 2006). Se cerchiamo nell'enciclopedia Treccani il significato di bullismo troviamo, infatti, la seguente definizione: "Atteggiamento di sopraffazione sui più deboli, con riferimento a violenze fisiche e psicologiche, attuate specialmente in ambienti scolastici e giovanili". Perché si parli di bullismo i comportamenti e le violenze, sia fisiche che verbali, devono essere reiterati nel tempo e diretti sempre verso la stessa persona che, nella maggior parte dei casi, si trova in una situazione di inferiorità (è più giovane, più bassa, più debole, ecc.) (Olweus, 2006). Il bullismo non è sempre esplicito, ovvero non esistono solo violenze fisiche o verbali (bullismo diretto); esiste anche una forma di violenza psicologica (bullismo indiretto) che è probabilmente di gran lunga peggiore poiché, più sottile e pervasiva, ha un impatto maggiore sulla vita della vittima: non richiede la presenza fisica contemporanea delle parti e si basa principalmente sulla diffamazione e sull'isolamento della vittima designata, con l'obiettivo di fare "terra bruciata" intorno a lei (Olweus, 2006). È questa la principale caratteristica del cyberbullismo che si può definire come "la proiezione del bullo all'interno della rete" (Facci, 2010): la vessazione della vittima avviene, infatti, attraverso l'utilizzo della rete, ovvero su social network, blog, applicazioni di messaggistica istantanea e così via.

Cosa rende tanto "distruttivo" il cyberbullismo? In primo luogo il fatto che il bullo non ha un volto: questa peculiarità da un lato può renderlo ancora più aggressivo perché tutelato dal fatto che la vittima non sa chi è, dall'altro rende la vittima ancora più impotente in quanto non sa come, né tantomeno da chi, doversi difendere. Ancora diversa si presenta la situazione quando sono talmente tante le persone, conosciute e non, che aggrediscono la vittima con insulti, parolacce e cattiverie, che si tratta di una vera e propria ondata di violenza pressoché incontrollabile (Clyne, 1973).

Questa forma di bullismo è favorita in particolar modo dalla mancanza di empatia, ovvero il cyberbullo non vede le conseguenze che provoca sull'altro attraverso le sue azioni e dall'impulsività che sempre più regna sovrana nell'odierna società frenetica (Bushman, 2009).

Di qualunque forma di bullismo si parli, è indiscutibile che il fenomeno ha un forte impatto sulle vittime in termini di autostima, autoefficacia e valore personale, portandole anche a compiere gesti estremi, così come confermato da diversi studi sul fenomeno (Klomek, 2007; Kowalski, 2013; Beckman, 2012). Uno studio condotto tra il 2002 e il 2004 *dall'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, che ha coinvolto un campione di 2342 studenti di sei scuole superiori di New York, ha messo in evidenza dati importanti: circa il 9% dei rispondenti ha indicato di essere stato frequentemente vittima di bullismo e l'esposizione a tali atti di bullismo è risultato essere associata ad un maggior rischio di sviluppare depressione e di compiere atti suicidari. Un dato interessante è che gli stessi rischi li corrono anche i bulli

(circa il 13% dei rispondenti); addirittura anche l'essersi lasciati coinvolgere occasionalmente in azioni "da bullo" è emerso essere associato, soprattutto nelle ragazze, ad un aumento del rischio di andare incontro a depressione e suicidio (A. Klomek, F.Marocco, 2007).

Altri studi hanno dimostrato la relazione tra il cyberbullismo e le difficoltà psicosomatiche a cui può condurre. Kowalski e Limber (2013) hanno condotto uno studio che ha coinvolto adolescenti americani: i risultati hanno messo in luce che sia le vittime di cyberbullismo che i cyberbulli sperimentavano in maniera più severa sia disturbi psicologici (come per esempio ansia, depressione, tentativi di suicidio), che fisici (per esempio disturbi del sonno, mal di testa, scarso appetito, problemi alla pelle). Similmente Beckman et al. (2012) hanno condotto uno studio che ha coinvolto adolescenti svedesi e hanno riscontrato una relazione positiva tra coinvolgimento nel cyberbullismo (sia come vittime che come esecutori) e difficoltà di carattere psicosomatico (difficoltà a dormire, mal di pancia, mal di testa, mancanza di appetito). Anche se ancora non ben documentati, gli effetti dell'essere vittime di cyberbullismo negli adolescenti si manifestano anche con la messa in atto di una serie di comportamenti: per esempio, in riferimento a un campione di adolescenti americani, Ybarra et al. (2007) hanno riscontrato che coloro che venivano molestati *online* erano più propensi a utilizzare alcool, droghe e a portare armi a scuola. Per evitare di arrivare a epiloghi tragici, indotti da comprensibile dolore e sofferenza della vittima, ci sono varie azioni immediate che la persona può intraprendere come parlarne in famiglia o con gli insegnanti; in alternativa o congiuntamente, sporgere denuncia alla Polizia o ai Carabinieri che possono fornire anche consigli utili e pratici su come agire, per esempio cambiare numero di telefono, cancellarsi da Facebook e così via (Facci, 2010). Dal punto di vista prettamente psicologico, invece, il nostro lavoro vuole mettere in luce come la REBT -*Rational Emotive Behavior Therapy* (Ellis, 1955) possa rappresentare un valido sostegno per i ragazzi che si trovino nella situazione di essere vittime di atti di bullismo.

## Il supporto della REBT a favore di ragazzi vittime di bullismo

La Terapia Razionale Emotiva Comportamentale può rappresentare un valido supporto, insieme ad azioni di carattere più pratico, per i ragazzi vittime di bullismo, attraverso un lavoro finalizzato a modificare quelli che la REBT chiama pensieri disfunzionali, quali per esempio "Non valgo nulla", "È insopportabile che a scuola alcuni compagni mi prendano in giro", "La vita è ingiusta", ovvero pensieri o credenze inconsci, che tendono ad essere reiterati nel tempo, diventando pressoché automatici (Di Giuseppe, 1986), che fanno interpretare la realtà in modo poco oggettivo (Dryden, 1987). E sono tali pensieri a determinare le emozioni esperite e il conseguente comportamento messo in atto: secondo la REBT, infatti, nella maggior parte dei casi il nostro modo di reagire (comportamento) e le nostre emozioni sono determinati da come percepiamo, interpretiamo e valutiamo gli eventi che ci capitano; i problemi comportamentali e le emozioni problematiche, inoltre, dipendono in larga misura, appunto, dai nostri pensieri disfunzionali.

Secondo tale approccio è possibile, quindi, lavorare sui problemi comportamentali ed emotivi con il fine di gestirli, imparando a sostituire pensieri disfunzionali con pensieri più funzionali. Alla luce dei cardini su cui si fonda la REBT, l'intervento terapeutico mira, nello specifico, al cambiamento dei pensieri disfunzionali attraverso la cosiddetta "ristrutturazione cognitiva", una tecnica che aiuta da un lato a mettere in discussione in maniera attiva la veridicità dei pensieri disfunzionali, dall'altro supporta nel processo di accettazione degli aspetti della realtà che non è possibile modificare (Ellis, 2015).
Utilizzare la REBT può aiutare a vedere più chiaramente quanto sia il pensiero ad influenzare l'emozione e a determinare, di conseguenza, il comportamento. È proprio grazie a questa presa di consapevolezza e al lavoro mirato a modificare i pensieri inevitabilmente negativi della vittima di bullismo, che chiunque si trovi in questa situazione può iniziare a pensare in modo diverso a se stesso e alla realtà che sta vivendo e, pur non sottovalutandola, può affrontarla in modo meno distruttivo.

**Emozioni e pensieri secondo la REBT**

Le emozioni sono un'esternazione, una risposta ad un avvenimento, risposta che si concretizza in una serie di modificazioni di carattere fisiologico e che influenza i pensieri e i comportamenti dell'individuo (Ekman, 1972). La teoria REBT fa una distinzione tra emozioni utili, che nascono da pensieri funzionali ed emozioni problematiche, che nascono da pensieri disfunzionali: per distinguere quelle utili da quelle problematiche non è tanto discriminante l'intensità dell'emozione esperita, quanto piuttosto il tipo di pensiero che la genera (Ellis, 2015).

| Emozioni Problematiche | Emozioni Utili |
|---|---|
| Ansia e Paura | Preoccupazione |
| Rabbia | Fastidio, irritazione |
| Tristezza | Dispiacere |
| Senso di colpa | Rimorso |
| Vergogna | Imbarazzo |

*Fig.1 Distinzione tra Emozioni Dannose e Emozioni Utili secondo la REBT (Bernardelli at al., Sos Ansia, 2018).*

I pensieri che possono essere considerati fonte di sofferenza sono ben radicati nella persona e diventano vere e proprie convinzioni che guidano le azioni, le intenzioni e il modo in cui ci si sente. La rigidità del pensiero può assumere diverse forme: in particolare, si parla di doverizzazioni che possono essere dirette verso di sé ("Io devo…"), verso gli altri ("Tu devi…", "Gli altri devono…") e nei confronti del mondo

("La vita deve…"), di catastrofizzazione ("È terribile quando il mio compagno di banco mi prende in giro"), di bassa tolleranza alla frustrazione ("Non tollero quando mi deridono") e di svalutazione verso gli altri ("Se gli altri non mi accettano sono persone indegne") o di autosvalutazione ("Sono un perdente") (Ellis, 1994). Quando si parla di bullismo e di cyberbullismo le emozioni problematiche sono quelle esperite in maniera più frequente poiché originano dai pensieri disfunzionali sopracitati. Alla luce di quanto detto l'intervento basato sulla REBT si focalizza in particolar modo sulla messa in discussione dei pensieri disfunzionali e sulla sostituzione degli stessi con pensieri più funzionali (ristrutturazione cognitiva), attraverso l'utilizzo di tre tipi di argomentazione (Dryden, 2012):

**logica**: è la messa in discussione del pensiero proprio sulla base della sua consistenza logica ("è logico pensare che se gli altri mi prendono in giro allora vuol dire che sono uno stupido?");

**empirica**: prevede la ricerca di prove concrete a sostegno del pensiero ("quali sono le prove che non valgo niente?");

**funzionale**: è la modalità più pragmatica, consiste nel mettere alla prova un pensiero, valutando quanto aiuta a raggiungere i propri obiettivi e a sentirsi bene emotivamente ("Mi è utile continuare a pensare che la vita è ingiusta?").

Accanto all'intervento cognitivo sopracitato, la REBT include anche interventi di tipo comportamentale, volti a migliorare le competenze sociali della vittima di bullismo; in particolare lavorare per allenare una comunicazione di tipo assertivo rappresenta un aspetto rilevante in quanto permette la costruzione e il mantenimento di relazioni equilibrate: si tratta, infatti, di ridurre le proprie componenti aggressive e passive, a vantaggio di una relazione equa e rispettosa di sé e dell'altro (Baggio, 2013). Imparare ad "esprimere in modo chiaro ed efficace le proprie emozioni e opinioni senza prevaricare né essere prevaricato" (Zardini e Baggio,2013) diventa fondamentale per chi è vittima di bullismo per migliorare la propria efficacia relazionale, con ricadute positive in termini di autostima e autoefficacia.

### L'accettazione nella REBT

Un altro concetto fondamentale che caratterizza la REBT è quello dell'accettazione di sé, degli altri e del mondo (Dryden, 1987).

L'accettazione si differenzia dalla rassegnazione perché non è un atteggiamento passivo ma, al contrario, comporta che la persona si attiverà per cercare di cambiare quello che è obiettivamente modificabile, anche se, nello stesso tempo, tenderà ad accettare ciò che non può essere obiettivamente modificato (Hayes, 1999). Allenare l'accettazione attraverso specifiche tecniche ed esercizi mirati diventa un aspetto non trascurabile quando si parla di ragazzi vittime di bullismo, in quanto la realtà così com'è viene certamente vista come lontana da quella desiderata. Nello specifico, la sofferenza emotiva che tanto colpisce le persone in generale, e ancor più chi è vittima di bullismo, è legata soprattutto alla tendenza a

valutare se stessi come buoni o cattivi, capaci o incapaci sulla base del raggiungimento o meno dei propri obiettivi, dell'approvazione o meno da parte delle persone significative; è utile, quindi, da un lato imparare ad accettare la realtà e gli altri, ed è fondamentale, dall'altro, riuscire ad accettare in primis se stessi, prendendo consapevolezza di tutte le proprie caratteristiche, siano esse positive o negative, e dei propri comportamenti. Tali caratteristiche non dovranno essere valutate in modo assoluto per dare un giudizio sul proprio valore come persona, andranno, invece, messe in relazione ai comportamenti di volta in volta posti in essere (Ellis, 1959); in sintesi si dovranno giudicare azioni o comportamenti, non il valore assoluto delle persone e di se stessi. Smettere di lottare con pensieri ed emozioni negativi legati in particolar modo a sé rappresenta il primo passo per andare nella direzione del benessere personale; al contempo, focalizzarsi su quello che può essere modificato può fungere da spinta ad attivarsi, generando in colui che è vittima di bullismo la consapevolezza che può prendere in mano alcuni aspetti della sua vita per trasformarli in modo a lui più favorevole.

## Conclusioni

In conclusione, riteniamo che l'approccio REBT possa fornire un valido aiuto per difendersi dal bullismo innanzitutto perché mira ad aumentare l'autoconsapevolezza, sia attraverso la comprensione e l'individuazione del collegamento tra pensieri ed emozioni, sia attraverso il riconoscimento dei propri pensieri e della loro tipologia; in secondo luogo perché insegna ad affrontare la realtà con pensiero funzionale e non disfunzionale, o quantomeno cercando di trasformare i pensieri disfunzionali in pensieri funzionali; e ancora perché stimola ad allenarsi all'accettazione, intesa, come illustrato in precedenza, non come passiva rassegnazione, ma come spinta a cercare di cambiare quello che è obiettivamente modificabile, accettando, per contro, ciò che non può essere obiettivamente modificato, in particolar modo se stessi e le proprie caratteristiche. Da ultimo, gli interventi comportamentali risultano utili per migliorare le competenze relazionali di chi è vittima di bullismo: tra questi, allenare la comunicazione, mirando ad evitare l'utilizzo di uno stile aggressivo e/o passivo, avvalendosi, invece, di una comunicazione assertiva, cioè, esprimendo in modo chiaro ed efficace le proprie emozioni e opinioni senza prevaricare né essere prevaricato aiuta a migliorare le relazioni e, dunque, a sviluppare il senso di autoefficacia e ad accrescere l'autostima, con ciò che di positivo ne consegue.

Tutto quanto sinora esposto dovrebbe aver messo in luce l'importanza di un approccio alla realtà più flessibile, quello promosso dalla REBT, utile a chi è vittima di bullismo e, più in generale, a tutto coloro che vogliano intraprendere un percorso volto a migliorare il loro benessere personale.

## Bibliografia


Baggio, F. *Assertività e training assertivo. Teoria e pratica per migliorare le capacità relazionali dei pazienti*. Franco Angeli, 2017.

Bernard, M. E. *The REBT Resource Book for Practitioners.* Albert Ellis Institute, 2000.

Bernardelli, S., et al. *Sos ansia*. Aldenia Edizioni, 2018.

Berti, M., S. Valorzi e M. Facci. *Cyber Bullismo*. 2016.

Bisi, R. *Il tuo web, adolescenti e social network*. Cedam, Wolters Kluwer, 2016

Bushman, BJ. *Confortably numb: desensitizing effects of violent media on helping othes*. Psychology Science, 2009

Cattivelli R., Musetti A., Perini S. *L'approccio ACT-FAP nella promozione delle abilità sociali in adolescenti e preadolescenti con difficoltà emotive.* 2014 Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A. Psicologia dell'educazione Vol. 8, n. 1, marzo 2014 (pp. 97-112)

Clyne, V.B. *Desensitization of children to television violence.* Journal of personality and Social Psychology Science 20: 273-277, 1973

Di Giuseppe, R.a., Doyle, K.A., Dryden, W., Backx, W. *Manuale di terapia razionale emotiva comportamentale.* Raffaello Cortina Editore, 2014

Di Pietro M., *La Terapia Razionale Emotiva Comportamentale*, Edizioni Erickson

Dryden, W. *Compromises in rational-emotive therapy*. London: Croom Helm, 1987**.**

Dryden, W. e S. Bernardelli. *La terapia razionale emotiva comportamentale. Caratteristiche distintive.* FrancoAngeli, 2012.

Ellis, A. *L'autoterapia razionale emotiva. Come pensare in modo psicologicamente efficace*. Erickson, 2015.

Ellis, A. *Ragione ed emozione in psicoterapia*. Astrolabio, 1955.

Hayes S.C., Strosahl K.D. e Wilson K.G. (1999*), Acceptance and Commitment Therapy*, New York, Guilford Press.

klomekp A., .Marrocco F., kleinmanm S. Bullying. *Depression, and Suicidality in Adolescents.* Child Adolescent Psychiatry Volume 46, Issue 1, January 2007, Pages 40-49

Olweus, D. *Bullismo a scuola, ragazzi oppressi, ragazzi che opprimono*. Giunti, 2006

Ybarra ML, Diener-West M, Leaf PJ. *Examining the overlap in Internet harassment and school bullying: implications for school intervention.* J Adolesc Health. 2007;41(6 Suppl 1): S42–S50.



*Marcella Giacon, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, e-mail: marcella.giacon@gmail.com*

*Arianna Polato, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, e-mail: polato.arianna@gmail.com*

*Sara Bernardelli, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, e-mail: bernardellisara@icloud.com*

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

# Dario: da vittima del mostro dell'ansia a supereroe

Caterina Villirillo[1]
[1]Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Roma

***Riassunto***

In questo lavoro viene descritto il caso di un ragazzo di 15 anni giunto in terapia con una diagnosi di Disturbo Specifico di Apprendimento. La prescrizione iniziale del neuropsichiatra infantile, che lo ha in carico, è quella di impostare esclusivamente un trattamento neuropsicologico finalizzato all'acquisizione di un metodo di studio idoneo a compensare le difficoltà di apprendimento. Tuttavia, fin dai primi incontri, emerge con chiarezza una maggiore complessità del quadro, poiché si ipotizza la presenza in comorbilità di un disturbo d'ansia non altrimenti specificato. Dario appare bloccato e manifesta sintomi ansiosi legati alla credenza di essere inadeguato, è spesso taciturno in seduta, non manifesta interessi extrascolastici, ha poche relazioni sociali ed anche in casa vive spesso ritirato in camera sua. L'intervento si è focalizzato sulla riduzione dei sintomi ansiosi e l'accettazione di possibili fallimenti e imperfezioni attraverso le tecniche della Terapia Cognitiva Comportamentale e utilizzando procedure e tecniche dell'Acceptance and Commitment Therapy. Il miglioramento dei sintomi è stato osservato già in fase di condivisione del profilo interno e lavorando sul timore di essere inadeguato con interventi di ristrutturazione cognitiva. Parallelamente, il trattamento si è focalizzato sulla scoperta di sé, dei propri interessi e valori e Dario ha imparato a perseguirli "nonostante l'ansia" con dei miglioramenti sensibili nelle performance scolastiche, nelle relazioni sociali e nella percezione di autoefficacia.

***Parole chiave:*** Ansia, Adolescenza, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Superhero Therapy, Disturbo Specifico di Apprendimento (DSA)

## Dario: from victim of anxiety monster to superhero

***Abstract***

This work describes the case of a 15-year-old boy who came to therapy with a diagnosis of Specific Learning Disorder. The initial child neuropsychiatrist's prescription, who is in charge of it, is to set up a neuropsicological treatment aimed at acquiring a study method suitable to compensate for learning difficulties. From the first meetings, however, a greater complexity of the picture and the presence of an Anxiety Disorders not otherwise specified has been hypothesized. Dario appears blocked and displays anxious symptoms linked to the belief of being inadequate, is often taciturn in the session, does not manifest extracurricular interests, has few social relationships and also lives at home often picked up in his room. The intervention is focused on the reduction of anxious symptoms and the acceptance of possible failures through the techniques of Cognitive Behavioral Therapy and procedures and techniques of Acceptance and Commitment Therapy. The improvement in symptoms has already been observed during the sharing of the internal profile and working on the fear of being inadequate with cognitive restructuring interventions. In parallel, the treatment is focused on self-discovery of one's own interests and values and Dario has learned to pursue them "despite anxiety" with significant improvements in school performance, social relationships and in the perception of self-efficacy.

***Key words:*** Anxiety, Adolescence, Acceptance and Commitment Therapy, Superhero Therapy, Specific Learning Disorders

Caterina Villirillo, Dario: da vittima del mostro dell'ansia a supereroe, *Numero 25 – Numero Monografico Età Evolutiva, 2020, pp. 130-144*
Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193
pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.itt

**Presentazione del caso**

Dario è un ragazzo di 15 anni e mezzo e frequenta il secondo anno del liceo scientifico. I suoi genitori si rivolgono alla terapeuta a settembre 2017 in seguito ad una valutazione neuropsicologica effettuata presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, da cui emerge la seguente diagnosi: *Disturbo Specifico di Apprendimento con compromissione delle abilità di lettura e di scrittura. Disgrafia. Tratti del disturbo d'ansia*. La prescrizione iniziale del neuropsichiatra infantile è quella di svolgere un tutoraggio specializzato allo scopo di far acquisire al ragazzo un metodo di studio idoneo a compensare le difficoltà di apprendimento. Per un anno, dunque, Dario segue un training neuropsicologico ma con scarsi risultati. Il ragazzo appare bloccato, è spesso taciturno in seduta, non manifesta interessi extrascolastici (non pratica sport o altri hobby) e nello studio non mette in atto le strategie metacognitive apprese, continuando a fallire nelle performance e sperimentando di conseguenza inefficacia. Dopo alcuni mesi, si palesa la necessità di intraprendere un percorso psicoterapeutico e parallelamente Dario manifesta il desiderio di lavorare sui sintomi ansiosi emersi e che continuavano a bloccarlo. In accordo con i genitori, a settembre 2018, Dario inizia una psicoterapia cognitivo-comportamentale. In generale il ragazzo è spesso taciturno e si chiude in sé stesso anche nell'ambito familiare, ha una buona rete di amicizie pur frequentando pochissimo gli altri durante la settimana, e riconosce di essere considerato dagli altri socievole e divertente. Con le ragazze si definisce, invece, molto inibito poiché non è sicuro del suo aspetto. Dario ha una sorella più grande di 3 anni e quando esce spesso lo fa con lei ed il suo fidanzato; ha anche un cane con il quale passa molto tempo nel giardino di casa e trascorre i pomeriggi a tentare di studiare e guardare i video su YouTube.

**Descrizione del problema**

I sintomi ansiosi di Dario sembrano emergere esclusivamente nelle situazioni in cui deve misurarsi con gli altri o deve dimostrare il suo valore intellettuale per cui si ipotizza che siano sintomi di un'ansia da prestazione. In seguito ad un approfondimento degli aspetti psicopatologici emergono, oltre ai sintomi ansiosi già individuati, alcuni sintomi depressivi, in particolare emerge un'autostima negativa. Dario riferisce di andare molto male in materie in cui di solito andava bene, di fare molta fatica a ricordare le cose e prendere delle decisioni e di doversi sforzare nel fare i compiti. Il ragazzo appare preoccupato del giudizio altrui, è insicuro e dice di non riuscire a farsi rispettare. Si preoccupa se deve parlare davanti agli altri. Non ha una buona immagine di sé, i genitori riferiscono che vuole indossare solo capi firmati, non si piace fisicamente e cerca costantemente di fare cose che piacciono agli altri. Dario riconosce che spesso cerca di fare tutto alla perfezione e questo lo rallenta molto ed aumenta la sua percezione di inefficacia. Dice di non riuscire a concentrarsi e che davanti alle difficoltà tende ad arrendersi. In particolare, sperimenta questi sintomi a scuola o in qualsiasi attività in cui deve esporsi ed eseguire dei compiti per i

quali non si ritiene adeguato (dunque quando avverte di sentirsi sotto esame). Si sente impotente verso ciò che gli accade e reagisce spesso con la resa e affidandosi agli altri.

**Il profilo interno del disturbo**

Si ipotizza che i sintomi d'ansia di Dario siano tutti regolati dalla credenza di essere inadeguato sul piano intellettivo. Ciò è manifestato dal ragazzo con ansia nelle prestazioni, momenti di inibizione, blocco e rinuncia. Dario ha, inoltre, un timore fortissimo del giudizio degli altri, in particolare teme che gli altri si rendano conto della sua inadeguatezza.

*Tabella 1 – ABC ricostruito insieme a Dario*

| A | B | C |
|---|---|---|
| Durante il compito di Latino non riesce a svolgere un esercizio | I ABC con laddering<br>"Non mi viene l'esercizio; ho fatto male anche gli altri; sto perdendo troppo tempo".<br>⬇<br>"Sarò bocciato".<br>⬇<br>"Sarò marchiato a vita".<br>⬇<br>"Questo confermerebbe che non sono bravo". | Ansia |
| A'=C | "A causa della mia ansia mi sto facendo il torto di apparire peggio di quello che sono";<br>"non riesco a concentrarmi e rispondere";<br>"devo fare qualcosa ma non ci riesco".<br><br>"non ho dato il massimo";<br>"non so più niente, oramai non posso fare più niente per recuperare". | Rabbia verso sé stesso<br><br>Tristezza<br>Si arrende e lascia il compito incompleto |

*Tabella 2 – ABC ricostruito insieme a Dario*

| A | B | C |
|---|---|---|
| Dario sta valutando se cambiare nuovamente scuola | <u>ABC con laddering</u><br>"Potrei pentirmene".<br>⬇<br>"Non posso ricambiare se va male";<br>"potrei sbagliare di nuovo".<br>⬇<br>"Se sbaglio faccio un torto ai miei";<br>"papà spenderebbe altri soldi per me". | Ansia<br>Procrastina<br><br><br><br>Timore di colpa |

*Tabella 3 – ABC ricostruito insieme a Dario*

| A | B | C |
|---|---|---|
| La professoressa fa una domanda a Dario | <u>I ABC con laddering</u><br>"Non mi viene in mente niente di originale".<br>⬇<br>"Potrei non aver capito la richiesta".<br>⬇<br>"Potrei rispondere una cosa che non c'entra o potrei non rispondere la cosa più giusta da dire".<br>⬇<br>"Farei una figuraccia".<br>⬇<br>"Gli altri mi potrebbero prendere in giro, potrebbero ridere di me".<br>⬇<br>"Mi vergognerei e mi sentirei inferiore". | Blocco<br>Ansia<br>Prende tempo |
| A'=C<br>(prendo tempo) | "Non riesco a dare una risposta";<br>"non mi viene niente".<br><br>"Sta passando tempo questa sta aspettando me, le sto facendo perdere tempo";<br>"Devo dire qualcosa". | Rabbia verso sé stesso<br><br><br>Senso di colpa verso gli altri<br>+ Ansia<br>Si arrende e non risponde |

Le credenze di Dario sembrano essere le seguenti: "Non sono adeguato"; "devo essere perfetto per essere adeguato e accettato".

Sembra che l'antiscopo di Dario sia quello di non essere stupido/inadeguato.

**Fattori e processi di mantenimento**

*Fattori individuali*

- ✓ L'idea di Dario di essere stupido è mantenuta dalla sua inefficacia scolastica. Per non sentirsi inadeguato e diverso dagli altri, il ragazzo non utilizza, infatti, a scuola gli strumenti compensativi e dispensativi previsti per lui, si impone di far da sé (tentativo di soluzione) e sperimenta, di conseguenza, continui insuccessi.
- ✓ Dario mette costantemente in atto degli evitamenti sia a scuola che con gli amici. Fa spesso scena muta con i professori in classe evitando di rispondere anche alle cose su cui si sente preparato. Con gli amici evita di scrivere nei gruppi o esprimere le proprie opinioni, esce solo se cercato dagli altri. Tali evitamenti sembrano avere una funzione protettiva per Dario poiché non esponendosi riduce la possibilità di sentirsi inadeguato ed evita che gli altri se ne accorgano ed abbiano la conferma della sua inadeguatezza.
- ✓ Dario ha, inoltre, un'attenzione selettiva su tutte le conferme alla sua idea di essere stupido (ad esempio vede solo le facce critiche degli altri) e nota poco le conferme di successo. Non riesce, quindi, a vedere le sue risorse e si conferma l'idea di essere "*stupido*".

*Fattori interpersonali*

- ✓ A scuola i Professori non rispettano le indicazioni del Piano Didattico Personalizzato di Dario assegnando compiti a casa e verifiche non adeguate al suo profilo, ciò aumenta la sua percezione di inadeguatezza e l'idea di essere diverso dagli altri e avere un problema.
- ✓ La mamma di Dario (maestra) tende a sostituirsi a lui nelle decisioni, impone la sua volontà e non si fida di lui (es. anche se Dario un pomeriggio non ha i compiti lo manda in camera a studiare lo stesso), sembra non comprendere le difficoltà oggettive del figlio attribuendo maggiore responsabilità degli insuccessi scolastici allo scarso impegno e rimandandogli l'idea di non essere all'altezza, in grado di decidere da sé ed organizzarsi le sue cose confermandogli, quindi, l'idea di essere stupido.

**Scompenso**

Dario comincia a sperimentare i primi fallimenti scolastici all'inizio della scuola media quando il suo rendimento scolastico peggiora notevolmente e impara ad attribuirlo alle sue mancanze, al fatto di non essere in grado di fare delle cose, di non impegnarsi a sufficienza. Per tali ragioni ha sviluppato negli anni un senso di inadeguatezza e scarsa stima di sé che ha cercato di fronteggiare impegnandosi di più e passando molte ore sui libri (e sperimentando continuamente insuccessi dato il suo DSA non diagnosticato).

Ciò che ha favorito l'esordio del problema è la Diagnosi di DSA che Dario riceve a 14 anni, con essa il

ragazzo realizza l'idea di avere seriamente un problema e di essere, per tale ragione, davvero inferiore agli altri (quando arriva in terapia si trova in questa fase e il rifiuto verso le misure compensative e dispensative previste per lui a casa e a scuola è dovuto ad una non accettazione del suo disturbo).

**Vulnerabilità**

Dario fin dall'asilo nido ha avuto difficoltà a staccarsi dalla figura materna e ricorda che quasi tutti i giorni fino alla terza media faceva i capricci perché non voleva andare a scuola. A volte, da più grande si fingeva anche malato per non separarsi dalla mamma. Sembra, quindi, che ci sia una pregressa ansia da separazione. Ha vissuto per i primi 7 anni della sua vita in una casa, sita nello stesso quartiere in cui vive attualmente e ricorda di non aver mai festeggiato un compleanno lì con gli amici e di non averci mai portato in generale un amichetto. Inizia ad avere 2 amici dalla seconda elementare e dalla terza in poi frequenta molti altri bambini. Ricorda di essere sempre andato bene a scuola e di non aver avuto particolari difficoltà nello svolgimento dei compiti; le maestre gli dicevano che era bravo. In seconda media si sente precipitare e non riesce più a tenere sotto controllo le difficoltà scolastiche che sono iniziate ad emergere in prima media (dice*: "non sapevo più cosa fare, non capivo cosa non andava in me*"). Attribuisce a sé la colpa dei suoi fallimenti scolastici e parallelamente anche la sua autostima viene compromessa. I genitori contribuiscono a farlo sentire inadeguato poiché davanti ai fallimenti lo rimproverano dicendogli che avrebbe potuto fare di più.

Rispetto al rapporto con le figure genitoriali, da bambino Dario percepisce il papà assente, stava spesso fuori per molte ore facendo il tassista e a volte non tornava la notte. Il ragazzo era dispiaciuto e racconta di aver avuto costantemente paura che il papà non tornasse, si preoccupava se faceva ritardo e immaginava che gli fosse capitato qualcosa di brutto. Non ha mai manifestato alla mamma o al papà, quando ritornava, le sue preoccupazioni e tendeva a tenersi le cose dentro e ad avere difficoltà ad esprimere i suoi bisogni. Tale difficoltà c'è tutt'oggi, prova vergogna e se ha bisogno non chiede, si aspetta che gli altri leggano nella sua mente (es. *"ho fame; mi aspetto che mamma lo capisca e mi porti una merendina altrimenti io non vado a prenderla")*. Con il papà oggi hanno una buona complicità, lo definisce un alleato perché lo lascia scegliere, lo capisce e si fida dei suoi gusti (es. ama andare a fare shopping con lui). Si definisce ancora oggi rassegnato alle sue assenze.

La mamma è stata il punto di riferimento di Dario quando era bambino, giocava e passava molto tempo con lei. Definita più dura di papà, si arrabbiava spesso quando Dario non faceva quello che lei gli chiedeva (es. doveva bere per forza anche se non aveva sete) e poche volte accontentava i suoi desideri (es. avere delle merendine). È descritta come una donna molto ansiosa, ipercontrollante che ha limitato il figlio fin da piccolo nell'esplorazione e nell'autonomia. Oggi il loro rapporto è conflittuale, litigano molto soprattutto sulla scuola, la mamma dice spesso a Dario quello che deve fare, gli chiede di studiare anche

quando non ha i compiti (considera il riposo una perdita di tempo) e lui tenta di rifiutarsi e si arrabbia ma alla fine "*per non sentirla visto che è molto insistente*" cede e si chiude in camera fingendo di studiare. Fa tutto questo con rabbia rimpiangendo il fatto che avrebbe potuto fare qualcos'altro e sperimenta impotenza, sente che in quei momenti sta buttando via il suo tempo, non si sente capito dalla madre e riconosce che la mamma non vede mai i bisogni del ragazzo, tende a sovrapporli ai suoi. Di recente la signora ha provveduto a spostare Dario in un'altra scuola senza avvisare prima il figlio e valutare eventuali sue preferenze. Il ragazzo ha vissuto anche questo episodio con rabbia e allo stesso tempo rassegnazione, è stato costretto a lasciare i suoi amici ma ha riconosciuto che se lo diceva la mamma andava bene perché lui non si sente in grado di prendere delle decisioni per sé stesso.

**Trattamento**

La terapia con Dario è durata un anno, da settembre 2018 a settembre 2019. Sono state svolte sedute a cadenza settimanale con il ragazzo e periodicamente sono stati organizzati degli incontri con Dario insieme ai genitori per condividere alcuni aspetti della terapia e delle indicazioni pratiche rispetto alla mediazione dei rapporti con la scuola.

Il focus principale su cui si è basata la terapia è stata la ristrutturazione della credenza che aveva Dario di essere stupido che determinava, di conseguenza, la sua ansia da prestazione. L'ipotesi è stata che, attraverso la riduzione dei sintomi d'ansia, Dario fosse meno inibito e che riuscisse, quindi, ad essere più efficace nello studio innalzando al contempo la sua autostima. Ho cercato, inoltre, di far vedere al ragazzo che spesso i suoi fallimenti non dipendevano dall'inadeguatezza intellettuale ma dal fatto che o si bloccava per i suoi sintomi ansiosi o addirittura rinunciava. Parallelamente, ho puntato a far vedere a Dario le sue risorse positive, rinforzando le aree in cui funziona bene e favorendo la sua autonomia riducendo, dunque, l'iperinvestimento sull'antiscopo.

*Obiettivi condivisi*

In seguito alla condivisione con Dario del profilo interno del disturbo abbiamo deciso insieme di perseguire i seguenti obiettivi:

- ✓ Riduzione dei sintomi di ansia da prestazione.

In particolare, abbiamo definito gli obiettivi in positivo partendo dal quesito: "*cosa farei se non avessi l'ansia?*" e abbiamo individuato i seguenti sotto obiettivi:

1) esprimersi di più davanti agli altri (sostenere interrogazioni, partecipare e/o iniziare delle conversazioni, esprimere opinioni);
2) fare delle richieste agli altri;
3) chiedere maggiore conforto ed esprimere i propri bisogni agli altri.

- ✓ Limitare il blocco nello studio e favorire un atteggiamento più propositivo nei confronti dello studio a casa e a scuola (data la meno inibizione favorita dalla riduzione dell'ansia).

*Obiettivi terapeutici (strumentali)*

Al fine di raggiungere gli obiettivi condivisi, la terapia ha previsto anche questi goal:

- ✓ Ridurre l'investimento sulla dimostrazione del suo valore;
- ✓ accettare che qualcosa potesse essere fallimentare ed imparare a fregarsene di più (compreso il giudizio degli altri);
- ✓ scoprire sé stesso, i propri valori e perseguirli "nonostante l'ansia";
- ✓ favorire la sua autonomia ed autoefficacia.

**Descrizione della terapia**

Dario, durante le prime sedute, appare molto lento e taciturno, la sua poteva sembrare una mancanza di interesse, dimenticava spesso di fare gli homework assegnati, a volte si distraeva e faceva tanta fatica a contattarmi. In realtà dimostrava di tenere particolarmente al nostro spazio e alla nostra relazione, veniva tutte le settimane da fuori Roma, non ha mai saltato una seduta e quando gli riconoscevo questo merito e gli rimandavo che non avevo dubbi su questo mi sorrideva e gli venivano gli occhi lucidi. Quello che si riproponeva nel setting terapeutico era lo schema di ansia e blocco che Dario sperimentava a scuola e in tutti i contesti in cui doveva esporsi con il rischio di risultare inadeguato.

Si riporta nel dettaglio la descrizione della terapia.

| Obiettivi | Strategie di intervento | Tecniche e Strumenti |
|---|---|---|
| **Riduzione dei sintomi d'ansia da prestazione** | Ricostruire e condividere con il paziente il modello dell'ansia allo scopo di favorire la consapevolezza del funzionamento del proprio disturbo. | ✓ Psicoeducazione ("cos'è l'ansia" ed altre attività tratte dal programma Cool Kids). |
| | Aiutare il paziente a disconfermare la credenza di essere inadeguato a livello intellettuale e ridurre l'investimento sulla dimostrazione di non essere stupido. Far vedere al paziente che non è così importante decidere quanto vale poiché per rassicurarsi che non è stupido si dà degli standard altissimi, condannandosi a fallire. | ✓ Condivisione della diagnosi e rilascio di un certificato di "non stupidita";<br>✓ prove a favore e a sfavore dell'idea di essere stupido;<br>✓ doppio standard;<br>✓ ristrutturazione cognitiva (dialogo |

| | | |
|---|---|---|
| | | socratico, disputing, role playing). |
| | Favorire il monitoraggio del proprio stato ansioso imparando a "riconoscerlo", "misurarlo" ed "etichettarlo". Ciò allo scopo di circoscriverlo e differenziarlo dal sé. | ✓ ABC;<br>✓ laddering;<br>✓ termometro dell'ansia.<br><br>✓ Carta d'identità del mostro dell'ansia:<br>✓ *come è fatto* (abbiamo costruito il suo mostro di carta con lo scopo di renderlo un oggetto altro da sé);<br>✓ *in quali situazioni arriva* (abbiamo individuato le circostanze in cui si presenta lo stato ansioso: durante le verifiche, quando teme di fallire, quando non sa qual è la cosa giusta da fare);<br>✓ *quali pensieri suggerisce* (abbiamo individuato il disco rotto formato dai pensieri del suo stato ansioso rendendolo una canzone "la canzone di "metamorfosauro");<br>✓ *gli do un nome* (Metamorfosauro). |
| | Aiutare il paziente ad indebolire l'impatto del significato letterale dei pensieri individuati con lo scopo di ridurne la credibilità. | ✓ Procedure ACT di defusione (scrivere i pensieri su un foglio e osservarli; anteporre ai pensieri emersi la formula "*io noto che sto pensando che*"; costruire dei motti su dei post it da attaccare nella propria stanza e leggerli due volte al giorno); |
| | Favorire la riduzione dello stato ansioso attraverso | ✓ Esercizi di |

| | | |
|---|---|---|
| | esercizi focalizzati sulla riduzione dei sintomi di attivazione corporea ed aiutare il paziente a stare nel presente (anziché ruminare pensando al passato o al futuro). | Mindfulness (pratica del respiro; pensieri come nuvole; lavagna bianca). |
| | Promuovere l'esposizione del paziente in situazioni sociali che gli creano disagio seguendo una scala gerarchica di situazioni da meno a più ansiogene per lui. | ✓ Gerarchia dell'ansia;<br>✓ ERP prima in seduta (con mostro di carta sulla spalla) poi in ambito sociale. |
| **Limitare il blocco nello studio e favorire un atteggiamento più propositivo nei confronti dello studio a casa e a scuola (ridurre la rinuncia)** | Favorire la pianificazione e l'organizzazione della mole di studio distribuendola in un arco temporale limitato e prevedendo ricompense (es. "*se finisco di studiare entro le 18 ho un'ora da dedicare prima di cena ad un'attività piacevole per me*"). | ✓ Regola del semaforo per valutare la difficoltà percepita per ogni compito assegnato (da facile a difficile) e allenarsi a discriminare e pianificare le attività partendo da quella più difficile;<br>✓ schede di planning quotidiano e settimanale. |
| | Darsi degli obiettivi personali e perseguire i propri valori rispetto alla scuola tralasciando regole e doveri imposti (ad esempio riconosce di sentirsi soddisfatto se ottiene una media scolastica del 5/6). | ✓ Procedure ACT: individuare e perseguire i valori personali (es. se ci fosse in stanza il mio professore cosa mi piacerebbe che dicesse/notasse di me?) |
| **Accettare che qualcosa può essere fallimentare ed imparare a fregarsene di più (compreso il giudizio degli altri)** | Allenare all'utilizzo di strategie di discriminazione analizzando, con particolare riferimento alla scuola, le proprie attitudini e scegliendo, di conseguenza, su quali materie investire e a quali non dare priorità. | ✓ Ristrutturazione cognitiva (problem solving, dialogo socratico). |
| | Promuovere il sé come contesto salvaguardando il valore personale del paziente e l'idea che ha di sé (ad esempio "*Io sono stupido*" viene sostituito con "*Ho fatto una cosa stupida*"). Ciò allo scopo di contrastare la visione cristallizzata del sé che rimane immodificata a prescindere dalle esperienze vissute che la disconfermano e che lo scoraggia ad agire per apportare dei cambiamenti ("*qualsiasi cosa io faccia è inutile, sono stupido*") | ✓ Procedure ACT (es. "non sei i tuoi pensieri"; imparare a sostituire "io sono" con "io ho fatto"). |

| | | |
|---|---|---|
| **Scoprire sé stesso, i propri interessi, i propri valori e perseguirli "nonostante l'ansia"** | Favorire la focalizzazione del paziente sulle sue risorse positive (scoperta e rinforzo delle proprie attitudini anche in funzione della scelta del nuovo indirizzo scolastico).<br><br>Costruire insieme il proprio supereroe individuando i propri valori e impegnandosi in azioni in linea con essi.<br><br>Rispetto alla scuola: far notare come avere difficoltà in alcune materie (nel suo caso quelle scientifiche) non significava non avere altre abilità magari pratiche. Esempi sulle figure a lui vicine e sul terapeuta ("*se io mi fossi ostinata a diventare una commercialista probabilmente sarei stata una lavoratrice mediocre e soprattutto triste, ci avrei impiegato tanti anni per finire il mio percorso di studi e non avrei mai scoperto di essere portata per questo lavoro*"). | ✓ Valutazione dei propri punti di forza "+" e punti di debolezza "-" allo scopo di creare un senso di identità.<br><br>✓ Procedure ACT (es. epitaffio, matrice ACT);<br>✓ costruire la propria giornata ideale in 10 punti;<br>✓ investire su scopi alternativi ("*coloro la mia giornata grigia con delle attività che mi piacciono*");<br>✓ rubrica: "*appuntamento con me stesso, mi faccio una coccola a settimana*";<br>✓ lettura del testo superhero therapy in seduta;<br>✓ costruzione del proprio supereroe di carta ed integrazione al mostro dell'ansia.<br><br>✓ Doppio standard;<br>✓ self-disclosure (autosvelamento). |
| **Favorire la sua autonomia ed autoefficacia** | Individuare abitudini disfunzionali e correggerle valutando insieme delle soluzioni. | ✓ Problem solving;<br>✓ planning delle attività quotidiane;<br>✓ contratti tra paziente e terapeuta (per allenamento settimanale graduale a modificare un'abitudine |

| | | |
|---|---|---|
| | | disfunzionale ad es. svegliarsi da solo anziché farsi svegliare dalla mamma). |
| | Allenare il pz a fare delle scelte e prendere delle decisioni considerando rischi e benefici di scegliere e rischi e benefici di non farlo (con particolare riferimento alla scelta in autonomia della nuova scuola). | ✓ Valutazione di pro e contro;<br>✓ ristrutturazione cognitiva (dialogo socratico). |
| | Potenziare le abilità sociali e relazioni attraverso l'acquisizione di skills specifiche con particolare riferimento alle abilità di conversazione; abilità di assertività e abilità di amicizia e corteggiamento. | ✓ Training assertivo (allenamento a fare richieste; dire di no; sottolineare i propri bisogni; accettare le critiche);<br>✓ modeling;<br>✓ role playing (es. simulazione di scenette in seduta per allenarsi ad approcciarsi alle ragazze). |

**Valutazione di esito**

Dopo un anno di trattamento Dario, che prima non riusciva a contemplare l'idea di non essere stupido, su una scala da 1 a 10 crede al dato di non essere stupido "9". Ha imparato a monitorare il suo stato ansioso, lo riconosce a livello fisiologico ed individua i pensieri associati. Fa ancora un po' fatica a non credere al suo disco rotto nelle situazioni che gli creano maggiore ansia come proporsi volontario a scuola o rivendicare un suo diritto agli insegnanti. Valutando, invece, che quello dell'amicizia è un valore determinante per lui, si è impegnato a perseguirlo nonostante l'ansia iniziale che spesso lo bloccava e lo portava a non esporsi mai o ad uscire solo se invitato, ed ha iniziato a proporre lui delle uscite agli amici, chiedendo prima a gruppi ristretti, successivamente aumentando il numero degli invitati. Ha cominciato a partecipare anche alle conversazioni sui gruppi whatsapp ed ha instaurato buoni rapporti con i compagni di classe con i quali non era ancora riuscito ad avere un legame; questo lo ha reso più sicuro di sé anche nelle esposizioni in classe (all'inizio era molto difficile per lui anche chiedere i compiti sul gruppo whatsapp dei compagni). A casa, i genitori riferiscono di riuscire ad avere più dialogo con il proprio figlio ed osservano che ricorre molto meno agli evitamenti che prima metteva in atto sistematicamente (ad. es andare a fare l'iscrizione in palestra).

Rispetto ai compiti, Dario ha iniziato a pianificare la mole di studio pomeridiana e a fare problem solving rispetto alle criticità che emergevano valutando delle soluzioni funzionali quali rimanere a casa anziché andare a scuola per preparare bene una verifica, ricorrere a delle strategie compensative durante i compiti in classe etc. In generale, ha consolidato delle abitudini più funzionali rispetto a tutta la sua organizzazione quotidiana (ad. es adesso prepara lo zaino tutte le sere mentre prima lo faceva la mattina andando di corsa e dimenticando sempre il materiale, si sveglia da solo mentre prima lo svegliava sempre la madre). I suoi voti in alcune materie sono migliorati, ha preso 8 in una verifica di latino, anche se persistono delle insufficienze gravi nelle materie scientifiche. Ha imparato a discriminare tra ciò per cui è portato e ciò per cui non è portato e gli risulta difficile. Il miglioramento degli ultimi tempi non è stato sufficiente a garantirgli la promozione ma, a differenza di prima che interpretava la bocciatura come un marchio indelebile ed una catastrofe irrimediabile, ha affrontato la situazione come un evento a sé senza mettere in discussione il suo valore personale *("ho fallito in questo non sono il fallimento")*. In generale, infatti, riesce adesso a contestualizzare con più facilità gli eventi e a circoscrivere i suoi fallimenti accentandoli e normalizzandoli. Abbiamo visto insieme l'aspetto positivo di questa bocciatura, finalmente grazie ad essa ha cambiato le sue scelte ed ha valutato con più facilità la possibilità di fare qualcosa che è più nelle sue corde. Lavorando insieme sulla scelta della nuova scuola, ha scoperto di amare la professione del barman e di voler fare qualcosa che gli consente in generale di lavorare con gli altri (scoprendo una sua attitudine). Valutando nel dettaglio i pro e i contro di vari indirizzi di studio, ha scelto di iscriversi ad un istituto tecnico turistico ed ha studiato per tutta l'estate per prepararsi agli esami di ingresso nella nuova scuola dimostrando, anche in questo caso, una maggiore determinazione e tolleranza alla frustrazione. A settembre, dopo la pausa estiva, Dario torna più consapevole di sé, parla di più dimostrando buone capacità nell'avviare e sostenere una conversazione, è entusiasta della nuova esperienza scolastica e riferisce di aver stretto già dei rapporti con i compagni riuscendo a proporsi con più facilità e sfruttando il vantaggio di iniziare tutto da capo. Normalizza, inoltre, l'utilizzo degli strumenti compensativi in classe, dichiarando di averli utilizzati fin da subito e valutando che attraverso tale approccio anche gli altri lo considerano normale *("ho capito che nascondendomi non facevo altro che ingigantire il problema invece l'ho detto subito, mi sono tolto il pensiero ed ho il vantaggio di usare le mie mappe come se fossero dei semplici occhiali, nessuno mi ha criticato o giudicato strano"*). È consapevole che non ama di per sé lo studio ma riesce adesso a vedere il suo valore strumentale cambiandone lo scopo *("studio perché mi interessa il risultato cioè avere un diploma per fare quello che mi piace e uscire con delle competenze per il lavoro")*. A fine settembre, visti i risultati raggiunti e valutando le difficoltà logistiche emerse per continuare a venire a Roma settimanalmente ed organizzare lo studio, Dario esprime il bisogno di proseguire da solo il suo nuovo percorso valutando che sarebbe stata anche un'occasione per mettersi alla prova. Ripercorriamo quindi insieme il lavoro svolto e pur

manifestandogli la mia volontà di proseguire almeno per qualche altro mese il lavoro sulle abilità sociali, accolgo la sua richiesta per rimandargli il messaggio che ha adesso gli strumenti per farcela da solo e che la richiesta stessa era il frutto di un lavoro su di sé che gli aveva permesso di conoscersi meglio, ascoltarsi ed esprimere i suoi bisogni. Ci avviamo, dunque, alla conclusione del percorso consolidando le competenze apprese e lasciamo un contratto aperto stabilendo che avrebbe potuto contattarmi a distanza di 15 giorni, poi un mese e così via per aggiornarmi sull'evoluzione dei suoi eventi e decidere di riprendere in futuro, se fosse stato necessario, il lavoro su alcuni aspetti di sé. Lo saluto regalandogli il mostro dell'ansia e il supereroe che avevamo costruito ed utilizzato nel corso dei nostri incontri allo scopo di lasciargli un ricordo fisico di tutto il percorso svolto e dargli il messaggio simbolico che quel mostro è finalmente domato da un nuovo Dario consapevole di sé e delle sue risorse.

*Metamorfosauro e Superme*

A sinistra il mostro dell'ansia e a destra Dario supereroe capace di affrontare le sue difficoltà.

**Bibliografia**

American Psychiatric Association - APA (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5)*. Milano: Raffaele Cortina (trad. It. 2014).

Baggio, F. (2013). *Assertività e training assertivo. Teoria e pratica per migliorare le capacità relazionali dei pazienti*. Milano: Franco Angeli.

Harris, R. (2011). *Fare act. Una guida pratica per professionisti all'Acceptance and Commitment Therapy*. Milano: Franco Angeli.

Mancini, F. & Perdighe, C. (2009). *La formulazione del caso: schema per la presentazione dei casi clinici e per la supervisione*. Psicoterapeuti in-formazione, numero speciale. Testo disponibile al sito: http://www.psicoterapeutiinformazione.it/numero-speciale-ottobre-2009.html.

Ruggiero, G. M. & Sassaroli, S. (2013). *Il colloquio in psicoterapia cognitiva. Tecnica e pratica clinica*. Milano: Raffaele Cortina.

Scarlet, J. (2018). *Superhero therapy. Un viaggio da eroe attraverso l'Acceptance and Commitment Therapy*. Roma: Giovanni Fioriti.

Wignall, A., Lineham, H.J., Abbott, M. & Rapee R.M. (2014). *Il Programma Cool Kids - Manuale del Terapeuta*. Sassari: Istituto di Scienze Cognitive.

Wignall, A., Lineham, H.J., Abbott, M. & Rapee R.M. (2014). Il Programma Cool Kids - Manuale del Bambino. Sassari: Istituto di Scienze Cognitive.

*Caterina Villirillo, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Roma, e-mail: caterina.villirillo@gmail.com*

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

# Camila: quando l'ansia ti chiude in casa

Elena Cucchiari[1]
[1]Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Ancona

***Riassunto***

Il presente lavoro tratta il caso di Camila, ragazza di 17 anni con importanti problematiche di Fobia Sociale (APA, 2013) in comorbidità con un Disturbo Esplosivo Intermittente (APA, 2013), che hanno portato la paziente al completo ritiro dalla vita sociale.

La famiglia, povera di reti di supporto e collusiva con le sue dinamiche disfunzionali, ha rinforzato i suoi evitamenti e assecondato le sue credenze al limite del persecutorio, aggravando la sua situazione di isolamento. Il rifiuto scolare, e la conseguente attivazione di un percorso di istruzione domiciliare, hanno contribuito al mantenimento delle credenze disfunzionali sulla propria inadeguatezza e sugli intenti malevoli degli altri nei suoi confronti.

Il lavoro terapeutico, iniziato in modalità domiciliare, ha avuto come focus la modulazione dell'ansia sociale, attraverso la messa in discussione del sistema di credenze persecutorie e di disvalore personale, con l'ausilio di strumenti di automonitoraggio, psicoeducazione e ristrutturazione cognitiva, a cui sono stati affiancati un training di abilità sociali e un lavoro di esposizione alle situazioni temute. Nella presentazione si porrà l'accento sulle difficoltà riscontrate nella relazione terapeutica e nella gestione dei rapporti con la scuola e la famiglia.

***Parole chiave:*** Fobia sociale, Disturbo Esplosivo Intermittente, Ritiro sociale, Rifiuto scolare, ER/p, Famiglia, Adolescenza

## Camila: when anxiety locks you up

***Abstract***

The pourpose of the present work is to present the case of Camila, a 17-year-old girl with relevant problems of Social Phobia (APA, 2013) with comorbid Intermittent Explosive Disorder (APA, 2013), which led the patient to complete withdrawal from social life. Her family is poor in support networks and collusive with her dysfunctional dynamics, reinforcing her avoidance and indulging her persecutory beliefs. This facts exacerbated her isolation. The rejection of school, and the consequent activation of a path of home education, contributed to the maintenance of dysfunctional beliefs about her inadequacy and the malevolent intentions of others towards her. The focus of the therapeutic work, which began in the home mode, was the modulation of social anxiety, challenging the system of persecutory beliefs and personal disvalue, using self-monitoring tools, psychoeducation and cognitive restructuring,in association with a social skills training and a gradual exposure to feared situations.The presentation will highlight the difficulties faced in the therapeutic relationship and in the management of relations with school staff and family.

***Key words:*** Social phobia, Intermittent Explosive Disorder, Social withdrawal, School rejection, ER/P, Family, Adolescence

Elena Cucchiari, Camila: quando l'ansia ti chiude in casa, *Numero 25 – Numero Monografico Età Evolutiva, 2020, pp. 145-154.*
Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193
pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.itt

**Presentazione del caso**

Camila, 17 anni, giunge alla mia osservazione su invio del medico di base, preoccupato per le sue attuali condizioni di vita.

La ragazza ha infatti iniziato, da alcuni mesi, un graduale processo di ritiro sociale che, al momento del primo colloquio, la porta a non lasciare più la sua abitazione.

Il nucleo familiare, composto dalla madre, biologa di origine brasiliana, e dalla sorella di 13 anni, costituisce l'unico contatto umano che Camila ha da tempo.

**Descrizione del problema**

La madre di Camila cerca l'aiuto del medico di famiglia e di una psicologa a causa dell'aggravarsi della condizione di isolamento e ritiro sociale della figlia.

La preoccupazione maggiore, al momento del primo contatto, è rivolta al rifiuto di Camila di tornare a scuola.

La madre racconta come la ragazza abbia progressivamente abbandonato tutte le attività che svolgeva fino al maggio precedente, fino ad arrivare a passare tutto il giorno chiusa in casa.

Camila passa dunque le sue giornate dormendo, giocando con il cane oppure navigando nei social in camera sua. Le rare interazioni con la madre o la sorella si sostanziano in richieste perentorie che, se non esaudite, sfociano in manifestazioni d'ira violenta, con lancio o distruzione di oggetti.

In queste occasioni, la madre e a sorella lasciano la casa per qualche ora e, quando rientrano, trovano Camila calma, come se non fosse successo niente.

Durante la raccolta anamnestica, emerge che Camila ha sempre avuto problemi scolastici, sia sul piano relazionale che didattico. La ragazza ha infatti una certificazione per molteplici Disturbi dell'apprendimento (ADHD e dislessia), ottenuta soltanto in prima media. Nonostante le sue difficoltà, la paziente è sempre stata un'ottima studentessa, diligente e attenta al voto, con tendenza al perfezionismo. A detta della madre, proprio a causa delle sue problematiche di apprendimento, Camila sarebbe stata oggetto di discriminazioni da parte degli insegnanti, che avrebbero condotto a vari cambi di scuola tra le medie e le superiori.

Emerge in seguito, dai colloqui con la ragazza, che è stata la madre ad insistere per farle cambiare scuola durante le superiori, per scegliere "*qualcosa di più adatto alle sue capacità*".

La testimonianza di un'amica di famiglia di Camila mette in luce anche un atteggiamento apertamente conflittuale e polemico della madre della ragazza nei confronti dei professori.

L'ultimo cambio di scuola, dal Liceo Linguistico all'Istituto d'arte, si è dimostrato particolarmente difficile per lei, soprattutto perché la ragazza non aveva alcun desiderio di cambiare.

Sul piano relazionale pare che la paziente sia sempre stata timida e "*lunatica*", e che le sue manifestazioni repentine e inattese di rabbia o offesa abbiano influito negativamente sui rapporti con i coetanei.

Nei nostri primi incontri Camila si rifiuta di lasciare la sua camera e di interagire con me, minacciando ritorsioni se mi fossi avvicinata. La madre, inizialmente spaventata dalla mia richiesta di lasciarmi tentare, mi permette di avvicinarmi alla camera solo al secondo incontro, dietro mia insistenza.

Dopo i primi fallimentari tentativi di dialogo davanti alla porta chiusa, riesco a vedere Camila, che si mostra molto collaborativa e compiacente. Dichiara serenamente di essere "*molto soddisfatta*" della sua attuale condizione e di non avere alcuna necessità di uscire di casa.

Appare molto immatura per la sua età, sia nell'abbigliamento che nelle modalità di approccio.

La somministrazione di CDI evidenzia la presenza di umore lievemente depresso (T=20). La CBCL conferma la presenza di un moderato nucleo ansioso, specialmente rivolto alla scuola e alla socialità (T=100°), di problematiche affettive (T=95°) e di comportamenti di tipo oppositivo-provocatorio (T=90°).

In base agli elementi raccolti si evidenzia una forte ansia sociale e scolare, che esita in un ritiro sociale, giunto ormai all'auto-reclusione. La condizione di isolamento è accompagnata da marcata sospettosità e ideazione persecutoria verso l'esterno. C'è una lieve flessione dell'umore con abulia e labilità. Le preoccupazioni sono principalmente orientate al giudizio degli altri rispetto alla prestazione e all'aspetto fisico. Teme di essere umiliata e derisa, criticata per la sua inadeguatezza. Vede gli altri come persecutori e cattivi nei suoi confronti senza motivo. La paura e l'angoscia che accompagnano tali preoccupazioni si fanno sempre più intense con l'avvicinarsi di una qualsiasi situazione d'interazione sociale, specialmente con coetanei e la strategia di coping utilizzata è l'evitamento, seguito da violenti scoppi di rabbia con lancio di oggetti, distruzione di oggetti della madre e urla.

La sintomatologia riportata sembra coerente con un quadro di Fobia sociale (Dsm V, APA 2013), con spunti persecutori, in comorbilità con una lieve sintomatologia depressiva, caratterizzata principalmente da sintomi comportamentali quali anedonia, abulia e somatici come stanchezza e mal di testa.

Sono inoltre presenti pattern di umore collerico, con conseguenti comportamenti aggressivi, punitivi e provocatori, coerenti con la comorbilità con un Disturbo Esplosivo Intermittente (Dsm V, APA 2013).

**Profilo interno del disturbo**

Camila mostra fin da subito forte sospettosità nei confronti delle persone non familiari.

| A | B | C |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| Scopro su Facebook che la psicologa che viene a casa è amica di un ragazzo che conosco di vista | Ecco adesso sicuro questa andrà a dire tutto quello che le racconterò, tutti sapranno i miei problemi e mi prenderanno in giro e se uscirò di casa mi guarderanno male | Ansia<br>Mi chiudo in camera quando viene. Minaccio di rompere tutti i passaporti della famiglia se entra |

Vede gli altri come "cattivi senza motivo", giudicanti e "maligni", e se stessa come la vittima che verrà perseguita nonostante la sua "gentilezza incondizionata". Interpreta le situazioni in ottica persecutoria e di minaccia. *("I mie compagni a scuola nuova mi hanno sempre trattato da schifo, mi dicevano che io non volevo condividere ma io prestavo tutto a tutti, ero gentile con tutti")*
*("La coordinatrice di classe mi odia, è sempre stata sgarbata nei miei confronti, quando mi attaccavano lei diceva che avevano ragione").*

| A | B | C |
|---|---|---|
| I compagni pubblicano nel gruppo di classe le foto della cena di classe di Natale | Le hanno pubblicate apposta per farmi vedere che loro l'hanno fatto e io non ho potuto…volevano farmi dispiacere. | Rabbia<br>Tristezza<br>Rompo la porta a calci |

*Scopi /antiscopi attivi:*

-Non essere giudicata inadeguata
-Essere accettata

| **Credenze su di sé:** | **Credenze sugli altri**: |
|---|---|
| • Non sono adatta alle situazioni sociali<br>• Non vengo compresa perché sono diversa<br>• Sono strana<br>• Non sono forte | • Mi tratteranno male<br>• Mi giudicheranno<br>• Non faranno mai niente per me |

*Tabella 1. Sistema di credenze*

**Fattori e processi di mantenimento**

*Personalizzazioni:* Mantengono la credenza vittimistica che tutte le persone ce l'abbiano con lei e la

giudichino male senza motivo.

*Incapacità di leggere la mente dell'altro:* Attribuisce all'altro intenzioni malevole, senza prendere in considerazione ipotesi alternative che non riguardino direttamente la sua persona.

*Ritiro sociale:* Il rifiuto scolare e della condivisione sociale non permette a Camila di mettere in discussione il suo vissuto di inadeguatezza e incomprensione, amplificando invece il vissuto persecutorio.

*Attenzione e memoria selettiva:* Il continuo focus su eventi attuali e passati legati a vissuti di giudizio ed esclusione la porta ad un aumento dei livelli d'ansia e rabbia.

*Istruzione domiciliare:* Il programma attuato dalla scuola mantiene il ritiro sociale, limitando la motivazione ad impegnarsi per rientrare.

*Rapporti familiari:* Il nucleo familiare sembra colludere con i suoi evitamenti e le sue credenze disfunzionali della mente dell'altro. In particolare la madre, con evidenti tratti paranoici, mostra atteggiamenti ambivalenti nei confronti di Camila. Da un lato si fa portavoce delle sue battaglie, rivolgendosi in modo polemico e minaccioso alla scuola, sostituendosi alla figlia nelle dispute con le coetanee e asseconda gli evitamenti esperienziali di Camila da sempre. Dall'altro abbandona spesso la figlia a se stessa nei momenti di maggior difficoltà o delega ad altri la responsabilità di sostenerla (non c'è mai quando vengono a casa i professori pur sapendo che per Camila è un evento stressante).

**Esordio e scompenso**

Camila viene descritta come una persona da sempre problematica sul piano relazionale. Ha sempre mostrato forte timidezza e diffidenza e non ha mai avuto molte amicizie.

La situazione sarebbe precipitata durante il passato anno scolastico, con l'ingresso all'Istituto d'Arte. In classe la ragazza non si è mai del tutto integrata, e pare sia stata presa di mira da alcune sue compagne.

L'evento precipitante è avvenuto quando, in un gruppo Whatsapp, queste ragazze la aggrediscono perché non ha lasciato copiare una di loro ad una verifica. Nella conversazione (che la madre ha stampato e tiene in un fascicolo assieme alla corrispondenza con la scuola in merito), le compagne la apostrofano pesantemente e poi la minacciano di picchiarla se lo riferirà a qualcuno.

Dopo quello scambio di messaggi, Camila torna a scuola per qualche giorno ma poi, complice un'influenza, resta a casa per alcuni giorni.

La settimana dopo, nonostante gli accordi con la mamma, Camila decide di non rientrare a scuola e si chiude in casa.

**Vulnerabilità**

*Attaccamento:* Disorganizzato (SAT), con strategie controllanti punitive e accudenti (porta Camila a manifestare, a volte, comportamenti punitivi e aggressivi sia con la madre che con la sorella quando sente

il bisogno di vicinanza non soddisfatto e in altre situazioni a prendersi cura delle figure di riferimento adulte con grande compiacenza)

*Storica:*

Camila è orfana di padre dall'età di 2 anni e mezzo. Al momento della morte del marito, la madre della ragazza ha cercato di "*tirare avanti da sola*", ma con molte difficoltà, avendo due figlie piccolissime, di cui una neonata.

Pare che la Sig.ra abbia attraversato un periodo di depressione a seguito del lutto e che la cura delle bambine sia stata delegata alla nonna materna, venuta appositamente dal Brasile per sostenere la figlia.

La nonna sembra essere stata la figura di riferimento per Camila "*cucinava per noi, ci lavava i vestiti, ci aiutava con i compiti*", mentre la madre passava la maggior parte del giorno a lavorare per mantenere la famiglia.

Quando la ragazza aveva 10 anni, la nonna è stata colta da una patologia neurodegenerativa e Camila si è occupata di lei tutti i giorni fino alla sua morte all'inizio dell'anno scorso.

Il contesto sociale povero in cui è cresciuta Camila sembra averla privata di una rete di sostegno familiare/sociale a cui far riferimento e sembra aver favorito il suo isolamento.

Le problematiche economiche in cui ha sempre versato la famiglia hanno contribuito a strutturare in lei un senso di inferiorità rispetto ai coetanei "*meglio vestiti*", "*con telefoni più belli, scarpe più costose".*

Dal punto di vista scolastico, i numerosi cambi di scuola e di ambiente, la tardiva diagnosi di DSA e le difficoltà incontrate da Camila hanno posto le basi della sua ansia legata alla prestazione scolastica.

*Attuale:*

Camila mostra un'idea di sé caratterizzata da scarsa autostima, sentimenti d'inferiorità e indegnità che minano i suoi rapporti sociali, portandola a continui paragoni da cui lei esce "perdente".

La figura della madre preoccupata e impotente non sembra fornire sicurezza e protezione, quanto amplificare la sua ansia e colludere con i suoi vissuti vittimistici e persecutori.

Inoltre la donna non riesce a mettere limiti chiari alla ragazza, delegando ad altre figure, quali le insegnati che aiutano Camila nello studio o vicini di casa, la gestione di esplosioni di rabbia e le risposte dirompenti sul piano comportamentale.

Il confronto con la sorella minore, molto brava a scuola, più carina, brillante e socialmente adeguata, rinforza il senso di inadeguatezza di Camila.

**Trattamento psicoterapeutico**

| **OBIETTIVI DI CONTRATTO** | **OBIETTIVI STRATEGICI** |
|---|---|
| 1. Migliorare la gestione dell'ansia | • Conoscere meglio l'ansia e le sue manifestazioni |

| | |
|---|---|
| | cognitive, fisiche e comportamentali.<br>• Implementare strategie più funzionali di gestione dell'ansia<br>• Affrontare gli evitamenti |
| 2. Migliorare le abilità sociali | • Favorire processi di problem solving sociale<br>• Favorire la comprensione della mente dell'altro e l'esplorazione di ipotesi alternative<br>• Implementare l'assertività |
| 3. Modificare la percezione di inadeguatezza | • Mettere in discussione le credenze disfunzionali su di sé<br>• Favorire modalità diverse di attribuzione di valore personale |
| 4. Abbandonare le sedute domiciliari per venire in studio (obiettivo fissato successivamente) | • Esplorare pensieri ed emozioni legate all'ingresso nel centro medico<br>• Trovare strategie condivise di gestione delle emozioni negative individuate<br>• Progressivo avvicinamento allo studio |

*Tabella 2. Obiettivi della terapia.*

**Razionale e strategie**

Inizialmente ho proposto una psicoeducazione sull'ansia al fine di rendere consapevole la paziente dei meccanismi disfunzionali alla base del suo disagio.

Si utilizza anche un monitoraggio giornaliero fatto con gli ABC, per individuare e condividere con la paziente la relazione tra situazioni, pensieri ed emozioni/comportamenti ed evidenziare come l'ansia porti agli evitamenti.

Gli ABC sono stati utilizzati anche per individuare credenze disfunzionali da sottoporre a disputa.

Per fornire alla ragazza delle strategie di gestione differenti da quelle disfunzionali messe in atto, si è scelto di utilizzare tecniche di respirazione.

Per modificare le credenze disfunzionali su di sé e sul valore personale, sono state utilizzate varie tecniche di disputa e ristrutturazione ed è stato svolto un lavoro di promozione di nuovi scopi.

Il lavoro sugli evitamenti è stato svolto costruendo una gerarchia di situazioni e di stimoli ansiogeni a intensità crescente da affrontare con ER/P dapprima immaginativa e successivamente in vivo, al fine di portare nuovamente la ragazza fuori casa.

Parallelamente si è scelto di svolgere un potenziamento delle abilità sociali di Camila, implementando

alcuni strumenti di gestione dei conflitti, risoluzione dei problemi e di comunicazione assertiva.
Sono state inoltre utilizzate strategie di *problem solving* proattivo al fine di individuare modalità funzionali di gestione delle emozioni negative, modulando le esplosioni d'ira.

**Descrizione della terapia**

Gli incontri con la ragazza si sono tenuti, inizialmente, in forma domiciliare, per consentire lo svolgimento del percorso terapeutico.
Il setting domiciliare si è dimostrato da subito problematico dal punto di vista relazionale. Infatti, mentre da un lato costituiva l'unica opzione di presa in carico, dall'altro si è ben presto dimostrato un fattore di mantenimento dell'isolamento, nonché una collusione con la pretesa della ragazza di piegare il mondo al suo volere.
Difficoltà importanti sono state riscontrate anche nel rapporto con la scuola e il medico che, contro il mio parere, hanno attivato un percorso di educazione domiciliare, all'interno del quale la ragazza poteva decidere quando svolgere le verifiche e quando incontrare i professori, con conseguente inasprimento dei rapporti di questi ultimi con Camila.
In un primo momento è stato dunque necessario porre limiti chiari rispetto alle richieste da parte degli attori coinvolti e ai tentativi di triangolazione fatti da Camila e dalla madre nei miei confronti nella gestione dei rapporti con la scuola e fra di loro.
La prima parte del nostro percorso è stata dedicata alla costruzione di un rapporto di fiducia con Camila, scegliendo di rendere più espliciti possibili i miei intenti e le motivazioni di ogni mia richiesta, per evitare attribuzioni improprie.
Inizialmente ci siamo concentrate sulla ricostruzione delle situazioni che le causavano stati di maggior ansia e rabbia, attraverso gli ABC, individuando i trigger e stabilendo insieme dei "piani d'emergenza" per fronteggiarle.
Partendo da quanto riportato dalla paziente, abbiamo iniziato ad esplorare le credenze disfunzionali relative alla paura del giudizio e ai vissuti persecutori. Ci siamo poi concentrate sull'analisi di ipotesi alternative e sulla messa in discussione delle credenze emerse.
Durante questa fase della terapia la paziente ha iniziato a testare la mia fiducia in lei, proponendomi bugie sempre più eclatanti, culminate in un'accusa palesemente falsa nei confronti dei compagni di classe. La mia reazione, non pienamente aderente alla sua aspettativa, sembra aver provocato una rottura dell'alleanza, manifestata dalla ragazza dapprima con scuse per rimandare gli incontri, in seguito con il rifiuto di aprirmi il cancello e il successivo blocco delle nostre conversazioni nella messaggeria istantanea.
A seguito dell'accaduto, la madre e la sorella divengono vittime di ritorsioni e scoppi d'ira violenti da parte della paziente, poiché si rifiutano, su mia esplicita richiesta, di fare da mediatrici nel contattarmi e comunicarmi i suoi desideri.

Su mia iniziativa inizia un contatto epistolare via mail, attraverso il quale abbiamo concordato un incontro allo scopo di ridefinire gli obiettivi del nostro trattamento.
La riparazione dell'alleanza avvenuta in quell'incontro ha prodotto come nuovo obiettivo a breve termine lo spostamento delle sedute nel mio studio e l'incremento del numero degli incontri a due a settimana.
In questo periodo abbiamo stabilito un programma di esposizioni, culminato con l'ingresso di Camila nel mio studio.
Da quel momento, l'autoreclusione della ragazza ha avuto un graduale miglioramento: Camila ha ripreso a frequentare luoghi pubblici, seppur limitando le interazioni sociali.
Durante l'estate il focus del nostro lavoro si sposta sull'alternanza scuola-lavoro, che la ragazza inizia a svolgere in un museo non senza difficoltà. Gli scambi sociali e la necessità di rispettare le regole del luogo di lavoro divengono oggetto dei nostri incontri, fornendo materiale utile al *problem solving* sociale e all'implementazione dell'assertività.
Il percorso culmina con il rientro a scuola di Camila, avvenuto a seguito di un intenso lavoro sui sentimenti d'inadeguatezza e sulla ristrutturazione di credenze disfunzionali in merito alla sua capacità di fronteggiare il giudizio dei compagni. Il rientro è stato graduale, da poche ore settimanali fino ad arrivare ad una frequenza completa.
Da allora gli incontri si sono diradati fino alla conclusione del percorso, avvenuta su richiesta della madre, contro il mio parere.
Alcuni mesi dopo l'interruzione e raggiunta la maggiore età, la stessa Camila mi ha contattato chiedendo di riprendere in forma ridotta, viste le scarse possibilità economiche, i nostri incontri, al fine di migliorare le abilità sociali. Il percorso è stato dunque ripreso e, ad oggi, vengono svolte sporadiche sedute di *follow-up.*

**Valutazione di esito**

Camila mostra grandi miglioramenti nella gestione e regolazione delle emozioni. Da mesi non sono più presenti manifestazioni colleriche violente ed ha imparato a tollerare la frustrazione legata alla presenza di limiti e regole.
Riesce a frequentare luoghi pubblici senza problemi e le abilità sociali risultano implementate.
La comprensione della mente dell'altro è notevolmente migliorata e la ragazza riesce a mettere in discussione le proprie credenze disfunzionali in merito al giudizio degli altri.
I livelli di autostima e autoefficacia sono aumentati, influenzando positivamente l'umore e l'attitudine con cui la paziente si pone nei confronti delle sfide di ogni giorno.
Permangono sentimenti vittimistici e uno scarso livello di socializzazione, tipici dell'ambiente familiare. Sul piano delle relazioni sociali, infatti, Camila ha riallacciato alcuni rapporti con amiche di scuola e del paese, ma le interazioni restano comunque scarne e infantili per una ragazza della sua età.

Il rapporto con la madre è meno conflittuale e si è modificato in direzione di una maggior definizione di confini, ma permane un moderato grado di interdipendenza, favorito anche dalle problematiche mai trattate della donna.

## Bibliografia


Achenbach, T.M. (1991) *Child Behavior Checklist/4-18*; Milano Ghedini Libraio.

American Psychiatric Association (APA) (2013). DSM-5. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Trad. it.(2014).Milano:Raffaello Cortina.

Buonanno C, Capo R, Romano G, Di Giunta L, Isola L (2010). *Caratteristiche genitoriali e stili di parenting associate ai disturbi esternalizzanti in età evolutiva.* Psichiatria e Psicoterapia 29, 3, 176

Cieri L(2008).*La fobia sociale*.In Perdighe C, Mancini F (eds). *Elementi di Psicoterapia cognitiva*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.

Isola L, Romano G, Mancini F (2016). *Psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza*. Milano: Franco Angeli.

Kovacs M. (1988) *Children's Depression Inventory*. Giunti Psychometrics.

Lochman JE, Wells K, Lenhart LA (2012). *Coping Power. Programma per il controllo di rabbia e aggressività in bambini e adolescenti*. Trento: Edizioni Centro Studi Erikson

Mancini F, Gragnani A (2005). *L'esposizione con prevenzione della risposta come pratica dell'accettazione*, Cognitivismo Clinico 2 (1),38-58.

Mancini F, Perdighe C (2009). *La formulazione del caso:schema per la formulazione dei casi clinici e per la supervisione*. Psicoterapeuti in-formazione, numero speciale, http://www.psicoterapeutiinformazione.it/numero-speciale-ottobre-2009.html

Procacci M, Popolo F, Marsigli N (2011). *Ansia e ritiro sociale*. Milano:Raffaello Cortina Editore.



*Elena Cucchiari, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Ancona, e-mail: elena.cucchiari@gmail.com*

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it*



Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

# Giulio: quando il giudizio altrui sfocia in un disturbo depressivo maggiore

Sara Gendrini[1]
[1]Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Grosseto

***Riassunto***

Il presente lavoro descrive il caso di un ragazzo di 17 anni, che dopo una serie di interventi educativi e psicoterapici non andati a buon fine, si ritrova a vivere chiuso nella propria casa da quasi due anni, senza frequentare la scuola, uscire con gli amici o svolgere alcuna attività sociale in autonomia. Giulio è seguito dai servizi territoriali, i quali hanno proposto, sia a lui sia alla famiglia, tutti gli interventi a loro disposizione, senza però ottenere un riscontro positivo e tentano, come ultima proposta, un percorso psicoterapico con un nuovo terapeuta in formazione presso il loro servizio. Il caso di Giulio è un esempio utile per descrivere quanto, al di là dei protocolli specifici per il trattamento dell'ansia o della depressione, sia necessario e in questo caso indispensabile, il fattore relazione terapeutica, soprattutto con un ragazzo che teme il giudizio altrui e che lo porta a precludersi tutto ciò che un diciasettenne ha a disposizione. L'alleanza terapeutica ha permesso di poter formulare un profilo interno ed elaborare una strategia di intervento *ad hoc*, andando oltre il pervasivo timore di giudizio. La famiglia di Giulio rappresenta un altro ostacolo al trattamento, una variabile incisiva e molto difficile in termini di relazioni interne, che non perde mai l'occasione per sottolineargli le sue debolezze, rendendo "l'altro" sconosciuto e "l'altro" familiare delle vere e proprie minacce da evitare.

***Parole chiave:*** Disturbo Depressivo Maggiore, Giudizio altrui, Ritiro sociale, Relazione terapeutica

## Giulio: when others judgement leads to a major depressive disorder

***Abstract***

The present work describes the case of a seventeen year old boy who finds himself living locked in his house for almost two years – despite a series of ineffective educational intervention and psychotherapy – without attending school, hanging out with friends nor carrying out any social activity independently. Giulio is being followed by territorial services, which offered all the interventions at their disposal to him and his family without getting any positive feedback, therefore trying out, as a last proposal, a psychotherapeutic path with a new trainee therapist at their service. Giulio's case is a useful example to describe how necessary and crucial – specifically in this case – the therapeutic relation factor is, beyond the specific protocols for the treatment of anxiety or depression, especially for a boy who fears others judgement. Consequently, this leads Giulio to preclude to himself all the things a seventeen-year-old boy could have access to. The therapeutic alliance has allowed to formulate an internal profile and develop an ad-hoc intervention strategy, getting over the pervasive fear of judgement. Giulio's family constitutes another obstacle to treatment, a determining and hard to handle factor in terms of internal relations. Moreover, it never misses the chance to underline the son's weaknesses, making the unknown "other" and the familiar "other" the actual threats to avoid.

***Key words:*** Major Depressive disorder, Others judgement, Social withdrawal, Therapeutic relation

Sara Gendrini, Giulio: quando il giudizio altrui sfocia in un disturbo depressivo maggiore, *Numero 25 – Numero Monografico Età Evolutiva, 2020, pp. 155-167.*
Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193
pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.itt

**Introduzione**

Instaurare una relazione terapeutica efficace non è sempre facile, soprattutto quando si parla di pazienti dell'età evolutiva, molti fattori individuali e interpersonali entrano in gioco, e riuscire a gestirli non sempre è così semplice. Queste difficoltà iniziali in termini di relazione possono, in alcuni casi, rendere la fase di *assessment* complicata e frammentata, poiché le resistenze presenti impediscono la raccolta delle informazioni necessarie alla definizione del profilo interno. Nei casi come quello presentato, oltre alle resistenze può essere presente una inconsapevolezza del problema, o meglio una definizione non chiara e una famiglia non sempre collaborante. Il timore di essere giudicato, per anni sottovalutato, non affrontato, ha portato il ragazzo a sviluppare dapprima un'ansia sociale che con il tempo e lo sviluppo emotivo lo hanno portato ad un vero e proprio Disturbo Depressivo Maggiore con temi radicati di fallimento e immutabilità. Ciò deve farci riflettere su quanto sia delicata e importante la presa in carico precoce, e quanto questa sia favorita anche dal sostegno dei genitori. Il presente caso può altresì essere utile, in termini di spunti strategici, per poter formulare un piano di trattamento non prettamente legato ai protocolli standard.

**Presentazione del caso**

Giulio ha 17 anni, non frequenta la scuola, vi si reca solo per interrogazioni o compiti programmati, ha cambiato molte scuole prima di quest'ultima. Vive con la madre e frequenta poco il padre, ha un fratello maggiore che vive in un'altra città. Il padre nel 2019 ha attivato una CTU, per avere legalmente diritto di vedere il figlio. Il ragazzo ha svolto diversi percorsi psicoterapici privatamente e non, mai portati avanti nel tempo. È in carico al servizio pubblico da molti anni, nel 2017 gli viene fatta diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore, Ansia Generalizzata e Fobia Sociale e Scolare, inizia una presa in carico globale: terapia farmacologica, psicologica, sostegno alla genitorialità ed educatore domiciliare, senza esiti positivi. Nel 2019 il servizio gli propone di iniziare di nuovo un percorso psicoterapico, e arriva a me, per intervenire su sintomi ansiosi e depressivi. In prima seduta arriva accompagnato dal padre, Giulio si mostra resistente a parlare, sguardo basso, postura chiusa, indispettito e innervosito sul dover ancora una volta parlare di ciò che non va. Dopo il primo colloquio iniziano molti incontri rimandati o saltati all'ultimo momento, i genitori comunicano che non riescono a portarlo in seduta. Questo va avanti per alcuni mesi. A marzo 2019, fissiamo un nuovo incontro, in quest'occasione appare più deciso di fare un percorso e leggermente più motivato.

**Descrizione del problema**

Giulio mostra un'ipersensibilità al giudizio altrui, un pervasivo evitamento delle situazioni sociali (non va a scuola, esce solo se accompagnato dai genitori, non ha amici e nessuna frequentazione), passa la

giornata ai videogiochi, mostra disinvestimento scolastico e ritiro sociale. Le situazioni che implicano un contatto relazionale gli innescano una forte ansia anticipatoria, teme di essere giudicato male (in modo sprezzante), di essere umiliato e ridicolizzato, difatti limita i contatti per evitare di "essere visto, e quindi essere giudicato". Il giudizio altrui è per il ragazzo una conferma ad un'autoimmagine fallimentare, quindi mette in atto gli evitamenti per sottrarsi alla possibilità di giudizio. Tale sintomatologia si è acuita dal 2017, periodo in cui i genitori si sono separati, e alla sintomatologia ansiosa si aggiunge un umore depresso e credenze di fallimento. Il ragazzo non ha nessun rapporto con l'esterno, se non virtuale, o con adulti, con i quali fatica molto a parlare. Non esprime il suo malessere (una forte tristezza e colpa) neanche in famiglia, anzi prova una colpa forte per essere lui l'unico problema che ha portato alla separazione dei genitori e pensa che il suo isolamento sia la giusta punizione, vive tale situazione con senso di colpa per "essere ancora una volta la causa delle attuali discussioni familiari". Il giudizio esterno è per lui l'unico metro di valutazione di se stesso, ciò gli conferma la credenza di sé come inadeguato: nessuno in famiglia si è mai compiaciuto con lui dei piccoli obiettivi raggiunti, e tuttora lo colpevolizzano di aver rovinato a tutti la vita. Vive stati emotivi che oscillano tra ansia ("ho paura di ricevere giudizi sprezzanti"), tristezza ("sono un fallito e non valgo nulla"), colpa ("è tutto per causa mia") e rabbia, unica emozione palesata anche nel contesto familiare.

Mostra anche sintomi depressivi: in passato ideazione suicidaria (trattata farmacologicamente), sentimenti di autosvalutazione, colpa, anedonia e difficoltà a concentrarsi, scarsa autostima, iperfagia, difficoltà a prendere decisioni, scarsi e ristretti interessi, riduzione ulteriore delle attività (incrementando gli evitamenti di tipo sociale), irritabilità elevata soprattutto con i genitori in particolare con il padre. Risulta molto forte nel ragazzo l'idea di sé come fallito, si sente l'unico colpevole della sua situazione e del malessere della madre, oltre a considerarsi la causa del fallimento del matrimonio dei genitori.

**Storia della sofferenza**

Giulio da bambino era socievole, aveva amici che frequentava, ma dalle scuole elementari riferisce di essere stato preso in giro (per il peso inizialmente, poi il suo non reagire di fronte alle provocazioni e per il suo isolarsi per non essere giudicato). Le ridicolizzazioni sempre più frequenti lo hanno portato progressivamente a isolarsi, smettere il calcio, e iniziare ad avere difficoltà a frequentare la scuola. Racconta che l'ansia di poter essere giudicato lo portava a non voler stare i con i pari. Alle medie, frequentava la scuola, ma con molta ansia di essere oggetto di scherno, aspetto che ha avuto ripercussioni anche sul suo rendimento scolastico. Questo suo atteggiamento ha incrementato le prese in giro e gli episodi di bullismo subiti, che lo hanno portato a vedere l'altro come un nemico da evitare. Per timore di essere perso in giro, di essere giudicato sprezzantemente, riduce la frequenza scolastica e l'esposizione a situazioni pubbliche. La sintomatologia ansiosa arriva all'apice durante le scuole superiori dove, dopo una

serie di cambiamenti di classe e istituto (per timore di parlare sia con insegnati che compagni, assenze per evitare relazioni), viene bocciato. Nel 2017 i genitori si separano e Giulio lascia di nuovo la scuola, fino ad arrivare nel 2018 all'alberghiero. Gli evitamenti si sono acuiti tanto da non riuscire ad uscire di casa, in questo periodo inizia una presa in carico globale dei servizi. Il ragazzo di fronte alle "umiliazioni" avrebbe voluto "menarli, ma il suo autocontrollo glielo impediva, per paura di una disapprovazione dei genitori, non voleva deludere la madre e non voleva suscitare il disprezzo del padre". In questi anni il ragazzo svolge percorsi psicoterapici per l'ansia, mai portati avanti per un periodo utile. Con l'acuirsi della sintomatologia ansiosa Giulio inizia a vivere una forte tristezza, presente già da prima ma adesso più intesa e con vissuti di fallimento, forte autosvalutazione e chiusura, motivi che portano i servizi a consigliare un nuovo percorso.

**Diagnosi**

Sulla base di quanto descritto, attualmente Giulio mostra un Disturbo Depressivo Maggiore. Risultano soddisfatti i seguenti criteri diagnostici (DSM 5): umore depresso per la maggior parte del giorno, marcata diminuzione dell'interesse o del piacere nel fare qualsiasi cosa, sentimenti di indegnità o sensi di colpa eccessivi o inappropriati, difficoltà nel pensare e restare concentrato. I sintomi causano una significativa sofferenza o comunque problematiche nell'area sociale, e perdurano da almeno 2 anni.

**Profilo interno del disturbo**

Il giudizio altrui sembra ricoprire un ruolo centrale per Giulio, che lo utilizza come strumento per determinare il suo valore. La paura di essere criticato, ridicolizzato, ma soprattutto disprezzato e umiliato dagli altri per la sua manifestazione di inadeguatezza e incapacità lo porta a vivere emozioni di forte ansia anticipatoria nelle situazioni in cui questo è minacciato, difatti evita ogni rapporto o confronto, rumina a lungo, non esce da casa e non frequenta la scuola, si alza tardi e va a dormire ancora più tardi. Inoltre, sembra che l'emozione di intensa tristezza sia secondaria e riconducibile a sentimenti di forte fallimento, a un senso di incapacità generale che gli impedisce anche solo di pensarsi a tentare di cambiare, in quanto non in grado. La colpa è connessa alla responsabilità che si attribuisce per tutto ciò che ha vissuto e che ha fatto vivere ai genitori, accusandosi di essere lui quello sbagliato che ha causato solo malessere.

Sembra essere presente una credenza di sé di persona inadeguata, sia da un punto di vista relazionale, sia da un punto di vista fisico, sia da un punto di vista prestazionale (inferiore). Questa visione di sé lo porta a vivere ansia in questi contesti e ad a evitare le relazioni; inoltre sembra presente e molto resistente la credenza di sé come fallito, che alimenta stati emotivi di tristezza e colpa ("essendo un fallito, deludo mamma che sta male per colpa mia"). La forte tristezza emerge soprattutto nelle situazioni in cui ripensa e prende atto della sua situazione attuale (sono un depresso, sono isolato, non porto a termine niente), da cui

emerge una valutazione di sé come fallito che lo porta a disincentivare a fare qualcosa. I suoi evitamenti riguardano quasi tutti i contesti che implicano un contatto interpersonale: teme, infatti, di essere criticato, disapprovato o rifiutato e nelle poche occasioni in cui esce di casa (venire in seduta, mangiare fuori, o andare al cinema) è sempre accompagnato da un familiare e non ha nessuna interazione con gli altri. "Prima di essere giudicato male evito di avere ogni relazione". La critica sprezzante da parte degli altri (reale o ipotetica, ansia anticipatoria) è per il ragazzo una conferma alla sua auto-immagine di persona inadeguata socialmente (idea negativa di sé), di "persona sbagliata, malata". Il ragazzo attribuisce molta importanza allo scopo di non essere umiliato, l'umiliazione gli confermerebbe l'idea negativa di sé, di essere una persona di scarso valore, teme di essere giudicato negativamente per i suoi comportamenti (stare in disparte, parlare poco) e per proteggersi da tale timore disinveste in ogni attività. L'altro è visto come giudicante, sprezzante ed escludente, lo teme ma in alcuni contesti vorrebbe rispondere in maniera altrettanto sprezzante per ristabilire la simmetria (rabbia), si limita però solo a svalutarli internamente e ad evitare confronti, rimuginando.

Le regole presenti sono riassumibili in: qualsiasi cosa farò mi criticheranno, se non sarò adeguato mi criticheranno, se non miglioro mi criticheranno, se non faccio il percorso mi criticheranno. Per quanto riguarda le doverizzazioni in Giulio sembrano essere rilevanti le seguenti imposizioni: devo essere intelligente, non devo mostrare le mie emozioni negative, non devo mostrarmi debole e vulnerabile. Inoltre, è presente una strategia di *coping* specifica: cercare di non dare fastidio così "i mie genitori non mi rompono e continuo a fare ciò che voglio (stare a casa a giocare ai videogiochi) e più che altro non sarò svalutato". Giulio sembra aver interiorizzato la credenza che debba essere risarcito, in quanto si aspetta che i genitori debbano avere nei suoi confronti un comportamento protettivo, non esponendolo alle situazioni che per lui possono essere minaccia di umiliazione. Infatti, quando si trova in situazioni distoniche rispetto a tale aspettativa (i genitori dovrebbero prevenire la sofferenza del confronto con l'altro) ad esempio gli viene chiesto di esporsi (situazione a rischio di giudizio), si arrabbia molto perché percepisce una frustrazione dell'aspettativa di dover essere protetto. In queste occasioni vive una rabbia molto intensa e mette in atto dei ricatti morali (ad es. non vado a scuola).

| A | B | C |
|---|---|---|
| Entro nella sala al cinema con mia madre e molti adulti presenti mi guardano<br><br>Film: Attacco a Mumbai | Che facce stranite, staranno pensando "questo film non è da ragazzi della tua età".<br>Non voglio assolutamente stare al centro dell'attenzione, potrebbero giudicarmi, penseranno che faccio schifo, "guarda quel ragazzetto de' merda come è vestito", che sono ridicolo al cinema con | Ansia/vergogna<br><br>Cerco velocemente il posto e guardo sempre per terra. |

| | | |
|---|---|---|
| | mamma.<br>Sono un cretino! | |
| A 2 c | B2 | C2 |
| Provo forte ansia | Sono un fallito, non so fare niente, non potrò mai fare una bella impressione agli altri, mi ritrovo a 17 anni al cinema con mamma<br>Non posso rovinare anche questa serata, mamma non merita questo ancora | Tristezza<br>Penso a tutte le cose che non sono riuscito a fare. Rimuginio<br><br>Colpa |

*Tabella 1. ABC esemplificativo ricostruito con il paziente che illustra le due principali emozioni, ansia e tristezza secondaria, è possibile che sia presente un ABC precedente di ansia anticipatoria all'esposizione.*

**Fattori e processi di mantenimento**

*Individuali:*

- Gli evitamenti delle situazioni sociali per ridurre l'ansia del giudizio lo rassicurano a breve termine ma mantengono i secondari di tristezza e colpa, gli impediscono di vivere esperienze potenzialmente correttive della credenza di essere socialmente inadeguato e dell'idea che gli altri siano critici e rifiutanti; per il fenomeno *behaviour as information*, si conferma l'aspettativa di essere socialmente inadeguato; entrambi rendono più improbabile l'acquisizione di competenze sociali ed esperienze che favoriscono la maturazione, implicano rinunce costose in termini di isolamento e di realizzazione e dunque depressione secondaria.
- Comportamenti protettivi (parlare poco, monitorarsi, evitare il contatto visivo, non parlare di sé) per ridurre la minaccia percepita nelle situazioni sociali lo portano ad una restrizione del *focus* attentivo su di sé e ne ostacolano la verifica (delle proprie credenze e dei giudizi negativi). Il *coping* protettivo: Giulio evita le relazioni perché queste lo porterebbero ad esporsi al rischio di essere umiliato, quindi si isola, l'isolamento gli conferma la credenza di sé come inadatto, attivando i secondari di tristezza (sono un fallito). Entrambe le strategie possono realmente farlo apparire inadeguato, distante e in difficoltà, e questo potrebbe esporlo più facilmente alla critica confermandogli l'idea di inadeguatezza sociale.
- Elevato valore negativo attribuito alla brutta figura e l'aspettativa che gli altri siano tendenzialmente critici.
- *Mood congruity effect* (Bower, 1981): il fatto di provare forte ansia gli conferma la credenza di sé come inadeguato.

*Interpersonali:*

Il comportamento di Giulio lo espone più frequentemente a giudizi e critiche da parte dei genitori, innescando un circolo interpersonale disfunzionale: la credenza di essere un fallito, incapace, la credenza che gli altri siano critici crudeli e rifiutanti e il diritto di essere amato e compreso almeno dai genitori

attivano condotte (ad es. isolarsi, attaccare verbalmente gli altri per non essere attaccato, evitare relazioni e pretendere che i genitori facciano per lui) che stimolano nei genitori un forte senso di fastidio, a volte rabbia, con atteggiamenti umilianti nei confronti del ragazzo o ridicolizzazioni. Queste risposte da parte dei genitori gli confermano la sua inadeguatezza, l'idea di fallimento e il diritto di essere amato viene frustrato. Il fastidio dei genitori è per lui conferma di incapacità, aspetto che lo porta a confermarsi la sua credenza di fallito e che mantiene l'isolamento e la credenza che l'altro è umiliante, incrementando il suo stato di solitudine. In altre occasioni il ragazzo tende ad attaccare i genitori per non essere attaccato, innescando una risposta altrettanto sprezzante, che contribuisce a confermargli sia la credenza su sé che sugli altri.

**Scompenso**

Probabilmente non è un singolo evento che ha portato allo sviluppo della sintomatologia, ma una combinazione di temperamento, stile educativo familiare ed eventi ripetuti di ridicolizzazione e umiliazione. L'unico cambiamento sostanziale è stato la separazione dei genitori che ha forse favorito l'incremento della sintomatologia tanto da portarlo a iniziare una serie di percorsi psicoterapici, inoltre un eventuale aumento delle richieste ambientali in termini di capacità sociali possono averlo fatto sentire ancora più inadeguato. Alla separazione dei genitori segue una risposta di Giulio di lasciare la scuola, potrebbe questo essere un esempio di "ricatto" che fa nei confronti dei genitori che però poi potrebbe aver portato all'aggravamento della sintomatologia oltre che alla strutturazione di una idea di sé come fallito.

**Vulnerabilità**

*Vulnerabilità storica*: le prime difficoltà sociali si presentano già dalle elementari, si sentiva solo, non accettato, deriso e ridicolizzato. Vive spesso episodi di presa in giro, rifiuti da parte dei coetanei riguardanti il suo aspetto fisico e prestazionale, aspetti che favoriscono una sensibilizzazione al giudizio, "non mi sentivo adatto e coinvolto". Di fronte a tale timidezza i genitori non sono stati comprensivi, al contrario, scarsamente accudenti a livello emotivo; nei confronti della sua chiusura emotiva verso gli altri, il contesto familiare l'ha sempre fatto sentire "sbagliato" esponendolo ai contesti sociali nonostante le sue difficoltà, sottolineandogli sia verbalmente che non la sua incapacità. Il padre è descritto come critico nei confronti dei figli e della moglie e in alcune occasioni anche umiliante, la madre appare invece molto estroversa e molto interessata al fare sempre bella figura. Tutto ciò ha contribuito a far sviluppare in Giulio il bisogno di dover monitorare il suo comportamento per evitare critiche o errori (non mostrare le proprie emozioni o difficoltà). Potrebbe aver vissuto numerosi episodi di abbandono emotivo, aspetti che ad oggi non siamo riusciti ad indagare per le forti resistenze a parlarne, non vuole affrontare tali temi perché questo "significherebbe piangere" e ancora non accetta di poterlo fare e non vuole sentirsi

vulnerabile riportandolo alla memoria.

*Vulnerabilità attuale*: Giulio attribuisce un valore negativo alle brutte figure, sostiene che gli altri siano estremamente giudicanti e critici. La separazione dei genitori è stata ed è tutt'ora un tema familiare molto sentito, che causa all'intero sistema un forte malessere e l'attivazione di dinamiche di responsabilità. Il ragazzo sembra aver interiorizzato il diritto di dover essere risarcito, fondato sulla credenza che i genitori debbano in qualche modo essere protettivi e comprendere la sua sofferenza, aspetto che attualmente aumenta il rischio di mettere in atto ricatti morali che lo portano però ad avere conseguenza negative per sé più che per gli altri.

**Trattamento**

*Contratto e scopi del trattamento*

Nei mesi, dopo un iniziale periodo di evitamento delle sedute, gli incontri si svolgono regolarmente, il primo obiettivo che abbiamo concordato è stato incrementare l'aderenza e la motivazione al trattamento. Inizialmente le comunicazioni relative alla mancata seduta avvenivano attraverso una comunicazione telefonica dei genitori alle infermiere, abbiamo poi concordato con Giulio e i genitori che qualora fosse il figlio a non voler venire fosse lui ad avvisare in modo tale da responsabilizzarlo di fronte al percorso. Si è poi concordato di affrontare il tema dell'umiliazione; nella Tabella 2 si possono trovare sintetizzati gli obiettivi principali stabiliti, il razionale, le strategie di ciascun obiettivo e le tecniche utilizzate.

| OBIETTIVI | RATIONALE E STRATEGIE | TECNICHE |
|---|---|---|
| 1.Incrementare la motivazione al trattamento | Stimolare la motivazione, attraverso la comprensione delle sue difficoltà, e la modificazione della teoria psicologica *naif* di persona pigra che disinveste nel cambiamento<br>Accettare e riconoscere il problema e ridurre il senso di fallimento per far emergere l'inutilità/impossibilità di azzerare i rischi, gli svantaggi della difesa a oltranza, la legittimità/doverosità di abbassare la guardia | ▫ Costi del non trattamento<br>▫ ABC<br>▫ Accettazione |
| 2.Cambiare le credenze negative di essere sempre oggetto di umiliazione per ridurre l'ansia anticipatoria | Modificare la credenza di sè come fallito e che il valore personale è in relazione alla performance, ciò permetterebbe di ridurre i secondari di tristezza e colpa.<br>Mostrare la sovrastima della probabilità che questo avvenga e ridurre la gravità dell'evento temuto.<br>Modifica dei cicli interpersonali disfunzionali.<br>Ridurre gli evitamenti attraverso l'aumento della tolleranza alla sofferenza. | ▫ ABC<br>▫ Validazione della sofferenza emotiva<br>▫ Accettazione del rischio<br>▫ Ristrutturazione cognitiva<br>▫ Esperimenti<br>▫ Incremento abilità |

| | | |
|---|---|---|
| 3. Desensibilizzare esperienza sprezzante passata | Incrementare la tolleranza emotiva e favorire la gestione dei vissuti emotivi del passato che attualmente contribuiscono alla sofferenza.<br>Intervenire sulla vulnerabilità storica ed attuale con la "riscrittura" delle valutazioni relative ad esperienze traumatiche e prototipiche. | ▫ EMDR<br>▫ Imagery with rescription |

*Tabella2.*

**Descrizione della terapia**

Il percorso terapeutico con Giulio inizia nei primi mesi del 2019 e, dopo un primo colloquio, iniziano diversi mesi di appuntamenti saltati o rimandati; dal mese di giugno invece la situazione tende a stabilizzarsi e comincia a partecipare alle sedute quasi più regolarmente; sono stati svolti 25 colloqui totali dall'inizio del trattamento.

*Gestione della relazione terapeutica*

La creazione della relazione terapeutica è stata uno *step* centrale nel percorso terapeutico con Giulio: gli ha permesso di sperimentare relazioni interpersonali non umilianti ma validanti, ha potuto vivere momenti di asimmetria senza sentire il timore di essere umiliato e gli ha permesso di potersi mostrare "vulnerabile senza il timore di essere giudicato". È stato però un processo lungo e spesso difficile, che ha impiegato molte sedute preliminari alla fase di *assessment*, una scelta strategica che ha permesso di poter esplorare i suoi vissuti al contrario inibiti dalle resistenze presenti inizialmente.

L'asimmetria è stata uno dei primi momenti di difficoltà, in quanto Giulio mal tollerava tale stato: ha infatti, messo in atto una serie di test (saltare le sedute, non parlare in seduta, rimandare gli incontri e porsi in maniera non solo sfidante ma anche screditando l'operato del terapeuta in termini di capacità), tutte modalità tipiche dei suoi cicli interpersonali disfunzionali prima descritti. Questo è stato utile per individuare la modalità standard di Giulio nel relazionarsi con gli altri, ed è inoltre stato oggetto di discussione per far notare al ragazzo che tali modalità non sono utili nel contesto del cambiamento. Fondamentale è stato l'aver costruito con lui una "squadra" dove, mantenendo un'asimmetria quando necessaria, terapeuta e paziente cooperano insieme, Giulio si aspettava dal terapeuta una risposta non solo giudicante ma anche esclusivamente direttiva. L'aver atteso e rispettato i suoi tempi, validando la sua paura di parlare di sé e di sentire il bisogno di creare fiducia reciproca, gli ha permesso di non vivere il solito circolo interpersonale nel quale lui manifesta un disagio e l'altro risponde umiliandolo o giudicandolo, facendolo sentire ancora più inadatto. Oltre a questo aspetto è stato utile l'avergli svelato l'impossibilità di poterlo aiutare a fronte di una non collaborazione e il mettersi nei suoi panni da parte del terapeuta: "vedere con i suoi occhi" ha validato il suo stato emotivo e Giulio ha potuto sentirsi non giudicato e meno resistente al mostrarsi; tutt'ora alcune resistenze permangono (esplorare eventi specifici

del passato di umiliazione). Giulio nella fase iniziale poneva molto l'attenzione sugli atteggiamenti del terapeuta, espressioni del volto, silenzi, al fine di valutare se potesse o meno meritare la sua fiducia. Nella seconda fase relazionale, che ha contribuito allo sviluppo di un'alleanza terapeutica (Monticelli, 2017) ci si è focalizzati sulla motivazione ad aderire a regole e *setting* per creare un contesto interpersonale adeguato alla tecnica e questo è stato possibile grazie al riconoscimento dello schema interpersonale e alla successiva elicitazione dello stesso (analisi, condivisione e distanziamento critico). Si è quindi lentamente creata un'esperienza interpersonale correttiva che ha favorito la conoscenza di sé, facilitando lo spazio della seduta come "base sicura". Una volta superate le difficoltà iniziali sopra descritte, Giulio ha percepito il terapeuta come una fonte autorevole d'informazione su di sé.

*Obiettivo 1*. Dopo un periodo in cui la partecipazione alle sedute non è stata regolare, è capitato che i genitori non potessero accompagnarlo ogni settimana, si è quindi valutato con Giulio l'ipotesi di poter prendere un autobus e attraverso l'immaginazione si è familiarizzato con la possibilità di poterlo fare. Affrontando questo tema abbiamo compreso che tali sue modalità di evitamento sono resistenze al cambiamento che impediscono a Giulio di ottenere dei risultati, ciò lo ha responsabilizzato sull'esito di questo percorso. Sono state dedicate alcune sedute per affrontare i costi di non fare il percorso, per visualizzare concretamente l'esito se non si fosse affrontata la sintomatologia, attraverso strumenti come gli ABC di Ellis (De Silvestri, 1981; Ellis, 1962), costi e benefici, probabilità; parallelamente, favorendo in lui la consapevolezza di avere un problema, ci si è occupati di definirlo, schematizzarlo e identificarne il funzionamento. La ricostruzione del funzionamento attraverso l'analisi dettagliata dei costi del non trattamento (secondari, limitazione della quotidianità, attività che potrebbe e vorrebbe fare) ha richiesto tempo ed è stato un processo molto lento per le resistenze che il ragazzo mostra a parlare di sé. Giulio ha così iniziato a comprendere meglio cosa gli accade e per quali motivi, le credenze (Castelfranchi et al.2002) che orientano il suo funzionamento, ma soprattutto a non considerare immutabile il suo stato.

*Step* successivo: incrementare la motivazione al trattamento. Con la modifica del *coping* di lettura della sua sintomatologia e la riduzione del diritto implicito di dover essere risarcito, è stato possibile far notare al ragazzo che è lui stesso agente del suo malessere, ma è sempre lui ad essere artefice del suo futuro (riducendo la previa rinuncia, l'impossibilità del cambiamento se non per mezzo di altri). Ciò è stato ottenuto attraverso l'impiego del dialogo socratico, accettazione, *laddering* (Salkovskis, et al. 1995; Salkovskis, Westbrook, 1987), restituzione del suo funzionamento e ragionamento condiviso. La condivisione del modello di funzionamento gli ha permesso di considerare la propria situazione come più coerente e conseguente alla presenza di credenze ma soprattutto strategie non solo non efficaci, ma anche controproducenti e che possono essere modificate. La validazione dello stato emotivo, la normalizzazione a fronte del suo funzionamento e la psicoeducazione hanno favorito, insieme al resto delle tecniche,

l'aderenza, l'investimento, la motivazione al trattamento, la consapevolezza del problema da parte di Giulio e soprattutto la creazione di un'alleanza terapeutica basata su fiducia, collaborazione e agentività.

*Obiettivo 2*. Una volta rinforzata l'alleanza terapeutica, modificato lo stile di *coping* protettivo e reso Giulio un po' più agente rispetto al suo presente/futuro, è stato possibile iniziare a evidenziare la sovrastima della probabilità di essere giudicato e la gravità dell'evento temuto attraverso la rassicurazione e la validazione della sua sofferenza (modifica della credenza negativa che "non si può cambiare mai", a "posso provare a farlo") con ristrutturazione cognitiva sull'attribuzione del valore personale, decatastrofizzazione e in parte l'esposizione. Si è messa in discussione l'idea di essere pigro come strategia di protezione al fallimento e l'essere terrorizzato di essere umiliato, focalizzandoci sul valore personale. Dopo di che, attraverso la tecnica dell'accettazione, ha iniziato a mettere in conto la possibilità che una brutta figura possa accadere, che evitando siamo perdenti in partenza, tentare ci mette di fronte ad un 50% di probabilità che avvenga o che non avvenga, ma a fronte della descrizione che aveva inizialmente fatto dei costi del non provare a cambiare, risulta adesso per lui più accettabile. Si è poi concordato di riformulare il secondo obiettivo in "identificare insieme quali potrebbero essere azioni da mettere in atto per ridurre gli evitamenti" e favorire il suo impegno al cambiamento. Aspetto che, coerentemente a quanto concordato nel secondo obiettivo, ha permesso di intervenire gradualmente sulla riduzione degli evitamenti. Giulio alla luce di queste sedute appare molto più orientato al futuro, inizia a pensare a cosa vorrebbe fare da grande, inizia a ragionare su come può rendersi un po' più autonomo. Visto il grande passo che mostra, si è reputato di poter mettere momentaneamente in *standby* il protocollo e provare, dato che per la prima volta si propone lui di fare qualcosa. Focalizzarci su questo suo desiderio è stato utile per rinforzare la sua voglia di mettersi in gioco (ridurre lo stato di punizione, isolamento, nel quale è stato per anni) e per avere anche la possibilità di fare gli esercizi comportamentali sull'ansia. Manifesta il desiderio di diplomarsi, perché fare un "lavoraccio" (intende quei lavori che possono fare le persone con un livello di studio basso) non è da lui. Iniziamo a valutare tutte le possibilità, le scuole, gli indirizzi di studio, gli orari, gli spostamenti; la madre in questa valutazione è stata molto di supporto al figlio, incoraggiandolo e non screditandolo come in passato è avvenuto di fronte ai tentativi del figlio di cambiare (aspetto positivo in quanto il ragazzo inizia a sentire, almeno da parte della madre, di essere compreso e in un certo senso protetto e sostenuto). Sono stati affrontati nuovamente i costi e i benefici di riprendere la scuola a lungo termine e le difficoltà che avrebbe dovuto affrontare a breve termine (interfacciarsi con persone, il rischio di una brutta figura). Con la logica della probabilità che possa andare bene o male, il ragazzo ora è disposto a correre il rischio per un obiettivo più importante: il diploma! Ha iniziato, quindi, una scuola serale dell'alberghiero, senza fare assenze, e il corso per prendere il patentino del motorino per poterci andare autonomamente. Per quanto riguarda la scuola, la madre su nostro consiglio ha portato una relazione con descrizione del ragazzo, permettendogli al momento di fare compiti

scritti al posto delle interrogazioni, questo ha incrementato in lui l'idea di sé come agente, riducendo la credenza di fallito e di persona incapace di portare a termine le cose, riducendo parallelamente i secondari di tristezza e colpa.

*Obiettivo 3*. Sarebbe stato importante proseguire con la preparazione all'esposizione a situazioni sociali, per affrontare le interrogazioni, e aumentare le *social skills* e procedere al terzo obiettivo, purtroppo per questioni logistiche e organizzative si è dovuto sospendere il percorso terapeutico momentaneamente.

Inoltre, nel corso delle sedute Giulio ha mostrato resistenza e attivato stati emotivi di paura e conseguente bisogno di non pensare alle esperienze passate di umiliazione, soprattutto da parte del padre, pertanto sarebbe utile affrontare gli episodi traumatici, come ad esempio lo sguardo sprezzante del padre quando era bambino, con tecniche come l'i*magery* e valutare l'eventuale necessità di svolgere tecniche EMDR per intervenire sulla vulnerabilità e sulle memorie traumatiche legate agli atti di bullismo subiti.

**Valutazione di esito**

Il percorso con Giulio si è interrotto per la fine del mio percorso di Tirocinio presso la struttura Asl. I servizi hanno proposto al ragazzo e alla famiglia di proseguire con la Psicologa del UFSMIA, ma hanno rifiutato in quanto il ragazzo preferisce continuare la terapia con il terapeuta con il quale ha iniziato tale percorso. In quest'occasione i genitori si sono mostrati comprensivi e disponibili ad aspettare di riprendere in altra sede.

Giulio ad oggi è riuscito a comprendere il suo funzionamento e i motivi per cui certe emozioni e credenze non si modificavano, questo gli ha permesso di ridurre la tristezza innescata dal senso di fallimento, poiché adesso comprende che il suo non riuscire a cambiare fosse solo legato a credenze disfunzionali. Le situazioni relazionali che lo portano a vivere la forte ansia di essere umiliato ad oggi iniziano a ridursi, si permette di sperimentarsi in molte più occasioni di prima (va a scuola, andrà 3 giorni da un amico fuori città ecc.). L'ansia comunque permane, ma ad un livello tale che non gli impedisce di impegnarsi per il suo futuro. Il ragazzo riesce a riconoscersi i piccoli obiettivi raggiunti, il tono dell'umore generale è leggermente risalito; per quanto riguarda il senso di colpa relativo alla situazione familiare, Giulio inizia a comprendere che non è stato solo lui l'artefice della fine del matrimonio dei genitori, riducendo in parte tale emozione.

**Conclusioni**

Un caso complesso, tante diagnosi ricevute, nessun trattamento efficace, e anni passati in solitudine a crearsi uno scudo protettivo verso un mondo a lui ostile, hanno reso questo intervento un lavoro stimolante in termini formativi, relazionali e umani. Una sfida che paziente e terapeuta hanno cercato di superare, attaccando un pezzetto alla volta le difese disfunzionali e costruendo un nuovo equilibrio. Una famiglia

complicata, che non ha voluto affrontare per un periodo utile un percorso parallelo, ostacolando spesso i progressi del ragazzo. Attraverso la costanza, la pazienza e il rispetto dei tempi del ragazzo il terapeuta ha potuto concettualizzare il caso, organizzarlo come descritto, e intervenire andando al di là dei protocolli standard utilizzati per i disturbi depressivi o di ansia, che potrebbero comunque essere applicati dopo la fase iniziale di creazione e superamento del giudizio tra paziente e terapeuta.

## Bibliografia


Bower G.H. (1981). *Mood and memory*. *American Psychologist*, 36, 129-148.

Castelfranchi C., Miceli M. (2002), Architettura della mente: scopi, conoscenze e la loro dinamica. In Castelfranchi C., Mancini F., Miceli M. (eds). *Fondamenti di cognitivismo clinico,* Torino: Bollati Boringhieri, pp. 45-62.

De Silvestri, C (1981), *I fondamenti teorici e clinici della terapia razionale emotiva.* Astrolabio, Roma.

Ellis, A. (1962), *Reason and Emotion in Psychotherapy.* Lyle Stuart, New York.

Liotti G. Monticelli F. (2014). ***Teoria e Clinica dell'Alleanza Terapeutica – Una prospettiva cognitivo-evoluzionista.*** Raffaello Cortina Editore.

Monticelli F. (2017). *L'alleanza terapeutica e la teoria evoluzionista della motivazione.* In Liotti G., Fassone G., Monticelli F. (eds). *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali.* Milano: Raffaello Cortina.

Salkovskis, P. M., & Westbrook, D. (1987). *Obsessive-compulsive disorder: Clinical strategies for improving behavioural treatments.* In H. Dent (Ed.), *Clinical psychology: Research and developments* (p. 200–213). Croom Helm.

Salkovskis, P. M., Richards, H. C., & Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*(3), 281–299.



*Sara Gendrini, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Grosseto, e-mail: sara.gendrini@gmail.com*

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it*



Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

psicoterapeuti in-formazione

2020, NUMERO 25 – NUMERO MONOGRAFICO ETÀ EVOLUTIVA

# Marco: quando fobia sociale e famiglia ostacolano l'adolescenza

Francesca Bianconi[1]

[1]Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Ancona

***Riassunto***

Il lavoro che segue tratta il caso di Marco un adolescente di 14 anni che presenta una diagnosi di Fobia Sociale e dinamiche familiari che non favoriscono né il trattamento né la quotidianità del ragazzo stesso. Marco mostra un grandissimo desiderio di non essere giudicato negativamente da chi lo circonda e di conseguenza di vivere la sua quotidianità sentendosi accettato e con meno sintomi somatici ed ansiosi. Lo schema di funzionamento del disturbo di Marco è costantemente rinforzato dai cicli interpersonali disfunzionali che si attivano in famiglia, dagli evitamenti e da un'iperfocalizzazione sui propri stati interni che lo portano a confermare il fatto di essere uno "sfigato". Proprio grazie all'identificazione dello schema di funzionamento del disturbo è stato possibile individuare obiettivi, strategie e tecniche. Abbiamo iniziato con una psicoeducazione seguita dai vari step del trattamento cognitivo di Wells affiancati da elementi propri del training per l'assertività. Nella valutazione d'esito si darà molta importanza al ruolo dei genitori sia nella tutela dello "spazio" terapeutico di Marco che nel modo in cui la terapia si è conclusa.

***Parole chiave:*** Fobia Sociale, Evitamento, Trattamento cognitivo di Wells, Assertività, Cicli interpersonali, Famiglia, Adolescenza

## Marco: when social phobia and family hinder the adolescence

***Abstract***

This work focuses on the case of Marco, a 14-year-old teenager, with Social Phobia diagnosis and family dynamics that do not favor neither the treatment nor the daily life of the boy. Marco shows a huge desire of not to be judged negatively by the others and consequently to live his every day life feeling accepted and with less somatic and anxious symptoms. The functioning scheme of Marco's disorder is constantly reinforced by the dysfunctional interpersonal cycles that are activated by the family, the avoidances and an hyper focus on his own internal states, leading him to confirm that he is a " loser". Through to the identification of his disorder's functioning scheme, it was possible to set the goals as well as strategies and techniques. We started with a psychoeducation followed by the several steps of Wells' cognitive treatment supplemented by elements taken from the training for assertiveness. In the outcome's evaluation, particular importance will be given to the role of parents both in protecting Marco's "therapeutic space" and on the way the therapy ended.

***Key words:*** Social phobia, avoidance, Wells' cognitive treatment, Assertiveness, Interpersonal cycles, Family, Adolescence

Francesca Bianconi, Marco: quando fobia sociale e famiglia ostacolano l'adolescenza, *Numero 25 – Numero Monografico Età Evolutiva, 2020, pp. 168-178.*
Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193
pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.itt

**Presentazione del caso**

Marco è un ragazzino di 14 anni che frequenta il 1° anno del Liceo Scientifico. Vive insieme ai genitori (entrambi liberi professionisti), un fratello di 16 e una sorellina di 3 anni. I genitori (che incontro per un primo colloquio senza il figlio) si rivolgono a me preoccupati dall'atteggiamento del ragazzo che viene descritto come ansioso, irascibile e caratterizzato da episodi di dolori gastrointestinali in concomitanza all'allontanamento da casa (scuola, cene fuori, passeggiate con amici e parenti). Il padre si pone come figura prevaricante e invadente rispetto alla madre, al setting e alla relazione con me. Interrompe, svaluta quanto viene detto e porta continuamente l'attenzione su se stesso. La madre, invece, si mostra inizialmente molto agitata e rimanda l'immagine di una donna che attraverso le sue azioni e affermazioni, passivo-aggressive, tenta di controllare sia l'ambiente familiare che il setting stesso.

Marco si presenta, invece, come un ragazzo curato, che segue la moda del momento. Apparentemente molto sicuro di sé (soprattutto attraverso la postura che assume e il tono di voce). Appena si siede inizia a raccontarmi del suo "problema" descrivendolo in modo sintetico e affrettato. Sottolinea, con toni sereni e quasi sfrontati, la sua non voglia di studiare e il fatto che lo scorso anno sia stato punito dalla scuola, non andando in gita, a causa della sua cattiva condotta. Questo suo modo di fare viene meno man mano che ci si inoltra nelle tematiche riportate dai genitori, in particolar modo in quelle relative al suo disagio psicofisico che si verifica nel momento in cui deve allontanarsi da casa. Appare, quindi, molto triste e attraverso un tono di voce più basso e una postura seduta più "chiusa" riporta come questo suo disagio gli stia rovinando la vita e come questo gli dispiaccia tantissimo.

**Descrizione del problema**

La problematica riportata da Marco viene descritta a partire da quelli che lui indica come "mal di pancia" e "bisogno di andare al bagno". Il ragazzo riferisce di soffrire di questo disagio dall'inizio della prima media. La condizione da lui descritta si presenta solitamente in concomitanza a situazioni nuove (il primo giorno di scuola), in caso di prestazioni sportive o scolastiche (gara di nuoto, interrogazione) o, in alcuni casi, in situazioni di svago con amici o parenti. A questi dolori si affianca anche una sintomatologia ansiosa che, soprattutto dall'inizio dell'anno scolastico, risulta essere intensa, spesso caratterizzata da ottundimento, aumento della sudorazione e accelerazione del battito ("*Quando sono in classe durante l'ora di latino non riesco a concentrarmi e sento tanto caldo che mi viene da sentirmi male")*. A partire da questo quadro sintomatologico Marco ha iniziato ad uscire meno con amici e familiari per paura di sentirsi male e di non aver un bagno nelle vicinanze. In alcuni casi, inoltre, chiama la mamma per farsi venire a prendere a scuola prima della fine delle lezioni, lamentando di non sentirsi bene e di non farcela a resistere in classe. La problematica di Marco è invece descritta dai genitori a partire dal suo comportamento nei

confronti dello studio rispetto al quale hanno una visione opposta (*"Marco non ha mai avuto voglia di studiare, è come suo padre"; "è vero è come me ma io a 16 anni lavoravo e oggi sono l'uomo che sono grazie alla mia voglia di fare e non di studiare"*). Proseguono poi la descrizione del problema in accordo sul fatto di essere dispiaciuti che il figlio stia diventando ansioso come la madre e che vorrebbero far qualcosa prima di dover raggiungere lo stato ansioso in cui la mamma vive quotidianamente (*"sono anni che convivo con l'ansia, ormai io non posso farci nulla ma non voglio che lui si riduca come me"*).

A seguito della somministrazione della Child Behavior CheckList (CBCL, Achenbach & Rescorla, 2001; Versione italiana a cura di Frigerio, 2001) e delle Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA, Cianchetti C. et al., 2001) è emerso un profilo caratterizzato da punteggi elevati per quanto riguarda l'ansia, in particolare l'ansia sociale. È presente anche un punteggio significativo per insicurezza e senso di colpa individuabili nel rapporto tra rendimento scolastico e famiglia (Marco sostiene di non essere interessato al suo rendimento scolastico ma ogni volta che prende un buon voto lo sottolinea immediatamente ai genitori e a me in seduta. I genitori hanno la tendenza a rinforzare la sua credenza di incapacità a livello scolastico). Si rilevano anche punteggi elevati per quanto riguarda la socialità.

Tre anni fa il ragazzo è stato sottoposto ad una valutazione neuropsicologica con lo scopo di verificare la presenza o meno di difficoltà emotive e scolastiche. Da questa valutazione è emerso che Marco mostra delle buone capacità nelle funzioni esecutive e nella memoria sia a breve che a lungo termine con materiale verbale. Sono emerse, inoltre, una bassa autostima, ansia e senso di colpa riversato sul suo aspetto esteriore e una difficoltà nella gestione dell'alimentazione come riferito anche dai genitori (attualmente sostiene di piacersi come è e di non aver problemi di gestione del cibo, elementi confermati anche dai genitori). Non sono emerse difficoltà negli apprendimenti, da un punto di vista ortografico, di competenze di calcolo e del sistema del numero. È presente solamente una disgrafia di grado lieve.

Considerando le precedenti valutazioni, le condizioni mediche generali nella norma e le informazioni ottenute tramite i colloqui clinici, la problematica riportata da Marco soddisfa i criteri per una diagnosi di Disturbo d'Ansia Sociale (Fobia Sociale) secondo il DSM-5 (APA, 2013).

È presente, inoltre, una marcata ansia anticipatoria rispetto alle varie situazioni di vita che deve affrontare. Ansia che aumenta man mano che ci si avvicina alla situazione temuta e che lo spinge ad attuare "evitamenti" a scopo protettivo. Gli "evitamenti" sono il non uscire di casa, il non fare i compiti, il farsi venire a prendere a scuola, tornare a casa in anticipo quando esce con gli amici e nelle ultime settimane il rifiuto di andare a scuola. In merito a questo episodio la madre ha deciso di portarlo da uno psichiatra (comunicandomelo solamente in un secondo momento) che gli ha prescritto una benzodeazepina (delorazepam) ed escitalopram. Farmacoterapia sospesa in un secondo momento, in accordo col medico, poiché gli effetti del farmaco erano troppo forti (sonnolenza e rallentamento psicomotorio).

**Profilo interno del disturbo**

Nonostante Marco si mostri, soprattutto durante i primi incontri, spavaldo e sicuro di sé, emerge gradualmente un'insicurezza che si riflette nell'anti-scopo del non voler essere giudicato male e del non voler vivere così male alcune situazioni di vita quotidiana. Lo scopo di Marco è, inoltre, quello di essere accettato dagli altri, sentendosi quindi all'altezza nei vari ambiti di vita.

Tutto ciò l'ha portato nel tempo a strutturare dei pensieri e comportamenti che confermano e supportano quanto detto (Figura 1).

| A | B | C |
|---|---|---|
| In giro con gli amici sento un leggero fastidio alla pancia e mi rendo conto che intorno non ci sono bagni accessibili. | "Oddio e ora? Se dovessi andare al bagno? Me la farò sicuro addosso" | Ansia, Vergogna (metavergogna), Aumento sintomi somatici (mal di pancia) |
| $A^1$ | $B^1$ | $C^1$ |
| Ansia, Vergogna (metavergogna), Aumento sintomi somatici (mal di pancia) | "Devo andare al bagno e l'unica soluzione è tornare a casa" | Chiamo i miei che mi vengono a prendere, mi tranquillizzo (sono al sicuro) ma sono triste perché non mi sono goduto la serata. |

| A | B | C |
|---|---|---|
| Il padre gli chiede di dimostrargli che le cose le sa fare chiedendogli di risolvere un calcolo matematico (divisione). | "Non so farla! Per me questa cosa è troppo difficile e poi non mi piace studiare" | Ansia, Rabbia, Vergogna. |
| $A^1$ | $B^1$ | $C^1$ |
| Ansia, Rabbia, Vergogna. | Ecco vedi non so farlo, non sono capace! Ve l'avevo detto" | Rabbia e tristezza. |

*Figura 1: esemplificazione di alcuni ABC di Marco*

**Fattori e processi di mantenimento**

Secondo Marco molte delle cose che gli vengono in mente di fare, soprattutto relative alla scuola, allo sport e all'andare in giro con gli amici, saranno sicuramente fonte di derisione e successivamente diventeranno voci che circoleranno e lo metteranno in cattiva luce (vergogna e metavergogna). Di conseguenza il ragazzo sta iniziando ad evitare tutte le situazioni in cui questo può accadere.

Per ciò che riguarda i sintomi somatici il meccanismo di mantenimento si innesca nel momento in cui l'attenzione selettiva di Marco lo porta a confermare/immaginare la mancanza di bagni intorno a lui; da qui il mal di pancia che aumenta proporzionalmente all'ansia. Entrambi perdono di intensità nel momento in cui vengono attuati comportamenti di evitamento che gli danno però una tranquillità momentanea la quale scompare alla prima situazione che lo agita e lo fa sentire "in pericolo".

Con il passare del tempo Marco tende sempre più a rinunciare alla vita sociale con i coetanei. A scuola, a volte, fa fatica a rimanere in classe senza la presenza di sintomi fisici e una forte ansia che lo distrae da tutto ciò che lo circonda e lo porta a confermare che la scuola o le relazioni sociali non sono "una cosa che fa per lui". Questo gli conferma anche che non è all'altezza (Affect as information; Perdighe C. & Mancini F., 2010)

Nell'ultimo periodo ha richiesto, spesso, alla mamma di venirlo a prendere prima della fine delle lezioni o all'uscita di scuola (Marco per tornare a casa deve prendere un autobus per un tragitto di circa 40 minuti) soprattutto nei giorni in cui ha palestra e latino. Le figure genitoriali non assecondano spesso le richieste di Marco e riferiscono di supportarlo non sempre adeguatamente nei suoi momenti d'ansia (Lo sgridano, gli dicono che non l'aiuteranno, che lo lasceranno star male, che se continua così non verrà più in seduta…).

Infine, è importante sottolineare come i genitori vadano a confermare un'immagine di Marco come ragazzo senza voglia di studiare come il padre e ansioso come la madre, che se continua a mantenere questi comportamenti farà la loro fine senza mai essere bravo come suo fratello maggiore (descritto da tutta la famiglia come riservato e molto diligente). Questa è la risposta che il ragazzo riceve ogni volta che cerca rassicurazioni creando così un ciclo interpersonale disfunzionale.

Evitamenti, un'iperfocalizzazione sui propri stati interni, la forte metavergogna provata e il ciclo interpersonale che si attiva soprattutto nella relazione con i genitori, vanno a mantenere le credenze alla base del disturbo di Marco (*"Reagisco in modo sbagliato quando sono con i miei amici e quindi sono sbagliato, un ragazzo della mia età si diverte con gli amici. Evitarli mi rasserena un po' ma poi sono triste"*), facendo sì che il suo schema di funzionamento del disturbo sia sempre più rinforzato e ben strutturato.

La figura 2 riporta lo schema di funzionamento del disturbo di Marco secondo il modello di Clark e Wells (1995).

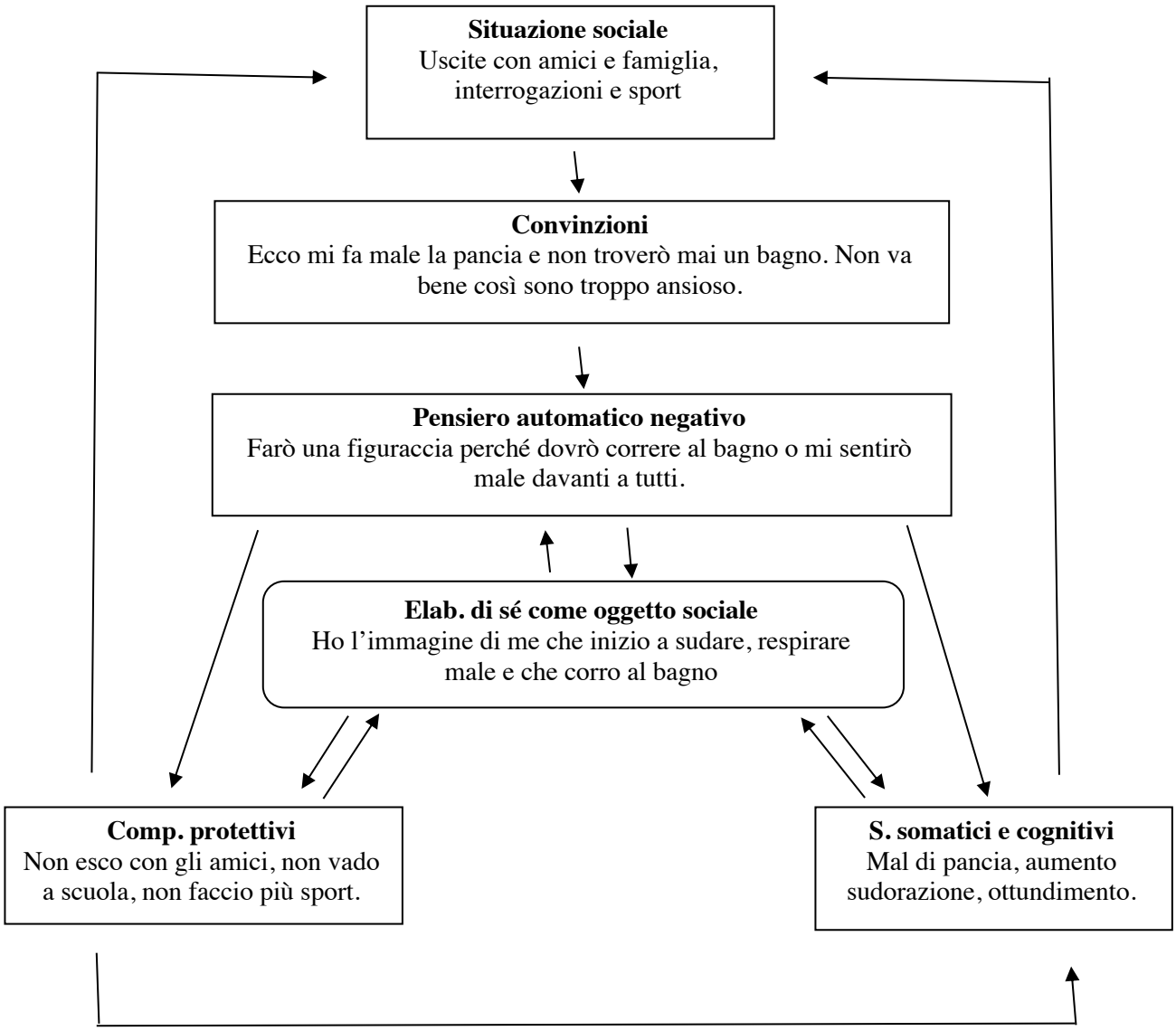



*Figura 2: schema di funzionamento del disturbo di Marco secondo il modello di Clark e Wells*

**Scompenso**

Marco identifica l'esordio dei suoi sintomi, soprattutto quelli somatici, in concomitanza con l'inizio delle scuole medie in cui si è trovato "catapultato" in un ambiente classe ostile e a lui sconosciuto (durante le elementari in classe erano solo due maschi, lui e un altro bambino con il quale era molto amico ma che poi, alle medie, è stato riassegnato ad un'altra sezione). Si è trovato a confrontarsi con compagni di classe molto critici e da lì la sua "paura" di fare figuracce si è poi estesa lentamente anche ad altri ambiti di vita.

**Vulnerabilità**

*Vulnerabilità storica*: Marco si è trovato fin da bambino a confrontarsi con il fratello maggiore da tutti ritenuto calmo e studioso. Al contrario, Marco è sempre stato descritto dai genitori come ribelle e non interessato allo studio. Egli stesso riconosce una netta contrapposizione tra la sua persona e quella del fratello sottolineando che, proprio per queste loro caratteristiche, lui si è sentito sempre la pecora nera della famiglia. Gli è sempre dispiaciuto che a causa di queste differenze non ci sia stato mai un rapporto "profondo" ma piuttosto caratterizzato da critiche da parte sia del fratello che dei familiari. Inoltre, il passaggio non positivo dal contesto della scuola primaria a quello della secondaria non gli è stato d'aiuto.

*Vulnerabilità attuale*: le dinamiche familiari sopra riportate sono ancora attuali ma Marco sembra aver trasferito la sua insicurezza anche in altri ambienti soprattutto quelli in cui è richiesta una prestazione specifica. Nonostante i genitori riportino di non fare differenze tra i figli, gli stessi hanno la tendenza a criticarli indirettamente (es. Mamma a Marco *"tua sorella piccola è la peggio di tutti con il suo caratterino"*). La madre tende a dare regole troppo rigide all'intera famiglia creando così tensione e disorganizzazione ("*tutti i cellulari, una volta a casa, devono essere ignorati e lasciati in altre stanze"*). Marco non riesce ad attenersi alle regole che gli vengono impartite dalla famiglia e sembra sempre più in difficoltà a seguire anche quelle che provengono dagli ambienti extrafamiliari (scuola e terapia), sentendosi sempre più sbagliato.

**Trattamento psicoterapeutico**

*Contratto e scopi del trattamento, razionale, strategie e tecniche*

| **Obiettivi di Contratto** | **Obiettivi Terapeutici** | **Razionale e Strategie** | **Tecniche** |
|---|---|---|---|
| Riduzione dell'ansia sociale e delle manifestazioni ad essa correlate. | Aumentare la conoscenza delle emozioni e del funzionamento dell'ansia.<br><br>Aumentare la consapevolezza rispetto a credenze disfunzionali e meccanismi di mantenimento | La psicoeducazione ha come obiettivo quello di far conoscere a Marco le emozioni in maniere dettagliata, di capire meglio lo schema di funzionamento del disturbo e i meccanismi che lo costituiscono. Gli Abc sono stati utilizzati soprattutto per incrementare la consapevolezza rispetto ai fattori e ai processi di mantenimento. Le tecniche di Esposizione hanno permesso di entrare in contatto con le situazioni temute, imparando | • Psicoeducazione<br>• Costruzione schema di funzionamento del disturbo<br>• Abc<br>• 1° e 2° step del trattamento cognitivo di Wells |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Imparare a "stare nel" vissuto ansioso modificando le credenze su di sé. | gradualmente a contattare le emozioni scaturite da uno specifico stimolo e riducendo i comportamenti protettivi. Il trattamento cognitivo di Wells infine è utile per comprendere il funzionamento del disturbo, modificando la percezione di sé, i meccanismi di mantenimento e i comportamenti disfunzionali che ostacolano l'individuo. | • 3° e 4° step del trattamento cognitivo di Wells |
| Imparare a comunicare in modo più assertivo. | Favorire una comunicazione assertiva e dirigersi verso un'immagine di sé positiva. | Il training assertivo è utile a migliorare la comunicazione rispettando i propri bisogni e quelli degli altri.<br>Un'adeguata comunicazione favorisce una risposta emotiva più adeguata e competenze relazionali migliori. | • 5° step del trattamento cognitivo di Wells<br>• Training assertività |

*Figura 3: tabella riassuntiva di obiettivi e delle tecniche utilizzate*

**Descrizione della terapia**

A seguito dei primi incontri conoscitivi (uno con i soli genitori e 4 con Marco) abbiamo iniziato una psicoeducazione volta al riconoscimento delle emozioni, in particolare quelle connesse alla fobia sociale. Questo ci ha permesso, in un secondo momento, di strutturare uno schema di funzionamento del disturbo secondo il modello di Clark e Wells.

Una volta individuato lo schema di funzionamento è stato possibile lavorare sul significato e sul ruolo che hanno i comportamenti protettivi, la percezione di sé, i sintomi e le prestazioni stesse (1. introduzione e discussione del modello cognitivo e ABC). Questo ci ha permesso di mettere in evidenza e prendere maggiore consapevolezza dei meccanismi di mantenimento che rinforzano sempre di più la volontà di Marco di non affrontare le situazioni sociali temute. Il secondo step è stato quello di fare un'attenta auto-osservazione con lo scopo di analizzare e modificare la percezione che Marco ha di sé in determinati contesti (2. modificazione del contenuto della percezione di sé). Con il ragazzo abbiamo scelto una situazione temuta alla quale si sarebbe dovuto esporre ovvero lo stare in classe durante la lezione di latino in cui non sarebbe stato interrogato ma probabilmente "interpellato" su alcune coniugazioni verbali. Non potendo videoregistrare o audioregistrare, ho chiesto a Marco di contattarmi prima dell'esposizione riferendomi cosa immaginava sarebbe successo e valutando i sintomi che avrebbe avuto su una scala da 0

a 10. Una volta terminata la lezione, il ragazzo mi ha nuovamente contattata per riferirmi quanto i sintomi esperiti fossero inquadrabili con gli stessi punteggi dati prima dell'esposizione. Il risultato è stato che il punteggio dato da Marco prima dell'esposizione era più alto rispetto a quello dato dopo aver seguito la lezione. Ho chiesto al ragazzo di eseguire più volte questo esercizio fino a che Marco ha ridefinito un'immagine di sé con tratti meno catastrofici e imbarazzanti (*"inizio a sudare perché in classe è molto caldo e se mi fa una domanda rispetto ad un verbo che ho studiato poco ci sta che mi agiti"*). Una volta lavorato sulla percezione di sé siamo passati ad uno degli step più complessi del percorso ovvero il lavoro sui pensieri automatici negativi connessi sia a sé stesso che alle situazioni sociali fonte di giudizio (3. riattribuzione verbale). Utilizzando una tabella sono state messe in discussione le prove a sostegno delle credenze (prove esterne vs prove interne vs controprove esterne) e soprattutto ci siamo focalizzati sui bias di pensiero e nello specifico sull' attenzione focalizzata rispetto a specifici segnali ambientali *("anche se sono nel centro della città non troverò mai un bagno"* oppure *" in classe fa troppo caldo e questo significa che comincerò a sudare, mi agiterò e mi verrà mal di pancia*") e sulla proiezione del giudizio verso di sé all'esterno (*"sono uno sfigato, è ovvio che andare in bagno di corsa confermerà questa cosa anche ai miei amici")*. Per ridurre i comportamenti protettivi ho deciso di proporre a Marco di approfondire la pratica dell'esposizione (4. esperimenti comportamentali) lavorando, dunque, sulla riduzione della focalizzazione su di sé e sullo "stare" nel vissuto ansioso in specifiche situazioni. È stato chiesto al ragazzo di provare ad esporsi gradualmente alle situazioni temute (abbiamo creato insieme una gerarchia delle situazioni sociali temute) cercando di focalizzare la sua attenzione e memorizzando elementi specifici dell'ambiente o di persone che si sarebbero trovate con lui. In questo modo, Marco ha acquistato più sicurezza e consapevolezza del fatto che ponendo meno attenzione su sé stesso, gli effetti temuti tendono a diminuire di intensità e frequenza.

L'ultimo step, al quale ho integrato un training per l'assertività (Baggio F., 2013) ha avuto come obiettivo quello di mettere in discussione e modificare le convinzioni condizionate (*"se continuo a comportarmi così allora sono una sfigato*"), le regole rigide e le credenze negative connesse a sé stesso (ultima fase del protocollo di Wells).

Per ciò che riguarda le convinzioni condizionate siamo partiti dall'affermazione di Marco *"sono uno sfigato, è ovvio che andare al bagno di corsa confermerà questa cosa anche ai miei amici",* abbiamo definito bene che significato avesse per lui il correre al bagno e soprattutto perché questo confermerebbe agli amici di essere sfigato. Da qui abbiamo pensato ad un modo per ottenere delle controprove e siamo giunti alla conclusione che proseguire con le esposizioni avrebbe potuto aiutarlo (la prima prova affrontata in questa fase da Marco è stata andare a teatro con la famiglia). Marco ha provato ad entrare in teatro ma non ce l'ha fatta; la cosa che però l'ha aiutato è stata che dopo essere andato al bagno chi pensava potesse prenderlo in giro o giudicarlo non lo ha fatto mostrando invece interesse per lo stato di salute del ragazzo.

Questo ha fatto sì che Marco utilizzasse questo tipo di ragionamento anche in altre situazioni che lo mettevano a disagio ottenendo buoni risultati ma soprattutto affrontando i suoi limiti e le sue paure, portando ad una modificazione delle regole rigide che l'avevano socialmente limitato. Come già detto abbiamo considerato anche l'assertività di Marco, valutando situazione per situazione quale sarebbe stato il comportamento più idoneo per farlo sentire a suo agio ed individuando quali, secondo lui, fossero le caratteristiche che rendono "sfigata" e inadeguata una persona, cercando poi di trovare prove concrete nella quotidianità e negli esercizi spiegati in precedenza. Questo gli ha permesso di avere meno convinzioni negative su di sé e di affrontare la quotidianità in modo più funzionale e sereno raggiungendo in modo collaborativo gli obiettivi definiti a inizio percorso.

Per quanto riguarda la partecipazione della famiglia, è stato chiesto di collaborare alla terapia di Marco in due modi: partecipando a degli incontri mensili per fare il punto della situazione e accogliendo i traguardi e le difficoltà del figlio cercando di limitare il più possibile le pressioni per farlo studiare ed uscire per forza di casa.

**Valutazione di esito**

Nel corso degli incontri sono stati affrontati, gradualmente, tutti gli step proposti da Wells. Inizialmente Marco mostrava resistenza nel fare gli homework poiché li vedeva alla stessa stregua dei compiti scolastici ma soprattutto come un rischio in più di sbagliare ed essere giudicato. Una volta superato questo "blocco" iniziale, il ragazzo ha affrontato il percorso in modo collaborativo e proficuo (è riuscito a stare a scuola più serenamente, ad andare a teatro e ad uscire prima con il suo migliore amico e poi anche con tutto il gruppo di amici). L'ostacolo più grande si è palesato attraverso il comportamento della famiglia (a cui ho consigliato in più occasioni di iniziare un percorso personale o di coppia anche per sostenere al meglio il figlio), soprattutto della madre, che ha cercato costantemente di pilotare la terapia pretendendo che gli obiettivi fissati fossero raggiunti nel più breve tempo possibile e usando la minaccia di non mandare più Marco in seduta con l'idea che potesse fungere da innesco per accorciare i tempi e per far sì che il figlio si impegnasse di più. Nonostante questo non trascurabile ostacolo, Marco è riuscito a tutelare lo spazio creatosi in seduta e a farne tesoro imparando, passo passo, ad affrontare la sua situazione, uscendo di casa e finendo l'anno scolastico in modo adeguato. Marco ha inoltre imparato ad essere più assertivo nei confronti della famiglia manifestando le sue insicurezze senza la paura del giudizio e affrontando più serenamente le loro critiche. Purtroppo, nonostante i passi in avanti del ragazzo, la famiglia ha deciso di porre fine al percorso terapeutico di Marco. Non è stato possibile avere un incontro di confronto con i genitori i quali si sono rifiutati ma in un colloquio telefonico la madre ha specificato che il percorso del figlio era stato interrotto come punizione poiché Marco, più sicuro di sé e meno ansioso, passava troppo tempo fuori casa continuando a dedicare poco tempo allo studio. In questo frangente il

padre, il quale ha mostrato una crescita durante il percorso, non ha avuto "voce in capitolo" e non è intervenuto.

## Bibliografia

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. Burlington, VT: Research Center for Children, Youth, and Families, University of Vermont.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition: DSM-5. American Psychiatric Publishing.

Baggio, F. (2013). Assertività e Treining Assertivo. Teoria e pratica per migliorare le capacità relazionali dei pazienti. Milano, Franco Angeli.

Cianchetti C, Sannio Fascello G. Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA). Milano: Organizzazioni Speciali, 2001.

Clark DM., Wells A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (Eds) Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment. New York: Guilford Press.

Frigerio, A. (2001). Child Behavior Checklist 4-18, Manuale. Bosisio Parini, Italy: IRCCS Eugenio Medea, Editore Ghedini Libraio.

Perdighe, C. & Mancini, F. (2010). Introduzione alla terapia cognitiva. In Perdighe, C. & Mancini, F., Elementi di Psicoterapia Cognitiva, II edizione (pp.13). Roma, Giovanni Fioriti Editore.

*Francesca Bianconi, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Ancona, e-mail: fbianconif@gmail.com*

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

# Il ragazzo che non voleva dormire da solo: il caso di A.

Elena Cirimbilla[1]
[1]Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Roma

***Riassunto***
Viene di seguito presentato il caso clinico di Andrea, un preadolescente con un Disturbo d'ansia da separazione. Il giovane ragazzo presenta difficoltà del sonno legate ai temi dell'incolumità e della sicurezza che rendono necessaria la presenza del genitore al momento dell'addormentamento. Le valutazioni e gli schemi del paziente emersi nel corso del trattamento hanno rivelato un modello familiare di tipo "parental child", modalità che si è posta in alcuni momenti come ostacolo alla terapia. A seguito di un intervento basato sulle esposizioni e sulla ristrutturazione cognitiva che solo in parte si è rivelato efficace, la capacità di Andrea di esplicitare tale modello si è rivelata decisiva, fornendo la chiave per lo svincolo dalla figura materna.
***Parole chiave:*** Disturbo d'ansia da separazione, Difficoltà del sonno, Parental child, CBT

## The boy who didn't want to sleep alone: the case of A.

***Abstract***
Herewith I present the clinical case of Andrea, a preadolescent affected by separation anxiety disorder. The young boy presents sleep difficulties related to safety and security issues, which require the presence of one of his parents while falling asleep. Evaluations and schemas emerged from the patient's treatment have revealed a "parental child" family model, which has at times represented an obstacle to the therapy. After an intervention based on exposure and cognitive restructuring, only partially effective though, Andrea's ability to make this model explicit was crucial, providing the key to separate himself from his mother.
**Key words:** Separation anxiety disorder, Sleep difficulties, Parental child, CBT

### Presentazione del caso

Andrea è un ragazzo di 12 anni frequentante il secondo anno della scuola secondaria di primo grado. È figlio unico e i genitori si sono separati in un primo momento all'età di un anno e una seconda volta, definitiva, quando Andrea ne aveva otto. Al momento vive solo con la madre. Il padre convive con una donna e i suoi due figli, di cui il secondo coetaneo di Andrea. A. non ha un buon rapporto con la donna in quanto simbolo della separazione definitiva.

Elena Cirimbilla, Il ragazzo che non voleva dormire da solo: il caso di A., *Numero 25 – Numero Monografico Età Evolutiva, 2020, pp. 179-190.*
Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193
pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.itt

Giunge al servizio su richiesta dei genitori rispetto alla paura del figlio di dormire da solo: il padre appare preoccupato e infastidito dal fatto che, quando nel weekend deve dormire a casa sua, Andrea si mostra molto agitato, non vuole rimanere, insiste per rivedere la madre e riesce a tranquillizzarsi solo se le telefona. A casa, inoltre, da quando è avvenuta la separazione il ragazzo dorme nel letto con la madre. Dal punto di vista del padre A. si mostra troppo attaccato alla madre, figura che invece normalizza i bisogni del figlio che viene definito "ancora un bambino".

Vengono concordati tre incontri conoscitivi che esiteranno poi in un percorso terapeutico durato poco più di un anno.

Andrea si presenta come un ragazzo molto educato e disponibile, atletico e fisicamente sano.

Viene spiegato il motivo della consulenza, in particolare rispetto al desiderio dei genitori di vederlo più "sereno". Andrea accetta quindi di proseguire nei colloqui.

**Descrizione del problema**

Il motivo della consulenza riguarda le difficoltà di addormentamento di Andrea in assenza di una figura di riferimento e la difficoltà nel rimanere a dormire dal padre.

Solo dopo alcuni colloqui Andrea si aprirà rispetto al tema, in quanto *"raccontare di dormire a 12 anni con mamma è imbarazzante"* riferendo quindi imbarazzo nel parlare della sua difficoltà. Racconterà che in assenza della madre non riesce a dormire per una *"paura"* che inizialmente non è in grado di definire, ma sa che senza di lei si sentirebbe meno protetto e più *"scoperto"*.

Al momento dell'addormentamento A. manifesta sintomi ansiosi e preoccupazione rispetto al possibile allontanamento della figura che gli è accanto, sintomi che in un primo momento riesce a descrivere solo in termini di attivazione somatica, in particolare con un dolore allo stomaco e che confonde inizialmente con la tristezza (*"mi fa male lo stomaco quando penso che non riuscirò a dormire e sono triste"*). Solo successivamente Andrea identificherà le emozioni di ansia e paura nello stare da solo rispetto alla *"paura dei ladri"*.

Durante la notte, se Andrea si dovesse risvegliare avrebbe bisogno di avere qualcuno accanto, motivo per cui in entrambe le case i genitori dormono sempre al suo fianco. Quando si trova dal padre, nonostante dormano nella stessa stanza, Andrea sperimenta un'ansia anticipatoria fin dal pomeriggio, in cui *"so che non riuscirò a dormire"* e al momento dell'addormentamento l'unico modo per abbassare i livelli di ansia è telefonare alla madre per cercare rassicurazione.

Andrea comunicherà di sentirsi *"insoddisfatto quando vado a dormire da lui perché mi manca mia madre durante la cena e mentre mi preparo per andare a dormire. Allora le telefono e così mi sento un pochino meglio"*. Non lo preoccupa, infatti, il provare *"dolore allo stomaco"* in quanto sa che dopo la telefonata alla madre il dolore si allevierà. Emergerà in un secondo momento (in occasione della creazione della

gerarchia delle esposizioni) che A. teme di rimanere a casa da solo anche durante il pomeriggio, motivo per cui dopo la scuola passa la giornata dalla nonna paterna.

Andrea comunica il desiderio di modificare il proprio comportamento per essere più autonomo, avere maggiore indipendenza e capacità di stare solo. Infatti, in termini di costi, ciò gli impedisce ad esempio di dormire dagli amici e implica quindi una rinuncia. Specifica che i genitori lo esortano quotidianamente allo svincolo, quasi come fosse una *"richiesta"* e lui sente di *"dover fare qualcosa perché sto crescendo e poi sarà ancora peggio"*, ma ciò lo fa sentire *"bloccato perché non ci riesco"* provocando un'emozione di tristezza. Da qui Andrea esprime la motivazione a intraprendere questo percorso e riferisce di avere la capacità di modificare tale comportamento tirando fuori una maggiore *"forza di volontà"* e che al momento non ci prova in quanto la situazione gli risulta *"comoda ed è meglio se ci stanno mamma e papà"*.

Da ciò che emerge durante il primo colloquio con i genitori e durante gli incontri con lui, Andrea appare funzionare adeguatamente negli altri ambiti: sembra essere perfettamente integrato nel gruppo classe e non avere difficoltà in ambito scolastico né sportivo (gioca a pallanuoto a livello preagonistico).

La sintomatologia di Andrea risulta compatibile con un Disturbo d'Ansia da Separazione. Per quanto riguarda il criterio A (Paura o ansia eccessiva e inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo che riguarda la separazione da coloro ai quali l'individuo è attaccato), i criteri che sembrano rispettati sono: Persistente ed eccessiva preoccupazione riguardo alla perdita delle figure di attaccamento, o alla possibilità che accada loro qualcosa di dannoso, come malattie, ferite, catastrofi o morte; Persistente ed eccessiva paura di, o riluttanza a, stare da soli o senza le principali figure di attaccamento a casa o in altri ambienti; Persistente riluttanza o rifiuto di dormire fuori casa o di andare a dormire senza avere vicino una delle principali figure di attaccamento; Ripetute lamentele di sintomi fisici (per es., mal di testa, dolori di stomaco, nausea, vomito) quando si verifica o si prevede la separazione dalle principali figure di attaccamento. I criteri B, C e D sembrano essere presenti.

**Profilo interno del disturbo**

Nel corso dei colloqui è stato possibile ricostruire e successivamente condividere il funzionamento di Andrea. È stato dapprima indagato il momento dell'addormentamento in casa propria, per comprendere la natura del timore di Andrea all'idea di dormire senza la madre:

| A | B | C |
|---|---|---|
| Vado a dormire e non ci riesco perché mamma è in bagno | *"Non riuscirò mai a dormire"*<br>*"Domani ho scuola mi devo sbrigare ad addormentarmi"*<br>*"Quanto ci mette mamma?"*<br>*"Starò tutto il tempo a sentire i rumori della casa"*<br>*"Mi sento scoperto, non protetto"*<br>*"Potrebbe esserci qualcuno e farci male"* | Ansia<br>Paura<br>CC<br>Dolore allo stomaco<br>Chiama la madre per farla venire al letto |

Emerge quindi il timore che ci sia qualcuno in casa da cui, Andrea dirà, è necessario proteggersi. Viene chiesto di disegnare la scena che immagina quando racconta di sentire i rumori, dal momento che non riesce a raccontarla a voce. Il disegno, anche in episodi successivi, si rivelerà una buona chiave per comprendere meglio i timori di A.

Il disegno in questione rappresenta lui al letto, la madre in piedi con un coltello e un ladro con un altro coltello. Descrivendo il disegno, Andrea racconta che la madre dopo aver sentito un rumore va a prendere un coltello per difenderli. Viene chiarito il ruolo della figura materna come protettrice ma allo stesso tempo anche il proprio come aiuto alla madre, *"anche io proteggo lei"*.

In prima battuta non risultava chiaro come mai a casa del padre Andrea non si sentisse rassicurato dalla presenza della figura paterna nel letto, come avveniva invece con la madre. Come già descritto in precedenza, infatti, Andrea sperimenta ansia nel momento dell'addormentamento dal padre e si tranquillizza solo dopo aver telefonato alla donna. Oltre a spiegarlo con un *"rapporto poco stretto"* con il padre che quindi non lo fa sentire sufficientemente *"protetto"*, emergerà una seconda visione del bisogno di contatto con la madre.

Di seguito è riportato un ABC che chiarisce il ruolo della telefonata:

| A | B | C |
|---|---|---|
| Andare al letto quando sono a casa di papà | *"Qualcuno potrebbe entrare in casa questa notte"*<br>*"Ci sono i rumori"*<br>↓<br>*"Potremmo essere in pericolo sia mamma sia papà che io"* | Ansia<br>Paura<br><br>CC<br>Dolore allo stomaco |
| C=A' | B' | C' |
| | *"Mi manca mamma"*<br>↓<br>*"Ho paura che accada qualcosa di brutto a lei, potrebbero arrivare i ladri..."* *<br><br>*"Mamma è sola, non ha un compagno e si sente sola"* | Tristezza<br><br>Ansia ++<br>CC'<br>Telefona alla madre (segue diminuzione dell'attivazione)<br><br>Colpa |

*Andrea chiede di poter disegnare la scena in quanto non riesce a descriverla. Nel disegno Andrea raffigura se stesso nella sua camera (dal padre) nel riquadro di sinistra, mentre nel riquadro di destra viene rappresentata la madre con le mani in alto che grida aiuto mentre un ladro le punta una pistola contro.

A. sperimenta un'ansia anticipatoria rispetto all'idea che qualcuno potrebbe entrare in casa e potrebbero essere tutti in pericolo. Tale ansia lo porta al bisogno di essere rassicurato dalla mamma (*"mi manca mamma"*) ma allo stesso tempo lo mette in allarme anche rispetto alla sicurezza della madre che si trova in casa da sola. La telefonata, quindi, oltre a farlo sentire protetto, riesce ad abbassare i livelli di ansia anche perché Andrea può assicurarsi che la madre stia bene. Inoltre, la mancanza della mamma non è vissuta solo come mancanza di protezione verso di lui ma anche, attraverso un'inversione di ruoli, come mancanza di vicinanza e protezione da parte di A. nei confronti della madre, per la quale si sente in colpa.

Per quanto riguarda l'emozione di vergogna riportata nella descrizione del problema, A. si preoccupa di apparire fragile e *"un bambino"* agli occhi dell'altro, motivo per cui inizialmente esita nel comunicare la problematica.

| A | B | C |
|---|---|---|
| Raccontare la difficoltà di addormentamento | *"Dormire a dodici anni con mamma è imbarazzante"* | Vergogna |
| | *"Non lo sa nessuno perché è una cosa da bambini"* | CC<br>Evita di comunicarlo |
| | *"Non sono capace, sono fragile"* | Tristezza |
| | *"Devo fare qualcosa perché sto crescendo e poi sarà peggio"* | |

Come si evince dalla ricostruzione dell'ABC, Andrea oltre alla vergogna prova anche tristezza nel momento in cui si confronta con il *"non essere capace"* a dormire da solo. La tristezza e il senso di fallimento saranno sperimentate anche durante il trattamento nei momenti in cui Andrea non riuscirà nelle esposizioni ("*ci ho provato ma non ci sono riuscito e sono andato da mamma*").

È possibile sintetizzare in questo modo gli scopi e le credenze che regolano il funzionamento di Andrea:

Scopo: Avere vicine le figure di riferimento che lo proteggano da minacce esterne

Credenza: La casa e il mondo non sono luoghi sicuri e io sono troppo debole per fronteggiarli

Scopo: Proteggere la figura materna

Credenza: Mamma è debole e potrebbe essere in pericolo e io devo accertarmi che sia salva.

**Fattori e processi di mantenimento**

- A livello cognitivo un fattore di mantenimento è costituito dall'attenzione selettiva. Andrea, nel momento in cui è solo in casa o quando la sera il genitore è nell'altra stanza, diventa

particolarmente sensibile ai rumori che si percepiscono (*"ogni tanto sento come una biglia che rotola"*) o il rumore prodotto dall'ascensore in funzione. In termini di memoria selettiva invece ricorda continuamente un racconto avvenuto anni prima da parte dei figli di un amico di famiglia circa una rapina subita in casa da ladri armati di coltello.

- A livello relazionale, il principale fattore di mantenimento della difficoltà a dormire da solo è dato dal fatto che le figure di accudimento, dormendo quotidianamente al suo fianco, non permettono ad Andrea di sperimentare il disagio e la possibilità di tollerarlo. Inoltre, quando dorme a casa del padre e sperimenta ansia, A. chiama la madre abbassando l'attivazione data dal timore che accada qualcosa a sé e a lei. In tal modo, i genitori confermano ad Andrea anche il fatto di non essere in grado di fronteggiare "l'ignoto" senza aiuti, essi rinforzano l'idea di fragilità che già sperimenta nel momento in cui prova a dormire da solo senza successo. La mancanza di controllo dell'ambiente, caratteristica del dormire, diventa pericolosa e lui non sarà sufficientemente forte, occorrerà essere insieme per proteggersi dalle minacce provenienti dall'esterno. Il padre viene descritto come molto apprensivo, caratteristica che probabilmente rinforza ulteriormente l'idea del pericolo.

  Emergerà solo successivamente che il fattore di mantenimento più importante è dato dalla madre che, attraverso comunicazioni rispetto alla sua solitudine ("come non vuoi dormire con mamma?"; "troverò un compagno anche io prima o poi") e bisogno di sicurezza (chiedendo a lui di rispondere ai numeri privati che le telefonano mostrandosi preoccupata), non consente ad Andrea di svincolarsi senza senso di colpa e preoccupazione in una modalità di tipo "parental child".

**Scompenso**

Non è stato possibile stabilire con precisione il fattore di scompenso che risulta difficile da indagare data anche la giovane età del paziente. Ciò che è chiaro è che la difficoltà di addormentamento è avvenuta in coincidenza con gli eventi di seguito riportati.

Dalla separazione tra i genitori all'età di otto anni, Andrea ha cominciato a dormire nel letto con la madre nella propria casa e con il padre nella prima casa di lui. In entrambe le case non era presente una stanza per Andrea: dalla madre è predisposto infatti un divano letto e il padre viveva in un monolocale, per cui inizialmente l'addormentamento nel letto genitoriale non era vissuto come un problema. Successivamente il padre si trasferisce nella casa della nuova compagna, dove quindi Andrea ha una propria stanza e inizia a mostrare il bisogno di dormire in presenza del genitore. In seguito la madre ha una storia traumatica di

stalking con un ex compagno (spiegata nel dettaglio nella vulnerabilità), le difficoltà si intensificano e divengono motivo di preoccupazione da parte dei genitori.

**Vulnerabilità**

Durante la terapia emergono le caratteristiche delle figure genitoriali che hanno trasmesso ad Andrea l'idea del mondo come pericoloso.

Il padre viene descritto da Andrea come *"apprensivo che si preoccupa sempre di quello che succede"* e tende a raccomandarsi molto sul mondo e sulla sua salute, facendolo sentire meno sicuro. Andrea racconta ad esempio il parere positivo della madre rispetto al motorino e di quello negativo del padre in quanto *"muore un sacco di gente, potrebbe succederti qualcosa"* oppure numerose telefonate quotidiane di raccomandazione generale sulla salute e sulla sicurezza.

Per quanto riguarda la madre, fin dall'inizio della separazione ha "invitato" Andrea nel proprio letto, portando a un meccanismo di mutua protezione.

Essa appare infatti come una donna fragile che A. riporta *"si sente sola"*, immagine che lo porta a preoccuparsi per lei e a sperimentare senso di colpa nel momento in cui, andando a dormire dal padre, la lascia sola.

A confermare la percezione di Andrea della fragilità della madre vi è anche la vicenda di un ex compagno che l'ha resa vittima di stalking. Poco dopo la separazione, infatti, la madre frequenta un uomo che alla fine della relazione inizia a seguirla e a telefonarle, tanto che madre e figlio si trasferiscono per circa venti giorni nel monolocale del padre. All'epoca gli venne detto di doversi momentaneamente trasferire per fare dei lavori in casa e Andrea racconta di essere a conoscenza da circa un anno e mezzo del fatto che quest'uomo in realtà voleva *"ammazzare di botte"* la madre e il padre dopo che lei lo aveva lasciato. Lo ricorda come un *"matto che prendeva delle pillole"* e racconta di un episodio in cui l'uomo lo aggredì senza motivo accusandolo di averlo chiamato con un appellativo sgradevole, fatto che a suo dire non era avvenuto. Il contatto con questa esperienza di stalking e di aggressione personale deve aver ulteriormente rinforzato in Andrea l'idea del mondo come pericoloso.

L'episodio viene raccontato dal ragazzo a seguito di una richiesta di riflessione sulla paura che accada qualcosa alla sua famiglia e da cosa essa potesse derivare. Unitamente a questo, ricorda di un episodio raccontato dai figli di un amico di famiglia circa una rapina in casa sotto minaccia di ladri armati di coltello.

Andrea racconta anche di un'altra frequentazione della madre con un uomo che si era fatto prestare del denaro per poi truffarla, fatto di cui è venuto a conoscenza *"origliando una telefonata"*. Numerosi sono stati gli episodi che Andrea racconta di aver *"origliato"* e che *"avrei preferito non sentire"* ma che per lui è importante sapere le cose *"perché mi preoccupo per mamma e può succedere qualcosa di spiacevole"*.

Nel corso della terapia, la madre frequenta per breve tempo un uomo che Andrea descrive come *"molto*

*geloso*" e racconta le liti della madre al telefono con lui finché lei non interrompe i rapporti. Le relazioni della madre con altri uomini continuano a rinforzare in Andrea un'immagine di una donna che ha bisogno di protezione.

Andrea racconta di essere stato un bambino *"con paure"* dall'età di cinque anni quando, ricorda, aveva una forte paura del buio. Viene perciò ricostruita la storia delle paure che inizia a partire dai cinque anni con la paura del buio, si evolve nella paura dei ladri dopo il racconto della rapina dei due ragazzi e diventa molto forte dopo la scoperta dello stalking.

**Trattamento**

In seguito ai tre colloqui conoscitivi proposti inizialmente, si è proceduto con una restituzione della problematica di Andrea inquadrandola in una difficoltà di separazione dalla madre. Proseguendo nei colloqui, è emersa la difficoltà a rimanere a casa da solo e la sensazione di Andrea, al momento dell'addormentamento, di sentirsi *"scoperto e non protetto"* dal pericolo che qualcuno entri dentro casa, con conseguente dolore allo stomaco.

Per comprendere meglio le sensazioni sperimentate è stata svolta inizialmente una psicoeducazione sulle emozioni, discriminando in particolar modo tra paura/ansia/tristezza e approfondendo l'utilità dell'ansia e della paura in termini di adattamento nel "metterci in guardia da qualcosa di pericoloso" con l'intento di normalizzare l'emozione e l'attivazione somatica. È stata costruita una griglia per il monitoraggio (in termini numerici) dei livelli di ansia nelle varie situazioni quotidiane, con il duplice intento di riconoscere maggiormente l'emozione e porre le basi per la futura gerarchia di esposizioni.

Partendo dalla motivazione iniziale di Andrea ad *"essere più indipendente"* si è concordato per una valutazione costi/benefici del dormire con l'adulto, che ha portato ulteriormente in luce la preoccupazione per "*quando sarò più grande"* e il desiderio di svincolarsi.

Dal momento che esponendosi Andrea si sarebbe spaventato nel "rimanere da solo" e nel caso non ci fosse riuscito avrebbe sperimentato il senso di fallimento, si è proceduto con una iniziale ristrutturazione cognitiva. Sono stati valutati in termini probabilistici i vari scenari che Andrea immaginava circa l'entrare in casa dei ladri e sono state ricercate prove a favore/sfavore (gioco "gli investigatori") della possibilità che tali scenari si verificassero.

Una volta diminuita la probabilità del verificarsi della minaccia si è proceduto con le esposizioni. Sono stati creati dei contratti che prevedessero le esposizioni in gerarchia con il monitoraggio dell'ansia e dei comportamenti protettivi individuati (accendere tutte le luci, telefonare alla madre).

Parallelamente Andrea ha comunicato l'esigenza di avere un rapporto più positivo con il padre, avendo bisogno di una figura in grado di rassicurarlo. È stato quindi esortato a chiedergli di svolgere qualche attività insieme (attraverso una lettera scritta in seduta) e ad esplicitare il fatto che il rifiuto a rimanere

nella casa paterna dipendesse da una sua paura. Nel tempo il rapporto si è rafforzato e Andrea, attraverso le esposizioni, ha smesso di chiamare la madre mentre era da lui (*"ora anche con lui mi sento protetto*"), continuando tuttavia a sperimentare ansia nell'addormentamento anche se il padre era presente.

Nel momento in cui durante la terapia sono emerse la vicenda legata allo stalking, la visione della fragilità materna e la preoccupazione che potesse accadere qualcosa alla madre oltre che a lui, è stata costruita una "storia delle paure". Tale linea temporale ha consentito ad Andrea di normalizzare la sua preoccupazione e comprendere come la paura si fosse rinforzata nel tempo. Ciò ha fatto sì che si sentisse sereno nell'esplicitare il suo desiderio di *"non volersi preoccupare per queste cose, non voler origliare ma di aver bisogno di controllare che mamma stia bene"*.

Parallelamente rispetto al senso di fallimento e di fragilità sperimentato da Andrea è stato svolto un lavoro sulle proprie risorse (sport, amicizie, scuola, carattere), richiamate ogni volta che non riusciva negli homework.

Rispetto al bisogno di proteggere la madre, sono state valutate le capacità della donna (dal punto di vista pratico e lavorativo è molto indipendente), è stata analizzata l'inversione dei ruoli familiari e Andrea è stato esposto al disagio dato dal "non controllare e non intervenire" sulla madre (ad esempio sospendendo le telefonate da casa del padre), accettando l'impossibilità di controllare tutto e il rischio a questo connesso.

Dopo circa nove mesi Andrea è riuscito a stare il pomeriggio in casa da solo, a dormire dal padre, partire con lui e ad addormentarsi (in casa propria) sul divano letto in presenza della madre, la quale andava poi a dormire nella sua stanza. Tuttavia, in un eventuale risveglio, Andrea ricercava la madre e passava *"per praticità"* nel suo letto. Sono state condivise numerose possibilità rispetto all'affrontare l'ansia al risveglio (ad esempio una lucina accesa, un orologio a led luminoso) ma nessuna di queste è mai stata applicata (la madre diceva di dimenticare di comprare l'orologio e di spegnere la luce in automatico).

Dopo una serie di incontri nei quali la situazione rispetto ai risvegli non si modificava e Andrea era tornato ad addormentarsi nel letto della madre nelle sere *"più faticose per lei"*, emerge (in uno degli incontri conclusivi) come la madre lo invitasse spesso nel corso della terapia a "*rimandare la volta in cui dovevo fare l'esposizione dicendomi* – dai sono stanca lo fai domani, dormi con me – " oppure gli chiedesse esplicitamente di dormire con lei ( – e dai non vuoi dormire con mamma? –) o ancora gli comunicasse il bisogno di lui in quanto sola e senza un compagno.

Risulta chiaro quindi il conflitto di Andrea, sottoposto da un lato alla richiesta dei genitori di provare a dormire da solo per essere più indipendente e dall'altro al messaggio contraddittorio da parte della madre teso a mantenere la vicinanza.

Ho quindi richiesto un colloquio con la madre in presenza di Andrea nel quale è stato condiviso il suo bisogno di svincolarsi e di essere più indipendente e la necessità che lei lo accompagnasse e in qualche modo "autorizzasse" a intraprendere questo percorso fino in fondo.

Nell'ultimo colloquio Andrea ha espresso la sua soddisfazione per avermi esplicitato le richieste di vicinanza della madre e condiviso il fatto che in passato avrebbe sentito di *"andarle contro se ne avesse parlato male"*. Dopo alcuni incontri, a seguito di una restituzione rispetto al lavoro svolto e condivisione "di quello che avevamo scoperto", Andrea ha espresso il desiderio di sperimentarsi da solo e ci si è accordati su un follow-up a uno, tre e sei mesi.

**Valutazione di esito**

A seguito della chiusura, sono stati svolti tre incontri di follow-up per consentire un monitoraggio delle consapevolezze apprese e dell'intervento sulla mamma. A un mese Andrea è riuscito ad addormentarsi da solo e a gestire i risvegli (che di per sé sono diminuiti) quasi tutti i giorni e a tre mesi è riuscito ad andare a dormire dai cugini ma è rimasto invariato l'aspetto dei risvegli. Giunti all'ultimo incontro, a sei mesi dalla chiusura, Andrea è andato in campo scuola, dorme da solo e ha lasciato la pallanuoto per trascorrere più tempo con gli amici, avendo realizzato di allenarsi soprattutto per desiderio della madre. Appare sorridente e si dice soddisfatto del percorso svolto, tende a raccontare di sé e dei propri successi (scolastici e con gli amici).

## Bibliografia

Barcaccia, B. (2010). La formulazione del caso clinico. In C. Perdighe & F. Mancini (a cura di), *Elementi di psicoterapia cognitiva* (pp. 23-37). Roma: Giovanni Fioriti Editore.

Castelfranchi, C. & Miceli, M. (2002). Architettura della mente: scopi, conoscenze e la loro dinamica. In Castelfranchi, C. Mancini, F. Miceli, M. (eds). *Fondamenti di cognitivismo clinico* (pp. 45-62). Torino: Bollati Boringhieri Editore.

Di Pietro, M., (1999). *L'ABC delle mie emozioni*. Trento: Edizioni Erickson.

Di Pietro, M. & Bassi, E. (2013). *L'intervento cognitivo comportamentale per l'età evolutiva*. Trento: Edizioni Erickson.

Lambruschi, F., Bertaccini, R. & Leoni, F., (2014). Il percorso di assessment. In Lambruschi, F. (a cura di) *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva: Procedure d'Assessment e Strategie Psicoterapeutiche* (pp. 123-176). Torino: Bollati Boringhieri Editore.

Lambruschi, F., Fabbri D., & Mandolesi L. (2014). Disturbi d'ansia. In Lambruschi, F. (a cura di) *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva: Procedure d'Assessment e Strategie Psicoterapeutiche* (pp. 321-362). Torino: Bollati Boringhieri Editore.

Nahum, D., (2013). Il colloquio cognitivo con il bambino ansioso. In Ruggiero G.M. & Sassaroli S., (a cura di) *Il colloquio in psicoterapia cognitiva tecnica e pratica clinica* (pp. 161-182). Milano: Raffaello Cortina Editore.

*Elena Cirimbilla, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Roma, e-mail: elena.cirimbilla@gmail.com*

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

# Beatrice: il disturbo oppositivo provocatorio in un contesto complesso

Simona Rossi[1]
[1]Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Ancona

***Riassunto***

In questo lavoro viene descritto il caso di Beatrice, una bambina di 6 anni che presenta una condotta oppositiva provocatoria. Le difficoltà comportamentali della bambina sono inserite all'interno di un quadro familiare caratterizzato dalla separazione dei genitori e da una difficoltà da parte degli stessi, e di chi si occupa della bambina, di adottare un approccio educativo coerente.

Nel caso emergono le principali difficoltà incontrate con Beatrice da parte del terapeuta, come l'avere una comunicazione costante con entrambi i genitori, il gestire la fine della seduta e l'esclusività richiesta dalla paziente nei confronti del terapeuta. Lo scopo della prima fase del trattamento è incentrato sulla costruzione dell'alleanza terapeutica con la paziente e sull'educazione emotiva, intervenendo sulla gestione e sulla comunicazione della rabbia. Successivamente abbiamo lavorato sulla paura presentata da Beatrice di rimanere da sola e sul validare un suo comportamento tipico, quello del nascondersi.

***Parole chiave:*** Disturbo oppositivo provocatorio, Rabbia, Età evolutiva, CBT.

## Beatrice: defiant oppositional disorder in a complicated context

***Abstract***

This study is focused on the clinical case of Beatrice: a 6-years-old child with defiant oppositional conduct. Child's behavioral difficulties are set in a context of separated parents and difficulties by parents and caregivers in having a coherent educational approach.

The study outlines the main challenges faced by the therapist in dealing with Beatrice's case, such as keeping a continuous communication flow with both parents, end of the therapy session management and patient need for therapist exclusivity. The first treatment phase aimed at building the therapeutic alliance and the emotional education, focusing on anger management and communication. Secondly, we worked on Beatrice's fear of being left alone and on validating one of her recurrent behaviors, the act of hiding.

***Key words:*** Defiant oppositional disorder, Anger, Childhood, CBT.

Simona Rossi, Beatrice: il disturbo oppositivo provocatorio in un contesto complesso, *Numero 25– Numero Monografico Età Evolutiva, 2020, pp. 191-201.*
Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193
pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.itt

**Presentazione del caso**

Beatrice è una bambina di 6 anni, frequenta la prima elementare; ha una sorella maggiore di 11 anni, quando conosco la paziente (ottobre 2018) i genitori si stanno separando.

Beatrice vive in un appartamento con il padre e la sorella e trascorre tutti i pomeriggi con la nonna paterna; la mamma abita in un appartamento poco distante da dove vive la bambina. Da metà novembre, la mamma fa rientro alla sua città di origine in quanto ha perso il lavoro e non vede più le figlie quotidianamente ma ha frequenti contatti telefonici con loro e le vede, per un periodo iniziale, una volta ogni quindici giorni, ora (da ottobre 2019) settimanalmente in quanto si è trasferita per stare vicino alle bambine.

I genitori di Beatrice si rivolgono a me su suggerimento della nonna in seguito ad un episodio in cui la bambina, dopo un rimprovero, le ha dato un morso.

**Descrizione del problema**

Incontro prima i genitori insieme i quali, durante il colloquio, passano molto tempo a litigare tra di loro; entrambi dicono di essere venuti "*per il bene della bambina*" in quanto spesso assiste alle loro discussioni; dicono che la bambina ha difficoltà nel rispettare le regole e che nelle ultime settimane Beatrice ha iniziato a disegnare sui muri di casa. I genitori decidono di rivolgersi a me dopo un episodio in cui, in seguito ad un rimprovero da parte della nonna, la bambina si rivolge a lei urlando e mordendola.

La mamma mi presenta Beatrice come una bambina vivace e capricciosa; il papà la descrive come sensibile e dice che "*fortunatamente è piccola e non ha capito molto di ciò che sta succedendo tra di loro*"; si mostra preoccupato per il rapporto che B. ha con la nonna: la bambina passa molto tempo con lei e quando la nonna la rimprovera lei la morde o si nasconde per ore e proprio questi comportamenti hanno spinto entrambi i genitori a contattarmi.

Mostrandomi i disegni che B. ha fatto sul muro (la bambina ha disegnato la casa dove vive, i suoi compagni di scuola e due persone che urlano) li definisce come un "*modo di esprimersi di Beatrice perché sta mostrando il suo talento da artista*".

Le insegnati descrivono la paziente come una bambina socievole e curiosa, ben inserita in classe, rispettosa dell'adulto e dei materiali scolastici e che spesso cerca il confronto con la compagna di banco. Beatrice sostiene che i suoi compagni svolgono meglio di lei i compiti, che sono più ordinati e bravi.

I genitori dicono che la bambina è socievole e che spesso gioca con alcuni coetanei che abitano vicino casa sua; nei giochi non vuole che gli altri prendano le sue cose, vuole decidere lei le regole e non tollera di perdere.

Dopo aver chiesto come mai secondo loro la figlia morde la nonna, mi riferiscono che, a partire dall'estate, Beatrice ha iniziato ad avere "*scoppi di rabbia*" e difficoltà nel rispettare le regole che loro e la nonna le impongono. Ad ogni no o rifiuto di una sua richiesta, Beatrice lancia gli oggetti (giochi, libri,

quaderni, matite, scarpe); non vuole pettinarsi e lavarsi il viso prima di andare a scuola; non vuole fare colazione la mattina e, alcune mattine, non vuole vestirsi. I genitori mi riferiscono che la bambina vuole vedere la televisione senza limiti di orario, si rifiuta di portare a termine i giochi, disegna spesso sui muri e prende gli oggetti della sorella senza chiedere il permesso e spesso li nasconde.

Al primo colloquio la paziente viene accompagnata dalla mamma e si presenta poco curata nell'aspetto; ha la bocca sporca e i capelli spettinati, porta con sé alcuni quaderni di scuola perché dice che le piace andare a scuola e che vuole farmi vedere cosa fa in classe.

Beatrice mi racconta della sua famiglia, descrivendo la sua casa come grande e disordinata; dice di andare d'accordo con la sorella anche se lei è più grande e vuole stare spesso da sola, riferisce di non voler stare con la nonna perché con lei ci sono troppe regole da rispettare, la rimprovera frequentemente e la chiama "*caprona*".

Beatrice sfida spesso i famigliari; le insegnanti non riferiscono comportamenti aggressivi o provocatori a scuola durante le ore di lezione ma mi dicono che a volte Beatrice non vuole condividere il materiale con i compagni, si rifiuta di svolgere alcuni giochi e quando perde tende ad isolarsi, ad esempio mettendosi seduta sul banco o in disparte da sola.

La paziente evita di parlare delle sue emozioni: quando nomino le emozioni mi dice che lei è "*sempre arrabbiata e mai felice*" e quando approfondisco lei risponde mettendosi le mani sulle orecchie e dicendo "*blablabla non mi interessa quello che dici*". Quando chiedo perché è arrabbiata Beatrice dice che nessuno la ascolta, nessuno le crede, dice che quello che fa lei non va mai bene e che nessuno la capisce, solo la maestra e, a volte, sua sorella.

B. mi dice che la sua compagna di banco è molto più brava di lei, che lo sa perché la mamma le dice che lei è "*disordinata e che quando è disordinata è brutta*" e, quando fa i compiti con la nonna, lei le fa correggere spesso ciò che scrive, dicendole che è "*brutta e disordinata*" e le fa fare compiti in più oltre a quelli assegnati dalla maestra.

Dopo un mese che seguo B. la mamma, in concomitanza con la perdita del lavoro, fa ritorno al suo comune di origine, distante da dove vive la bambina. Da questo momento aumentano gli scoppi di rabbia e i comportamenti provocatori; il papà e la nonna mi riferiscono che la bambina si nasconde spesso in giro per casa perché, come dice la stessa B., "*vuole essere trovata*" e in seduta non vuole andare via al termine dell'ora; quando mancano pochi minuti al termine dell'ora che abbiamo a disposizione Beatrice inizia a dirmi che sono "*butta e cattiva, che la prossima volta non tornerà*" e si nasconde sotto il tavolo.

Da una valutazione psicodiagnostica e dai colloqui effettuati (CBCL, SAT) emergono problematiche provocatorie, comportamenti di sfida ed eccessi di rabbia.

**Profilo interno del disturbo**

In seduta ho chiesto a Beatrice di svolgere con me alcuni ABC; la bambina mi ha disegnato gli eventi e abbiamo individuato le B e le C.

| A | B | C |
|---|---|---|
| A casa mentre fa i compiti con la nonna.<br>La nonna chiede a B. di cancellare alcune letterine | Uffa ma perché devo cancellare? Ci ho messo un sacco di tempo, non le va bene mai niente. | Lancia la gomma e la matita: rabbia.<br>(- *perché hai lanciato la gomma e la matita? - Se non ho gomma e matita nonna non mi dirà più di correggere gli errori e le andrà bene ciò che ho fatto*) |
| Nonna urla e dice "*caprona*" | Ecco mi dice sempre così, non mi capisce mai, non va bene quello che faccio | Corre via, si nasconde |

| A | B | C |
|---|---|---|
| Ho sporcato il tavolo mentre giocavo e nonna mi ha detto che combino sempre danni. | Mi rimproverano tutti | Rabbia<br>Butto i giochi a terra |

| A | B | C |
|---|---|---|
| Arriva papà che mi spegne la tv | Volevo solo guardare un po' di televisione, loro urlano sempre, almeno non sento niente | Rabbia, si getta a terra e piange |

| A | B | C |
|---|---|---|
| | | |

| | | |
|---|---|---|
| La nonna mi dice "*impara a fare le cose da sola, non ci sarò per sempre*" | Se ne va pure lei e mi lascia sola | Risponde "*Che me ne importa*" e si nasconde nel suo posto sicuro<br>Tristezza |

Credenze:

*Non vado mai bene*: questa credenza è supportata dai rimproveri che la mamma e la nonna le rivolgono e dalle continue correzioni che la nonna le fa fare quando fanno i compiti;

*Rimarrò da sola*: questa credenza è supportata dall'allontanamento della mamma dalla casa in cui vivono e dal nascondersi; se chiedo a B. perché si nasconde lei risponde "*perché così mi devono cercare e pensano a me*";

*Nessuno mi capisce*: dovuto allo stile educativo della nonna che rimprovera sempre B. anche quando lei dice di non aver fatto nulla.

**Fattori e processi di mantenimento**

*Stile educativo del padre incoerente*: dice che compra le figurine a B. ogni venti giudizi positivi della maestra ma all' undicesimo voto positivo le compra un regalo.

*Assenza di regole coerenti:* a volte fanno vedere la televisione a B. prima di fare i compiti, altre volte le dicono che non si può accendere fino a quando non li avrà terminati; alcune volte la rimproverano per i disegni sul muro, altre volte le dicono che è una "*piccola artista*". L'incoerenza nella gestione delle pratiche educative porta la bambina a ricevere messaggi contrastanti e rafforza l'idea che può gestire lei la situazione.

*Stile educativo rigido della nonna* la quale obbliga B. a non fare pause mentre fa i compiti, a correggere ciò che scrive senza darle una spiegazione del perché deve correggere. Questo fa sentire la paziente incapace e rafforza la sua credenza "*non vado mai bene*".

*Svalutazione di B. da parte della mamma e della nonna quando B. urla, tira gli oggetti e si nasconde e la reazione accudente del padre di fronte a questi comportamenti.* Beatrice non vede accolto il suo bisogno di esprimere la rabbia e viene spesso rimproverata e criticata per la modalità attraverso cui la manifesta; questo rafforza la sua credenza di non "*andare mai bene*" aumentando così i comportamenti disfunzionali della paziente.

*Accudimento di Beatrice da parte dei genitori:* così facendo consolano la paziente e mantengono i suoi comportamenti.

**Scompenso**

Lo scompenso di Beatrice può essere fatto risalire alla separazione tra i genitori in quanto lei stessa mi riferisce che quando sentiva le urla dei genitori aveva paura e che ha iniziato a nascondersi proprio in quel periodo; con l'allontanamento della mamma dalla casa coniugale e il prevalere, da parte del padre, di uno stile educativo incoerente e allo stesso tempo un atteggiamento critico da parte della nonna (che come emerso dai colloqui fa sentire la paziente inadeguata e suscita in lei rabbia, "*tanto nonna si lamenta sempre di me*"), la sintomatologia di B. è aumentata.

In concomitanza a questo quadro si aggiunge l'inizio della scuola che comporta un aumento delle occasioni di confronto con gli altri bambini, in particolare con la vicina di banco. Beatrice si sente meno brava della sua compagna e questo è confermato dalla nonna che le chiede spesso di cancellare e rifare in modo più preciso le lettere sul quaderno e di fare dettati ed esercizi di copiatura in più rispetto a quelli assegnati dalla maestra.

**Vulnerabilità**

Vulnerabilità storica: è possibile individuare nella separazione dei genitori e nello stile educativo caratterizzato da un atteggiamento ipercritico da parte della mamma e dall'assenza di regole coerenti dei possibili fattori che avrebbero contribuito all'instaurarsi e al mantenersi delle credenze di B.

Vulnerabilità attuale: essa è riconducibile all'allontanamento della mamma dalla casa coniugale, che porta Beatrice a sentirsi sola e abbandonata, alla relazione conflittuale con la nonna, ad uno stile educativo incoerente da parte del padre e al confronto con i compagni a scuola.

**Trattamento**

*Contratto e scopi del trattamento*

Obiettivi di contratto:

1. Ridurre i livelli di rabbia e modificare le modalità di manifestazione
2. Stabilire insieme nuove regole e rispettarle
3. Sentirsi al pari dei compagni di scuola
4. validare il nascondersi di B.

Obiettivi clinici:

1) 1.1. Conoscere e saper identificare le emozioni (psicoeducazione)

- Trovare modi alternativi per esprimere la rabbia

2) 2.1 Coinvolgere B. nella stesura di alcune regole da utilizzare in casa per favorirne il rispetto

3) 3.1 Aumentare l'autostima

4) 4.1 Saper riconoscere e rendere tollerabile la paura di rimanere da sola

4.2 Aumento dell'autonomia nella gestione dell'intensità delle emozioni, concordando con la paziente il luogo sicuro

5) Negli ultimi 4 incontri ho aggiunto il seguente obiettivo: gestire il termine della nostra seduta in quanto Beatrice dice di non voler andare via e quando sta per finire l'ora piange o si nasconde sotto il tavolo o dietro la porta.

**Razionale, strategie e tecniche**

| **OBIETTIVI** | **RATIONALE E STRATEGIE** | **TECNICHE** |
|---|---|---|
| CONOSCERE E SAPER IDENTIFICARE LE EMOZIONI | Conoscere le emozioni di base e saperle identificare in modo da portare B. dall'essere "*sempre arrabbiata e mai felice"* al saper riconoscere le varie emozioni. | • Psicoeducazione<br>• abc<br>• diario della rabbia |
| TROVARE MODI ALTERNATIVI PER ESPRIMERE LA RABBIA | Saper esprimere le proprie emozioni in modo funzionale. | • *Role playing*<br>• utilizzo di fumetti con riportati i pensieri di B. da utilizzare tutte le volte in cui arriva la rabbia o quando la nonna svaluta B. |
| COINVOLGERE BEATRICE NELLA STESURA DI REGOLE | Scrivere alcune regole coinvolgendo direttamente Beatrice nella stesura delle stesse e i membri della famiglia al fine di sentirsi considerata e favorirne il rispetto. | • gioco "il cartellone delle regole"<br>• *token economy* |
| AUMENTARE L'AUTOSTIMA | Far sperimentare a Beatrice la capacità di saper fare da sola | • *role playing* |
| SAPER RICONOSCERE E RENDERE TOLLERABILE | Trovare un modo alternativo al nascondersi | • identificare il luogo sicuro |

| | | |
|---|---|---|
| LA PAURA DI RIMANERE SOLA<br><br>RENDERE TOLLERABILE IL DISTACCO DELLA FINE DELLA SEDUTA | Tollerare la separazione al termine della seduta | • gioco "scambiamoci un disegno" |

*Tabella 1. Razionale, strategie e tecniche*

**Descrizione della terapia**

La terapia è iniziata ad ottobre 2018 ed è ancora in corso, per un totale ad ora (febbraio 2020) di 42 sedute. La terapia ha una cadenza settimanale; da novembre 2019 gli incontri avvengono ogni quindici giorni. La prima fase è stata dedicata alla costruzione dell'alleanza terapeutica e all'assessment; successivamente ho proceduto identificando con Beatrice gli obiettivi di contratto e gli obiettivi strategici.

Attraverso gli ABC, proposti utilizzando disegni, abbiamo identificato insieme i comportamenti e le emozioni maggiormente sperimentati dalla paziente; successivamente ho proposto a Beatrice un percorso di psicoeducazione per aumentare la sua competenza emotiva. Al termine di questa fase la paziente sa riconoscere le varie emozioni ed è in grado di parlare di come si sente senza mettere in atto comportamenti di evitamento.

Beatrice, grazie al *training* sulle emozioni (Di Pietro, 2014), al diario della rabbia (Di Pietro, 2014) e al termometro della rabbia (Di Pietro, 2014) ha imparato a riconoscere i segnali della rabbia, comunica in modo funzionale che è arrabbiata; ad esempio, dice ai familiari "*così mi sto arrabbiando*", "*sono molto arrabbiata*" o ancora "*quando mi dici così mi arrabbio*".

Dopo un incontro con la nonna e con il padre abbiamo stabilito con la prima alcune regole di comportamento da seguire quando la paziente mette in atto i comportamenti di rabbia o comportamenti provocatori; con il padre abbiamo concordato di adottare uno stile educativo più coerente al fine di non creare confusione in B. Ho utilizzato la *token economy* proposta nel protocollo del *Coping Power Program* (Lochman, 2012) per estinguere i comportamenti provocatori della paziente: con la presenza di Beatrice, del padre e della nonna abbiamo stilato delle regole da seguire in casa e previsto dei rinforzi.

Questo incontro ha costituito il punto di svolta della terapia: dopo questa seduta la paziente dice di sentirsi ascoltata e i famigliari riscontrano una maggiore collaborazione da parte della bambina e un ridursi dei

comportamenti provocatori. Sono rientrati gli episodi in cui Beatrice mordeva la nonna in seguito a rifiuti o rimproveri. Si sono ridotti gli episodi in cui la bambina tirava oggetti e urlava; essi si verificano solo in rare occasioni (prima tutti i giorni, dopo circa 8 sedute questi comportamenti si ripetevano una volta a settimana nelle occasioni in cui B. non si sentiva ascoltata o quando i familiari della bambina non seguivano le regole che abbiamo stabilito insieme; ora, questi comportamenti non si verificano più). La paziente si presenta in seduta curata nell'aspetto (con il viso pulito, abiti puliti e dice di pettinarsi e lavarsi il viso volentieri).

Per quanto riguarda l'autostima ho fatto sperimentare a Beatrice la capacità di saper fare da sola individuando, attraverso gli ABC (Mancini, Perdighe, 2008), i suoi pensieri e intervenendo su di essi attraverso il *role playing*.

Per quanto riguarda la paura di rimanere da sola ho proposto a B. di identificare un luogo sicuro come alternativa al suo "nascondersi". La paziente ha da subito accolto positivamente la mia proposta; con il proseguire della terapia il ricorso al luogo sicuro è andato ad esaurirsi in modo naturale e B. riferisce di non "*sentire più la paura di rimanere da sola*". Questa paura è riemersa da quando la nonna (dicembre 2019) le comunica di non sentirsi bene e le dice spesso che "*non ci sarà per sempre*" e quando quest'ultima fa affermazioni simili alla precedente Beatrice ha scoppi di rabbia e ricorre al luogo sicuro. Per rimandare alla nonna il vissuto di B. ho svolto parte della seduta con la nonna facendo interventi di *role playing*. Dopo questo intervento non sono diminuiti gli episodi in cui la paziente ha scoppi di rabbia ma la nonna fa meno affermazioni analoghe alla precedente.

Dopo circa 15 sedute ho incontrato con la paziente difficoltà nella gestione della fine dell'ora: quando sta per terminare l'ora a noi a disposizione la paziente inizia a dire "*non voglio andare via, vorrei restare qui con te*" oppure "*ma hai altri bambini dopo di me?*" e inizia a piangere e a dirmi che sono "*brutta e cattiva*" e che non tornerà più anche se all'incontro successivo si presenterà puntuale e con gli *homework* svolti. Nella gestione di questo aspetto ho deciso di mettere un orologio sulla scrivania; chiedo a Beatrice quanto tempo è passato e quanto tempo ci rimane; lascio che negli ultimi 10 minuti sia la paziente a scegliere un gioco o un'attività per lei piacevole. Così non ho però risolto il comportamento problematico: B. piange e urla quando deve uscire mentre prima urlava quando mancavano 10/15 minuti al termine dell'ora.

Ho proposto a Beatrice di scambiarci un oggetto in modo da poter essere un punto di riferimento anche quando non saremo insieme; ho detto a B. che potrà portare con sé questo oggetto in modo che la nostra separazione sarà meno dolorosa e più accettabile. La paziente ha chiesto di poter fare due disegni insieme, uno per me e uno per lei in modo da avere qualcosa uguale ma allo stesso tempo personale; nei primi incontri dopo lo scambio di oggetto B. mi ha chiesto se durante la settimana ho portato con me il disegno e se poteva controllarlo; dopo quattro/cinque incontri le difficoltà nella gestione della fine delle sedute sono

diminuite in maniera graduale e la paziente mi dice di tenere il nostro disegno in camera sua ma di non guardarlo più spesso come faceva prima.

**Valutazione di esito**

La paziente si presenta in seduta curata nell'aspetto; riferisce lei stessa che, mentre prima dell'inizio della terapia non voleva vestirsi e prepararsi per andare a scuola, ora si prepara volentieri con l'aiuto della sorella o del papà.

Sono assenti gli "scoppi di rabbia", Beatrice è in grado di riconoscere l'arrivo della rabbia e di saperla esprimere in modo funzionale. La paziente non si paragona più alla compagna di banco ma è autonoma e sicura, rispetta gli altri nei giochi accettando la sconfitta e condividendo volentieri il materiale scolastico. Beatrice ricorre al luogo sicuro meno frequentemente rispetto all'inizio della terapia; ora lo utilizza solo quando la nonna le comunica che non sarà sempre con lei a causa della sua età e al momento stiamo lavorando su questo aspetto. La paziente accetta con maggiore serenità il termine della seduta e ha accolto con tranquillità il cambiamento della cadenza degli incontri, da sedute settimanali a sedute quindicinali; con il passare del tempo sono diminuite le domande in merito a cosa farò dopo la fine del nostro incontro.

**Conclusioni**

La principale difficoltà incontrata con Beatrice è stata la gestione del rapporto con i genitori in quanto, se inizialmente i genitori si presentavano in seduta insieme o vedevo con regolarità entrambi e potevo dare e ricevere da loro un feedback, dopo poco dall'inizio della terapia gli incontri tra la mamma e la paziente non hanno più seguito un andamento regolare e non avevo informazioni costanti riguardo lo stile educativo della mamma e la presenza di eventuali problematiche di quest'ultima nella gestione dei comportamenti di Beatrice. Solo da quando la mamma è tornata a vivere vicino alle figlie riesco ad avere contatti anche con lei.

Un'altra difficoltà riscontrata nel caso di Beatrice riguarda lo stile educativo incoerente del padre; ho proposto sin da subito al papà di B. di rivolgersi ad un terapeuta ma lui inizialmente non ha accolto positivamente la mia proposta. Il papà di Beatrice ha iniziato da qualche mese una terapia personale.

## Bibliografia

American Psychiatric Association. (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali* (5a ed.). Raffaello Cortina Editore: Milano.

Cohen JL (2015). *Le paure segrete dei bambini. Come capire e aiutare i bambini ansiosi e agitati*. Milano: Feltrinelli.

Di Pietr M (2014). *L'ABC delle mie emozioni 4-7 anni.* Trento: Erokson.

Di Pietro M, Bassi (2013). *L'intervento cognitivo-comportamentale per l'età evolutiva.* Trento: Erikson.

Eline Snel (2015). *Calmo e attento come una ranocchia.* Esercizi di Mindfulness per bambini e genitori. Red Edizioni.

Isola L, Romano G, Mancini F (2016). Psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza. Nuovi sviluppi. Milano: Franco Angeli.

Lochman JE, Wells K, Lenhart LA (2012). Coping Power. Programma per il controllo di rabbia e aggressività in bambini e adolescenti. Trento: Edizioni Centro Studi Erikson.

Mancini, F., Perdighe, C. (2008). *Elementi di psicoterapia cognitiva.* Giovanni Fioriti Editore. Roma.

*Simona Rossi, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Ancona, e-mail: simona.rossi88@gmail.com*

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

# Il caso di Rebecca: una ragazzina con la corazza di una tartaruga

Arianna Polato[1]
[1]Associazione di Psicologia Cognitiva di Verona

***Riassunto***
Viene presentato il caso clinico di una ragazzina adolescente che da sempre non si sente accettata in famiglia, soprattutto dalla mamma. Ha paura di essere abbandonata, prova un forte senso di vuoto legato al fatto di non piacere agli altri sia fisicamente sia caratterialmente. Spesso presa in giro per il suo aspetto fisico non proprio longilineo, tende ad isolarsi o a mettere in atto comportamenti disfunzionali (autolesionismo e abuso di alcol). Difficilmente fa vedere quello che prova, come se si fosse costruita una rigida corazza dalla quale non fa trasparire nulla, mostrandosi per ciò che non è realmente. La diagnosi è riconducibile ad un Disturbo oppositivo provocatorio in linea alla sua età, anche se ci sono i presupposti per ipotizzare lo sviluppo di un Disturbo Borderline di personalità. Il trattamento proposto in chiave cognitivo comportamentale si basa principalmente sulla ristrutturazione cognitiva e su alcune tecniche della DBT (Terapia Dialettico Comportamentale).
***Parole chiave:*** Abbandono, Senso di vuoto, Autolesionismo, Disturbo Oppositivo Provocatorio, Disturbo Borderline di Personalità, DBT

## Rebecca's Case: a girl with the shell of a turtle

***Abstract***
The clinical case of a teenage girl who has not always felt accepted in the family, especially by her mother, is presented. She is afraid of being abandoned, she experiences a strong sense of emptiness due to the fact that she does not like others both physically and temperamentally. Often, mocked for its not exactly long-limbed physical appearance,she tends to isolate or to have dysfunctional behaviors (self-harm and alcohol abuse). She hardly shows what she feels, as if she had built a rigid armor from which she does not reveal anything, showing herself for what she really isn't. The diagnosis is attributable to a oppositional provocative disorder in line with his age, even if there are the conditions for hypothesising the growth of a bordeline personality disorder. The treatment proposed in a cognitive behavioral key is mainly based on cognitive restructuring and on some DBT (Dialectical Behavioral Therapy) techniques.
***Key words:*** Sense of abandonment, Self-harm, Provocative Oppositional Disorder, Borderline Personality Disorder, DBT

Arianna Polato, Il caso di Rebecca: una ragazzina con la corazza di una tartaruga, *Numero 25 – Numero Monografico Età Evolutiva, 2020, pp. 202-212.*
Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193
pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.itt

**Presentazione del caso**

R. è una ragazza di 15 anni, attualmente frequenta la seconda superiore di un istituto tecnico ad indirizzo socio-sanitario. Lo scorso anno è stata rimandata nelle materie di spagnolo e scienze umane, inoltre è stata anche più volte ripresa per cattiva condotta. Figlia di mamma marocchina e papà italiano, ha una sorella più grande di lei di un anno e mezzo. Definisce la mamma ipercritica, *"non le va mai bene niente di quello che fa o che indossa"*, invadente e molto giudicante nei suoi confronti e nelle persone che frequenta. Il papà è una figura più comprensiva, che sembra rispondere ai suoi bisogni, non tanto perché ha una spiccata empatia per la figlia, quanto piuttosto per evitare discussioni e accese litigate in casa. La sorella sembra essere diventata un punto di riferimento da due anni quando le è stata vicina nella scelta della scuola superiore. Prima il rapporto era molto litigioso dal momento che secondo R., la mamma preferiva la sorella rispetto a lei. Tuttora è così, ma vede che nella sorella trova comunque conforto e aiuto. La considera migliore di lei (è in serie A femminile di calcio, è bravissima a scuola, rispetta gli orari che le vengono dati per tornare a casa) e ciò le fa pensare di non essere mai all'altezza.

Alle elementari viene presa in giro per il suo peso e più volte derisa con nomignoli del tipo "cicciona", "grassona", "obesa che si mangia la spesa". Alle medie la situazione si è accentuata perché oltre che essere presa in giro dai suoi compagni di classe, viene presa di mira anche dalle ragazze più grandi delle altre classi. In terza media perde un suo caro amico, che conosceva dall'asilo nido, morto per leucemia, ne soffre molto perché dice: "*Era l'unica persona che mi accettava in tutto e per tutto*". Ogni anno organizza una festa in suo ricordo. Durante l'estate della terza media inizia a fumare molto, a frequentare discoteche e cattive compagnie, a bere ubriacandosi ogni fine settimana. Inoltre, più volte si sono verificate abbuffate di cibo senza condotte eliminatorie; fino ad arrivare ai primi atti di autolesionismo (scottature sulle braccia con le sigarette) che sono durati per tutta l'estate. Con l'inizio delle superiori, si sente più a suo agio con la classe perché per la prima volta non si sente derisa. Per mantenere questo status, indossa una maschera che la fa apparire forte, socievole e sicura di sé. La paura di non essere accettata o abbandonata è così forte che decide di non far trapelare nessun tipo di emozione. Per qualche mese frequenta una ragazza avendo i primi rapporti sessuali, la relazione però è stata interrotta da poco perché la mamma ha proibito che si vedessero, cosa inaccettabile per la sua religione. R., pur di ottenere l'approvazione della madre, chiude con la sua ragazza, dicendo di sentirsi confusa sul suo orientamento sessuale.

Al primo colloquio R. non si presenta del tutto curata nell'aspetto: capelli in disordine e indossa vestiti molto larghi (felpe xxl e jeans a cavallo molto basso) per mascherare il suo sovrappeso. Spesso si mangia le unghie, oramai inesistenti, perché agitata e perché è evidente come non si senta a suo agio. Inizialmente parla poco, tende a rispondere in modo molto sintetico alle domande e fa molta fatica a riportare ciò che non va.

**Descrizione del problema, o dei problemi, del paziente negli aspetti quantitativi e qualitativi ed eventuali interazioni tra di loro**

R. riferisce di avere una grande confusione in testa, non sa per quale motivo ma si sente bloccata perché non sa mai come comportarsi. Alterna momenti in cui fa emergere per pochi istanti la sua fragilità e momenti in cui tende ad apparire per ciò che non è. Inoltre, riporta che con sua mamma non ha rapporti e non la sopporta, con il papà va meglio anche se è cambiato in senso negativo il rapporto con lui (non si confida più, parlano molto meno) e questo la fa soffrire. In primis lei non si accetta per com'è: vorrebbe una forma corporea diversa, non le piace il suo carattere che definisce troppo impulsivo e diretto, vorrebbe vivere più serenamente le giornate a casa e a scuola e non è del tutto soddisfatta delle relazioni che ha instaurato. Dice che ha tanti amici e che lei è un po' la leader ma che in realtà nessuno la conosce bene perché spesso e volentieri alza una barriera difensiva in modo che nessuno percepisca cosa provi realmente e quindi le persone si allontanano da lei. Inoltre, non si sente accettata dalla sua famiglia e ha paura di essere abbandonata o derisa dal suo gruppo di amici. Si rende conto che a volte esagera con l'alcol, soprattutto quando ci sono delle feste e lei dorme da qualcuno, tende ad abbuffarsi ancora anche se ultimamente capita massimo due volte al mese, ha una forte dipendenza dal cellulare (specialmente per i social, passa molto del suo tempo a guardare profili di gente famosa, riporta: "*Fantastico su una vita che non avrò mai*"). A scuola sta andando abbastanza bene, anche se fa fatica a reggere il peso delle interrogazioni. Ciò che però la preoccupa di più è quando le vengono in mente dei pensieri intrusivi, racconta: "*Ho certi pensieri brutti che non mi fanno trovare il senso di vivere e mi sembra di impazzire*". Lei si rifugia in camera sua per giorni con le sue cuffiette e la musica; oppure, esce con qualche amica per distrarsi e finisce, anche se non sempre, col bere senza darsi un limite, con l'abbuffarsi di gelato o col fumare minimo dieci sigarette di fila. Ad oggi non ci sono più i segni di autolesionismo, anche se permangono dei pensieri a riguardo. Ciò le suscita molta ansia perché teme di non riuscire a controllarsi, soprattutto quando è coi suoi compagni di classe o con gli amici fuori da scuola.

Test somministrati:

- Questionario anamnestico:
    - Madre: "elemento più distaccato della famiglia, se si parla si litiga sempre, testarda, non ha pregi"
    - Padre: "disponibile, sdrammatizza, mi rimprovera ma mi aiuta"
    - Sorella: "ben organizzata, disponibile, simpatica, cocciuta"
- Autocaratterizzazione: "R. è una persona testarda, molto insicura, apparentemente fredda. Non si fa mai vedere piangere ma non è detto che non pianga. Non vuole far vedere cosa prova perché

farlo vedere è da deboli. Ha anche spirito di iniziativa per organizzare delle cose tutti insieme e per coinvolgere. Le piace quando canta perché ha una bella voce".

- SCID-5: tratti di personalità borderline

*Diagnosi*: Disturbo oppositivo-provocatorio secondo l'ICD-10

**Profilo interno del disturbo**

| A | B | Ce | Cc |
|---|---|---|---|
| La mamma mi dice che devo cambiarmi la felpa perché non le piace, dice che è da maschio. | Ogni volta mi deve criticare | Rabbia + | Tamburella con il piede |
| | Non la sopporto, la odio, spero se ne torni in Marocco presto, se ne deve andare, ha rotto | Rabbia ++ | Sospira forte |
| | *Ho voglia* di fumare spero se ne vada il prima possibile da camera mia | Rabbia +++ | Sbatte la porta della camera ed esce in giardino a fumare |

| A | B | Ce | Cc |
|---|---|---|---|
| Sto fumando una sigaretta al parco dopo l'ennesima litigata con mia mamma | Non è giusto, vede sempre i miei difetti, mia sorella invece può fare quello che vuole | Rabbia<br>Gelosia | Sguardo fisso |
| | Non le vado mai bene e *non mi accetterà mai* | | Cerca di trattenere le lacrime |
| | Anche quando ci provo, lei *non si accorge di me* | Tristezza+ | |
| | Sono una pessima figlia, una persona destinata a rimanere da sola, non valgo niente | Tristezza ++ | Scende qualche lacrima che subito asciuga |

| A' | B' | Ce' | Cc' |
|---|---|---|---|
| Tristezza | Non posso piangere per lei.<br>Non devo farmi vedere così, sono anche nel parco vicino a casa e potrebbe vedermi chiunque | Vergogna | Si asciuga velocemente le lacrime |
| | Se mi vedono piangere *diranno che sono debole* e non posso permettermelo | Agitazione | Spegne la sigaretta, torna in casa e va in camera sua |

**Opzione 1**

| A | B | Ce | Cc |
|---|---|---|---|
| Sono in camera mia con la musica a tutto volume | Nessuno mi deve vedere così<br><br>*Faccio schifo*<br>Non trovo il senso di vivere | Depressione | Si abbuffa di gelato |
| | Vorrei dimenticare tutto e sparire<br><br>Nessuno mi vuole perché *sono una persona orribile* | Senso di vuoto e di abbandono | Spegne la luce e rimane al buio per ore<br>Si chiude in se stessa |

**Opzione 2**

| A | B | Ce | Cc |
|---|---|---|---|
| Sono in camera mia con la musica a tutto volume | Nessuno mi deve vedere così<br><br>Voglio bere all'infinito e dimenticare tutto | Tristezza | Contatta degli amici per uscire |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | *La vita fa schifo*<br><br>Se continuo così mi abbandoneranno tutti e finirò da sola chissà dove | Depressione<br><br>Senso di vuoto e di abbandono | Esce con i suoi amici |
| **A** | **B** | **Ce** | **Cc** |
| Sono ad una festa coi miei amici | Loro mi credono forte e sicura, non posso farmi vedere giù<br><br>Se faccio trapelare che sono triste mi crederanno debole e non devo permetterlo | Ansia | Beve senza limiti, socievole con tutti, enfatizza il rapporto con la sua ragazza |
| | Se capiscono che sono debole mi prenderanno in giro e *rimarrò da sola, sono una sfigata*. | Senso di vuoto | Beve ancora fino a star male |

**Stati mentali**

**TEMA: INTOLLERANZA ALLA FRUSTRAZIONE**
Odio tutti, soprattutto mia mamma
Non sopporto che le cose non vadano come voglio
Spero che tutti se ne vadano via e che la mamma se ne torni una volta per sempre in Marocco
Sbaglio tutto e non lo tollero

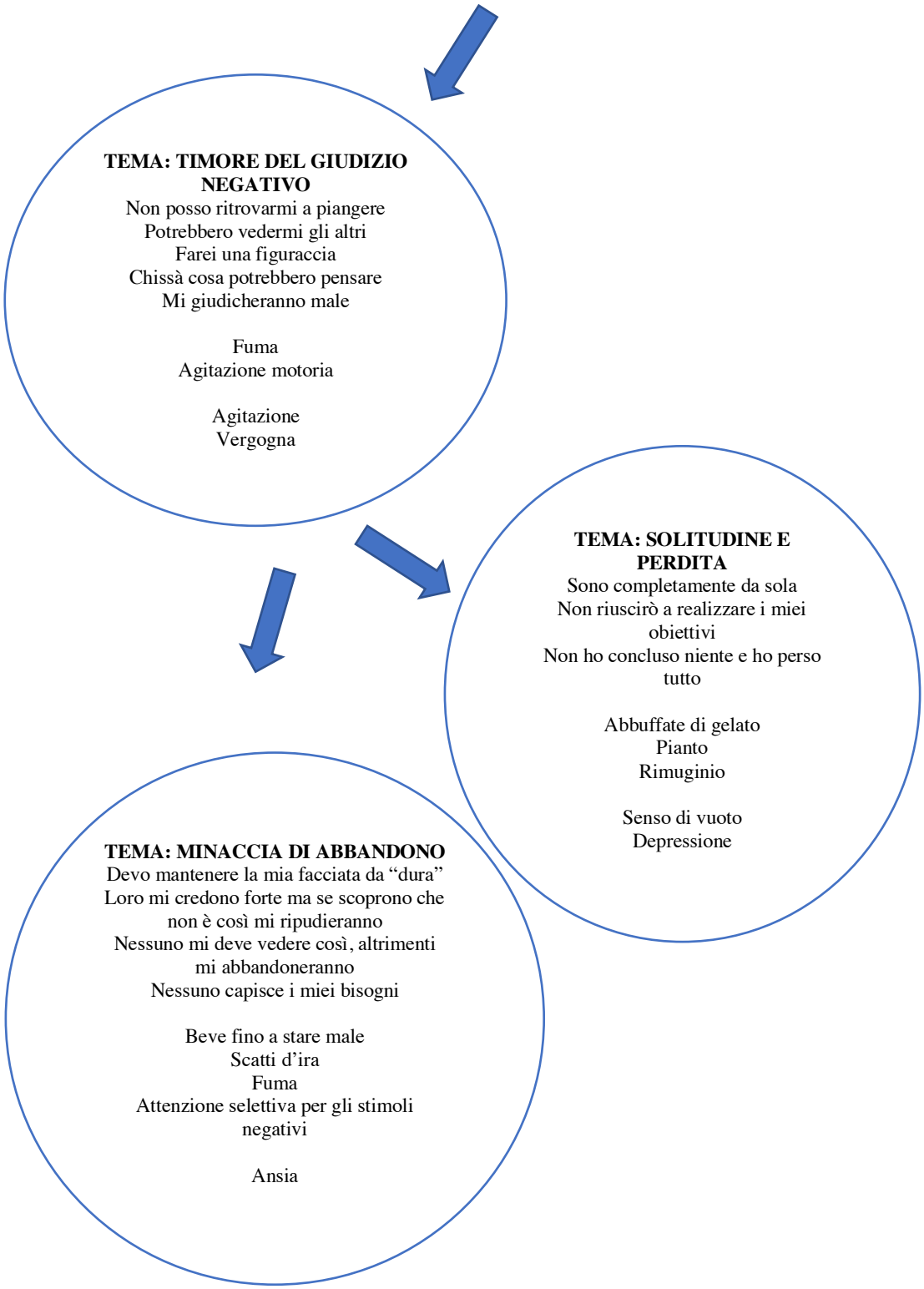
Fuma
Agitazione motoria
Sbatte la porta
Lancia oggetti
Comportamenti impulsivi in generale
Sguardo fisso

Rabbia

**TEMA: AUTOSVALUTAZIONE**
Sono un fallimento
Sono inferiore a tutti
Sono debole
La mia vita fa schifo
Non vado mai bene
Sono una pessima figlia
Sono destinata a rimanere da sola
Vorrei essere diversa

Pianto
Sguardo fisso
Resa
Ascolta la musica in camera

Depressione


TEMA: TIMORE DEL GIUDIZIO NEGATIVO
Non posso ritrovarmi a piangere
Potrebbero vedermi gli altri
Farei una figuraccia
Chissà cosa potrebbero pensare
Mi giudicheranno male
Fuma
Agitazione motoria
Agitazione
Vergogna
TEMA: SOLITUDINE E PERDITA
Sono completamente da sola
Non riuscirò a realizzare i miei obiettivi
Non ho concluso niente e ho perso tutto
Abbuffate di gelato
Pianto
Rimuginio
Senso di vuoto
Depressione
TEMA: MINACCIA DI ABBANDONO
Devo mantenere la mia facciata da "dura"
Loro mi credono forte ma se scoprono che non è così mi ripudieranno
Nessuno mi deve vedere così, altrimenti mi abbandoneranno
Nessuno capisce i miei bisogni
Beve fino a stare male
Scatti d'ira
Fuma
Attenzione selettiva per gli stimoli negativi
Ansia

**Fattori e processi di mantenimento**

- Emotivi: ansia, depressione e senso di vuoto, rabbia. L'ansia porta R. ad investire sempre sullo stesso scopo che è "dare sempre una buona impressione per non essere abbandonata", pertanto tende ad irrigidirsi, a chiudersi e ad evitare il confronto o uno scambio con le persone che le stanno vicino, mantenendo così la sua inadeguatezza.

  Depressione e senso di vuoto sono fattori di mantenimento dal momento che R. assume un atteggiamento passivo che non la fa reagire e le conferma l'idea di non valere nulla. La rabbia la porta ad essere impulsiva ed aggressiva col rischio di allontanare ancora di più la famiglia, in particolare la mamma dalla quale vorrebbe essere accettata incondizionatamente.
- Cognitivi: autosvalutazione, pensiero persistente di essere abbandonata, disfunzioni metacognitive (in particolare integrazione, differenzazione e decentramento). R. fa molta fatica ad avere una visione generale d'insieme di quella che è la sua situazione, a volte fatica a comprendere il punto di vista dell'altro o solo accettare che gli altri possano avere opinioni diverse dalle sue. Questo la porta a pensare di non essere mai capita e a mantenere il pensiero disfunzionale che prima o poi verrà abbandonata da tutti.
- Comportamentali: isolamento sociale che mantiene un forte senso di vuoto, ipercompensazione (tra cui abbuffate, esagerazioni nel bere e/o nel fumare) che le mantiene e le fortifica la credenza di persona indegna. Inoltre, facendo fatica a validare le proprie emozioni alimenta un atteggiamento molto critico e severo verso di sé.
- Interpersonali: si aspetta che tutti (amici e famiglia) la trattino senza considerazione, non la accettino e soprattutto che possano lasciarla sola da un momento all'altro. Ha una rappresentazione di sé da una parte indegna e dall'altra critica e punitiva. Inoltre, frequenta cattive compagnie che la inducono a mantenere comportamenti sregolati.

**Scompenso**

- Scompenso: quando è in terza media muore per malattia fulminante il suo migliore amico, col quale riusciva a confidarsi e si sentiva sempre accolta e accettata. Con la sua perdita, R. perde un punto di riferimento fondamentale

**Vulnerabilità**

- Vulnerabilità storica: genitori ambivalenti, temperamento insicuro e ansioso, derisioni da parte dei compagni delle elementari per il suo peso. In particolare, avere dei genitori non sempre attenti ai

bisogni della figlia e non sempre coerenti nelle regole date o nei modi di relazionarsi, probabilmente ha fatto sì che R. non si sentisse totalmente accettata come figlia/persona.

- Vulnerabilità attuale: invalidazione da parte della mamma e a volte anche del papà, difficoltà di adattamento scolastico e relazionale. Ciò la rende oggi insicura e diffidente nelle relazioni interpersonali ed esposta maggiormente al giudizio sociale, insicurezza che maschera indossando una dura corazza dalla quale non vuole far trasparire nulla.

**Trattamento psicoterapeutico**

La terapia ha avuto inizio a luglio 2019, il lavoro qui presentato è frutto di 17 sedute. La terapia, tuttavia, è ancora in corso.

Di seguito, verrà illustrato il percorso terapeutico di Rebecca.

- Obiettivi condivisi: riconoscimento e regolazione emotiva, condivisione del profilo interno, training assertivo per migliorare la comunicazione con i genitori, strategie di coping per modificare i comportamenti disfunzionali.
- Tecniche utilizzate: raccolta di ABC, alfabetizzazione emotiva, normalizzazione delle emozioni (tecnica del doppio standard), psicoeducazione dell'ansia (curva dell'ansia e SOS Ansia) e del senso di abbandono, ristrutturazione cognitiva, diario emotivo, catena comportamentale secondo la DBT, skills training DBT per la tolleranza alla frustrazione attraverso le tecniche di distrazione e di autoconsolazione.
- Gestione dei colloqui: per i primi tre mesi i colloqui sono stati due a cadenza settimanale, ora una volta a settimana. Inizialmente è stato molto difficile creare un'alleanza terapeutica tale che permettesse a R. di portare contenuti di lavoro utili. Tendeva a dare risposte sintetiche e sbrigative, era molto diffidente e rigida.
- R. ha imparato a validare le proprie emozioni almeno con se stessa. In seduta utilizziamo il nome "Tartaruga." quando ci accorgiamo che anche durante il colloquio fa fatica a togliere la corazza che le impedisce di dar vita alle emozioni che prova. Negli ultimi due mesi non si sono verificate abbuffate, mangia e dorme più regolarmente. Il rapporto con la madre è ancora conflittuale ma va molto meglio.
- L'aspetto più problematico ancora evidente è la difficoltà a relazionarsi in maniera sana con compagni, amici e famiglia. È spesso facilmente irritabile e manipolativa, spesso mente per nascondere o ottenere ciò che vuole. Inoltre, fa un uso del cellulare spropositato che la tiene agganciata ad una vita che non è reale.

*Arianna Polato, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Associazione di Psicologia Cognitiva di Verona, e-mail: polato.arianna@gmail.com*

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

psicoterapeuti in-formazione
Semestrale degli specializzandi delle Scuole di Specializzazione in
Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale APC-SPC-AIPC-IGB-SICC

ISSN 2035-2328

Numero 25 – Numero Monografico Età Evolutiva

giugno 2020

*Responsabile*
Claudia Perdighe

*Comitato di Redazione*
Marzia Albanese, Alberto Collazzoni, Gilda Franceschini, Cecilia Laglia, Chiara Lignola, Dario Pappalardo, Giulia Pelosi, Chiara Riso, Giuseppe Romano, Priscilla Rosini, Niccolò Varrucciu

Psicoterapeuti in-formazione è frutto del lavoro di un progetto di studio degli specializzandi delle scuole di specializzazione APC e SPC di Roma

La rivista è online e open access. Tutti i numeri della rivista sono su:
www.psicoterapeutiinformazione.it

psicoterapeuti in-formazione

viale Castro Pretorio 116 - 00185, tel. 06 44704193 mail:
psicoterapeutiinformazione@apc.it
www.psicoterapeutiinformazione.it