

in-**psicoterapeuti** in-formazione

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

Numero 30, dicembre 2022

ISSN 2035-2328

ARTICOLI TEORICI

Claudio Stefano *La psicoterapia nella balbuzie* pp. 3-34
Del Monte

CASI CLINICI

Irene Tramentozzi *Aurora: superare le barriere dell'ansia sociale e del disturbo
dipendente di personalità* pp. 35-51

Erica Cellitti *Il caso di Roberta: quando il peso della sofferenza è troppo
pressante* pp. 52-66

Letizia Rusci *Paolo: un caso di disturbo d'ansia sociale in comorbidità con
disturbo evitante di personalità* pp. 67-88

Giovanna Panichi *Il difetto di essere Mirko* pp. 89-105

psicoterapeuti in-formazione

RESPONSABILE

Claudia Perdighe

COMITATO DI REDAZIONE

Marzia Albanese, Alberto Collazzoni, Gilda Franceschini, Cecilia Laglia, Chiara Lignola, Dario Pappalardo, Giulia Pelosi, Chiara Riso, Giuseppe Romano, Niccolò Varruciu.

Iscrizione ISSN 2035-2328

Psicoterapeuti in formazione è frutto del lavoro di un progetto di studio degli specializzandi delle scuole di formazione APC e SPC. Sede di Roma: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193

Mail: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Sito: www.psicoterapeutiinformazione.it

Aurora: superare le barriere dell'ansia sociale e del disturbo dipendente di personalità

Irene Tramentozzi ¹

¹Psicologa- Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Roma

Riassunto

Il presente lavoro tratta del caso clinico di Aurora, ragazza di 22 anni con diagnosi di Disturbo d'Ansia Sociale e Disturbo Dipendente di Personalità (APA 2013). La formulazione del caso ha posto particolare attenzione al ruolo dei comportamenti protettivi che concorrevano al mantenimento del disturbo, condizione che veniva vissuta come segno di debolezza e inadeguatezza da parte della paziente e che la trascinavano in una spirale di negatività nei confronti della percezione di sé e del mondo. Un aspetto fondamentale è stato quello di aiutarla a normalizzare il proprio vissuto, spiegando il razionale dietro la sintomatologia presentata e il ruolo dei processi di mantenimento -in particolare la presenza di cicli interpersonali- al fine di ridurre sin da subito il problema secondario e aumentare la compliance al trattamento. La “chiave” della riuscita del percorso terapeutico è stata sicuramente la buona alleanza terapeutica instaurata e consolidata nel corso del tempo, caratterizzata da una modalità relazionale in cui ella potesse fare esperienza di riconoscimento ed accoglimento dei propri bisogni, ma allo stesso tempo sperimentando se stessa come entità unica ed in grado di gestire la propria esperienza interna ed esterna. L'interesse clinico del lavoro risiede nella complessità del caso presentato e nella gestione delle modalità relazionali disfunzionali della paziente stessa.

Parole Chiave: Disturbo d'Ansia Sociale, Disturbo Dipendente di Personalità, meta-vergogna, cicli interpersonali

Aurora: overcoming the barriers of social anxiety and dependent personality disorder

Summary

The present work focuses on the clinical case of Aurora, a 22-year-old woman diagnosed with Social Anxiety Disorder and Dependent Personality Disorder (APA 2013). The case formulation paid particular attention to the role of protective behaviors that contributed to the maintenance of the disorder, which the patient experienced as a sign of weakness and inadequacy, leading her into a spiral of negativity towards self-perception and the world. A fundamental aspect was to help her normalize her experiences by explaining the rationale behind the presented symptoms and the role of maintenance processes - particularly the presence of interpersonal cycles - in order to immediately reduce the secondary problem and increase the treatment compliance. The key to the success of the therapeutic process was undoubtedly the establishment and consolidation of a strong therapeutic alliance over time, characterized by a relational approach that allowed her to experience recognition and acceptance of her own needs while also empowering her as a unique individual

Irene Tramentozzi, Aurora: superare le barriere dell'ansia sociale e del disturbo dipendente di personalità N. 30, 2022, pp. 3-19.

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

capable of managing her internal and external experiences. The clinical significance of this work lies in the complexity of the presented case and the management of the patient's dysfunctional relational patterns.

Presentazione del caso

Aurora è una ragazza di 22 anni (attualmente 24). Secondogenita, ha una sorella maggiore di cinque anni. Abita con i suoi genitori e lavora a tempo pieno presso l'attività di famiglia, gestita dal padre.

Aurora sin da subito mi riporta una forte preoccupazione per la propria condizione mentale, racconta di essere stata in viaggio all'estero, con il suo attuale ex fidanzato, dove per cinque giorni soffre di attacchi di panico e forte ansia. Dopo il viaggio, decide di lasciarlo, accusandolo di essere lui la causa del suo malessere. Nel periodo immediatamente successivo alla rottura della relazione, Aurora racconta di aver pianto tutti i giorni domandandosi se avesse fatto bene ad interromperla, se fosse lui la causa del suo male oppure lei ad essere la sbagliata, *"la matta"*.

Smette di mangiare e di dormire e tale situazione porta i genitori a contattare un neurologo che, senza visitarla, le prescrive una cura farmacologica e le consiglia una psicoterapia. Con l'inizio della terapia farmacologica, Aurora riprende a mangiare e ad avere un sonno regolare.

Riferisce però di continuare a soffrire di forte ansia, pianto mattutino e sente di *"aver perso il controllo di sé"*. Il timore è legato alla paura di impazzire. Evita le situazioni sociali per timore di non riuscire a gestire l'interazione con gli altri e non compie nessuna attività quotidiana se non è in compagnia di qualcuno.

Il motivo dell'invio verte sul timore di veder peggiorare la propria salute mentale e *"non essere più recuperabile, diventare matta in maniera definitiva"*.

Al primo colloquio si presenta puntuale. Di bell'aspetto, curata nell'igiene e nel vestiario. Vigile, ben orientata nello spazio-tempo, comportamento congruo al contesto e buona padronanza del linguaggio. All'interno della famiglia, la madre mostra forti preoccupazioni circa la salute mentale della paziente, è lei a spingerla a intraprendere anche una terapia psicologica, mentre il padre risulta essere del tutto indifferente e distaccato dalle problematiche di Aurora, la sorella invece assume un atteggiamento aggressivo e svalutante nei suoi confronti.

La figura materna viene descritta come un importante punto di riferimento, mentre il padre è visto dalla paziente come una figura marginale e con la sorella riporta frequenti e violenti discussioni verbali che compromettono il livello di comunicazione all'interno della famiglia stessa.

Descrizione del problema

Dopo la fine della carriera scolastica, Aurora cerca uno psicoterapeuta con il quale intraprende un percorso di sei mesi, interrotto poi dalla paziente stessa poiché secondo lei il terapeuta “*non aveva capito veramente il suo problema*”. Ciò che spinge la paziente ad iniziare la precedente terapia è un evento accaduto durante l'esame di maturità, nel quale sperimenta una forte ansia legata al non potersi allontanare dall'aula per circa due ore. Il timore verteva sulla possibilità di dover ricorrere ai servizi igienici e non potersi alzare dal suo posto, pena l'annullamento della prova. Tale condizione la scoraggiò a proseguire negli studi ed a non intraprendere la carriera universitaria da lei tanto desiderata.

Un anno dopo, a seguito di un peggioramento della sintomatologia ansiosa, che coincide con la rottura di una relazione sentimentale, si rivolge ad uno psichiatra il quale gli prescrive un trattamento farmacologico con antidepressivo e un ansiolitico, cura sospesa successivamente poiché lo stesso psichiatra ritenne stesse meglio “*grazie all'instaurarsi di una nuova relazione con un altro partner*.”. Sin da bambina, dall'età di 6 anni, ha sempre sofferto di ricorrenti dolori alla pancia; tutte le mattine passava molto tempo in bagno con la madre ad aspettare che questi dolori passassero. Per un po' di anni il problema non si presenta sino all'inizio del liceo, quando Aurora durante le interrogazioni inizia a sentirsi puntualmente male ed è costretta ad andare in bagno più volte, cominciando così a sviluppare timore che ciò potesse accadere anche in altre situazioni.

I sintomi attuali, che preoccupano e scuotono particolarmente la paziente vertono su due problematiche: 1) quando si trova in mezzo alle persone non riesce a seguire i discorsi, si sente estraniata, ha timore di partecipare alle conversazioni perché “*non ricorda cosa dicono gli altri e non sa come rispondere*” 2) timore di avere mal di pancia, che la costringe ad andare in bagno e paura di non riuscire a trattenersi e sentirsi male davanti a tutti o in contesti inadeguati.

Rispetto a queste due problematiche evidenziate, la paziente evita tutte quelle situazioni in cui sente di non poter avere pieno controllo dei sintomi ed attua comportamenti protettivi (evita di mangiare qualche ora prima, assume camomilla per rilassare lo stomaco), si espone alle situazioni sociali (anche se non frequentemente) e solo in presenza di una figura per lei rassicurante, non esce mai da sola per paura di sentirsi male (se costretta, rimane al telefono con la madre per tutto il tragitto).

I sintomi sembrano presentarsi tutte le volte che Aurora si trova in un contesto sociale, anche lavorativo, e sono accentuate se non conosce bene le persone con cui interagisce. Tali situazioni si accompagnano a sintomi fisici.

Grazie alla ricostruzione della storia della sofferenza, si evidenzia come in Aurora i sintomi di malessere si acuiscano a seguito di rotture relazionali con i vari partner, e all'instaurarsi di una nuova relazione, ella ritrovi un benessere temporaneo derivato dal sentirsi al sicuro all'interno della relazione stessa. Quando questa non soddisfa più il bisogno di sicurezza (“...L. non mi dava più attenzioni come prima, stavamo sempre insieme, mi accompagnava al lavoro, usciva solo con me...poi si iscrive in palestra e io mi sento abbandonata”), in Aurora si ripresentano in misura maggiore i sintomi legati all'ansia e alla depressione.

Dopo circa sette mesi dall'inizio della terapia, Aurora, che sino ad allora aveva sempre descritto un clima familiare positivo, comincia a raccontare di episodi ripetuti di violenza fisica da parte del padre nei confronti della sorella, scaturiti da discussioni in casa tra i due. La paziente vive questa condizione con forte ansia e paura, si sente responsabile della tutela della sorella affermando come ella tenda ad assumere un atteggiamento “troppo provocatorio” mentre lei, “più calma”, riesce a gestire il padre tranquillizzandolo. È sempre la paziente a mettersi in mezzo fisicamente tra i due per interrompere le percosse, mentre la madre rimane una spettatrice passiva di ciò che accade. In particolare racconta un episodio, durante il quale lei non era presente in casa, dove i vicini, spaventati dalle urla, hanno chiamato le forze dell'ordine che sono subito intervenute. Aggiunge anche che una volta, la sorella, si è presentata sul luogo di lavoro con lividi evidenti su viso, collo e braccia ed il datore l'ha invitata a tornare a casa e a prendersi un periodo di riposo. Aurora sembra giustificare il comportamento del padre, affermando che è la sorella “a cercarsela”, mentre nei suoi confronti il padre non ha mai provato ad alzarle le mani.

Nelle sedute successive, risulta più riluttante a parlarne, affermando che gli episodi sono avvenuti con la maggiore età e che ultimamente non stanno più accadendo poiché la sorella sta seguendo una terapia psicofarmacologica che la aiuta a “gestire la rabbia”.

Test somministrati: Alla paziente sono stati somministrati i seguenti test:

LSAS: nella sotto-scala Ansia/Paura 35/72; nella sotto-scala Evitamento 32/72; Punteggio totale: 67/144; il punteggio totale rientra in Ansia Sociale Marcata.

BDI-II: il punteggio totale è di 18 punti. Rientra in Lieve Depressione.

SCID 5: si soddisfano i criteri per un Disturbo Dipendente di Personalità

Ipotesi diagnostica:

Dai sintomi riportati la paziente potrebbe essere inquadrata secondo il manuale per i disturbi mentali DSM-5 con una diagnosi di Disturbo Dipendente di Personalità in comorbidità con un Disturbo di Ansia Sociale. Lo sfondo affettivo depressivo risulta ascrivibile agli effetti dei continui evitamenti messi in atto e della forte critica che la paziente attua nei confronti del proprio problema.

Profilo interno del disturbo

Di seguito si riportano alcuni abc delle varie sedute inerenti alle situazioni attivanti il malessere:

A	B	C
Sono con le amiche e mia sorella ad un pub	“Loro parlano e io non riesco a seguire il discorso... se mi fanno qualche domanda non so cosa rispondere... Potrei rispondere qualcosa di sbagliato e fare una brutta figura”	Vergogna Tremore Voce spezzata Tachicardia Sudorazione Rossore viso
A'	B'	C'
C	“Tutti si renderanno conto di come sto e penseranno che sono matta”	Metavergogna Ansia Dolore allo stomaco
A''	B''	C''
C'	“Non è normale stare così, se scoprono che sono matta tutti mi abbandoneranno e rimarrò sola, chi vuole stare con una matta?”	Tristezza Fuga (“me ne vado”)

A	B	C
Sono al negozio e sto servendo una cliente	“Non riesco a capire cosa vuole, ora mi domanda qualcosa a cui non so rispondere e farò sicuramente una brutta figura”	Vergogna Rossore in viso Tremore Voce spezzata Sudorazione Tachicardia
A'	B'	C'
C	“se faccio una brutta figura questa penserà che sono una matta, una da ricoverare in una clinica psichiatrica..., sicuramente adesso lo vedrà che sto così”	Metavergogna Ansia Mal di pancia
A''	B''	C''
C'	“non posso continuare così, non riesco più a lavorare, finirò da sola abbandonata da tutti”	Tristezza Pianto Fuga (“lascio il negozio”)

A	B	C
C. mi dice che stasera andrà a giocare alla playstation a casa dei suoi amici	Perché vuole andare a giocare dagli amici? E se ci sono le ragazze? Forse si sta stufando di me e mi vuole lasciare <i>Laddering</i>	Ansia Paura Tristezza

	<p>Se mi lascia rimarrò sola, non troverò nessuno che vuole stare con me...</p> <p>Se rimango sola e qualcuno vuole farmi del male chi mi difenderà? Mi uccideranno</p>	Pianto
--	---	--------

A	B	C
C. mi dice che domenica vuole andare al cinema	<p>Non mi piace il cinema... però che faccio gli dico che non mi va? E se poi si annoia o penserà di me che sono strana...</p> <p>Meglio che non dico niente e faccio quello che vuole lui</p> <p><i>Laddering</i></p> <p>Se non faccio quello che vuole lui poi mi lascia e io rimango sola...</p> <p>Se rimango sola qualcuno potrebbe farmi del male, potrei morire</p>	<p>Ansia</p> <p>Paura</p> <p>Tristezza</p>

Nei diversi contesti analizzati il punto di arrivo del laddering si esplicita come anti-scopo terminale di non essere sola e abbandonata, legato alla credenza del sé che se rimane sola sarà vulnerabile e qualcuno potrebbe approfittarsi di lei. Intorno all'anti-scopo si organizzano di conseguenza delle modalità cognitive e comportamentali strategiche atte a evitare una brutta figura, un giudizio negativo e il non fare esperienza di emozioni perturbanti -come ansia e tristezza- ed una modalità di accondiscendenza ai bisogni dell'Altro al fine di scongiurare in ogni modo la possibilità di essere rifiutata.

Disfunzioni metacognitive:

Difficoltà di differenziazione: Aurora nell'interazione con l'altro non differenzia il proprio contenuto mentale dalla realtà. Ciò avviene soprattutto rispetto al suo timore di poter essere giudicata negativamente a causa del proprio vissuto, assumendo che soltanto parlando con lei o guardandola, gli altri possano venire a conoscenza della sua ansia.

Mastery di I livello: la paziente non è in grado di regolare i propri stati interni come problemi da risolvere utilizzando le conoscenze psicologiche per pianificare adeguate strategie di coping. Aurora per esempio, la maggior parte delle volte, si limita a mettere in atto i suoi comportamenti protettivi (evitare, assumere una camomilla, non mangiare alcuni cibi, avere un accompagnatore, ricerca di rassicurazioni...) per abbassare l'ansia.

Processi di mantenimento:

Tra i principali fattori e processi di mantenimento, oltre ai comportamenti protettivi e bias cognitivi, assume centrale importanza il ciclo interpersonale con la figura materna, la quale conferma le credenze legate al bisogno di accudimento e protezione da parte degli altri.

1. ***Comportamenti protettivi:***

riguardano tutti quei comportamenti che la paziente mette in atto al fine di ridurre la sintomatologia ansiosa: evitamenti, come evitare di esporsi alle situazioni sociali, in particolare quelle nelle quali può ricevere un giudizio (ad esempio colloquio di lavoro, rinuncia agli studi universitari), evitare anche cene o incontri di varia natura con persone non familiari, compiere commissioni da sola,

Comportamenti di prevenzione della minaccia come assumere camomilla, evitare alcuni cibi prima di un evento sociale, chiamare la madre al telefono quando è in macchina da sola. Tutto ciò impedisce però ad Aurora di fare esperienza di come l'ansia e la vergogna siano emozioni passeggera che si abbassano naturalmente anche senza mettere in atto i comportamenti protettivi. Questi comportamenti diventano quindi funzionali al mantenimento del disturbo.

2. ***Bias cognitivi:***

Metavergogna: Aurora manifesta un significativo timore di essere matta per il solo fatto di vergognarsi e provare ansia, attribuendo allo stato emotivo un valore di minaccia al

raggiungimento degli scopi sovrainvestiti: *“mi vergognerò e penseranno che sono una matta”*. Nella paziente è dunque presente la credenza che gli altri la valuteranno negativamente a causa del proprio vissuto emotivo. Tale considerazione la catapulta in un circolo vizioso, all'interno del quale la vergogna aumenta in intensità ed il perseguimento dei propri scopi diventa sempre più difficile.

Mood congruity affect: attraverso il quale, quando la paziente prova ansia e vergogna, rievoca spesso e con più facilità ricordi legati alle precedenti esperienze in cui ha esperito tali emozioni incrementando l'ansia e la probabilità che tali eventi possano verificarsi nuovamente.

Affect as information: attraverso il ragionamento emozionale Aurora utilizza il proprio vissuto emotivo come informazione che orienta le valutazioni sulla realtà, aggravando le rappresentazioni mentali di pericolo: *“se sperimento tutta questa ansia allora vuol dire che sono veramente matta e tutti se ne accorgeranno”*.

Pensiero dicotomico: *“nella vita o sei sempre controllata e lucida oppure sei matta”* aumenta le credenze disfunzionali della paziente.

Attenzione selettiva: a partire dallo stato di allarme, la paziente ricerca attorno a sé quelli che ritiene essere i campanelli di allarme di un eventuale giudizio negativo da parte degli altri, ciò non permette di porre l'attenzione ad altre informazioni e fa sì che invece venga focalizzata sui correlati somatici dell'ansia e della vergogna.

Drammatizzazione e ingigantimento: le sensazioni somatiche e mentali elicitate dall'ansia e dalla vergogna sono interpretate in modo più duraturo ed avversivo, inoltre vengono interpretate come i segni di un impazzimento e motivo di allontanamento da parte degli altri.

Problema secondario: a causa dei continui evitamenti e comportamenti di prevenzione della minaccia sopra elencati la vita della paziente ha subito un consistente impoverimento, sulla base del quale Aurora ha iniziato a criticarsi sempre più frequentemente sperando uno stato di depressione secondaria.

Vulnerabilità alla vergogna: nella famiglia di origine sono nate e si sono fortificate le sensazioni di vergogna derivati da messaggi come *“da sola non ce la fai, sei diversa da altri bambini”* che hanno stimolato sensazioni di fragilità, inadeguatezza e diversità dagli altri. Spesso la paziente riporta la frase *“da piccola ero strana, diversa dagli altri”*. Questa credenza ha interagito con le esperienze di vita vissute negli ultimi anni ed hanno causato ancor più una sensazione di vergogna nella paziente quando deve relazionarsi agli altri.

3. *Cicli interpersonali:*

La figura materna sembra confermare costantemente alla figlia una immagine di vulnerabilità, inadeguatezza e fragilità emotiva, esprimendo preoccupazione e forti timori ogni qualvolta Aurora esprime i suoi timori, le chiede una rassicurazione o manifesta una propria insicurezza.

Le relazioni con i partner sono basate su una asimmetria nella quale ella mette in atto schemi di accondiscendenza, autosacrificio del sé e sottomissione alla volontà dell'Altro, che risulta spesso svalutante e critico nei suoi confronti.

Esordio e scompenso

Relativamente al Disturbo Dipendente di Personalità, scompenso ed esordio coincidono. Secondo il DSM-5 è possibile porre diagnosi a partire dai 18 anni di età, ma già dalla prima infanzia è possibile ipotizzare che la paziente cominci a sovrainvestire lo scopo di “non essere sola e abbandonata” legato alla credenza di essere vulnerabile alle minacce dell'Altro e non sapersi difendere se non con l'aiuto di qualcuno.

Esordio: relativamente al Disturbo di Ansia Sociale, l'esordio potrebbe coincidere con l'episodio dell'esame di maturità, durante il quale Aurora sperimenta per la prima volta una forte vergogna sulla quale strutturerà successivamente un secondario di metaverogna e depressione.

Scompenso: fin dalla prima infanzia la paziente presenta una storia di somatizzazione relativa all'ansia la quale si presentava con forti dolori addominali, coliti che spesso la costringevano a non andare a scuola e durante le quali riceva accudimento e attenzioni da parte della figura materna. Tale sintomatologia si acuirà in età adolescenziale durante le prestazioni scolastiche. Questi episodi le provocavano un forte imbarazzo iniziando a ricevere feedback negativi da parte degli altri (“*mi dicevano che ero strana, che non ero normale...*”).

Vulnerabilità storia e attuale

Dalla ricostruzione della storia di vita, appaiono molti episodi in cui la paziente si trova in condizioni di “difficoltà” (es. si perde in un negozio, si fa male ecc.) tempestivamente confortate dalla madre

che le rimandava costantemente un'immagine di sé come bisognosa di aiuto e non in grado di affrontare le avversità da sola.

Aurora riferisce inoltre che quando lei era bambina, la mamma soffriva di attacchi di panico e lei era molto spaventata da questi eventi in cui vedeva la mamma piangere senza capire il perché e dove era il pericolo, riferendo proprio di rimanere “terrorizzata e non sapere cosa fare”.

La mamma rimandava ad Aurora un'immagine ambivalente di sé: un momento appariva “l'eroe” e subito dopo “la vittima” bisognosa di aiuto e non in grado di proteggerla.

La relazione con il padre risulta altamente conflittuale. Aurora non riesce a riferire ricordi del padre durante l'infanzia, lo descrive come una figura marginale della sua vita. Il rapporto viene consolidato quando, a 18 anni, inizia a lavorare al negozio insieme al padre, descrivendolo come “violento e svalutante nei modi” nei confronti di tutti, non solo di lei. Si sentiva e si sente tutt'ora continuamente messa in discussione e mai apprezzata. Scoprirò infatti solo successivamente che il padre è violento fisicamente con la sorella più grande. Aurora, almeno attualmente, non ha mai parlato di violenze fisiche subite direttamente e sembra che le violenze fisiche con la sorella siano iniziate in tarda età, intorno ai 21-22 anni, (la paziente aveva quindi 17-18 anni, anche se lo riferisce in modo vago, dicendo di non ricordarselo), eventi ripetuti che hanno costretto la sorella ad abbandonare il lavoro presso il negozio di famiglia e a trovarsi un'occupazione in un altro posto di lavoro.

Il ruolo della madre sembra essere quello di una spettatrice inerme di fronte alle violenze fisiche ricevute dalla figlia senza mai intervenire.

Un episodio chiave viene riportatomi dalla paziente (e successivamente sarà la stessa mamma a raccontarmelo), quasi come un “mito” familiare. La madre di Aurora, rimane orfana di madre all'età di tre anni e il padre si risposa con una donna che vive in un'altra regione. Chiede ai figli di seguirlo, ma loro si rifiutano e rimangono con la loro nonna, tranne il fratello più grande di 7 anni che va a vivere con quella che diventerà la sua “matrigna”. Tale matrigna si rivelerà poi molto violenta, tanto da procurare allo zio di Aurora un trauma cranico e svariate rotture ossee. Verso i 15-16 anni, viene diagnosticato allo zio la schizofrenia e all'età di 18 anni riesce a scappare di casa e tornare dai suoi fratelli, in provincia di Roma. Lo zio morirà poi all'età di 24 anni, ucciso da due uomini che volevano rapinarlo, gettando il corpo in un fossato che sarà ritrovato solo mesi dopo.

Questo evento segna molto il vissuto della madre di Aurora, che manifesta lei stessa durante un colloquio l'angoscia che “*anche sua figlia possa essere matta*”. Lo stesso evento segna anche la paziente, che vive nel timore di essere anche lei “*matta come lo zio*” e la paura di trovarsi in situazioni in cui qualcuno si approfitti di lei e la uccida.

Tra i fattori di vulnerabilità attuale, viene individuato il ciclo interpersonale della figura materna la quale risulta essere controllante e mantiene le credenze disfunzionali sul sé della paziente. Inoltre Aurora presenta una vulnerabilità alla vergogna, bias cognitivi che rappresentano un forte fattore di mantenimento.

In ambito relazionale Aurora instaura relazioni con partner che mantengono e rafforzano le credenze di non essere in grado di cavarsela da sola, di essere bisognosa degli altri, rimandandole l'idea che le emozioni negative siano segno e sintomo di malattia mentale e diversità.

Trattamento

L'obiettivo primario concordato con la paziente è stato quello di intervenire sul disturbo di ansia sociale e soprattutto ridurre per poi eliminare del tutto i comportamenti di evitamento e prevenzione della minaccia al fine di restituirle una vita più ricca e significativa.

Con la riduzione della sintomatologia ansiosa, è stato concordato un intervento orientato a rendere consapevole la paziente degli schemi patogeni e le strategie di coping che influenzano le dinamiche relazionali.

Gli obiettivi impliciti sui quali si è reso necessario lavorare sono:

- Riduzione dell'ansia sociale, al fine di far comprendere alla paziente che le sensazioni somatiche e mentali della vergogna e dell'ansia non sono aversive ma, seppur fastidiose, comunque tollerabili e gestibili;
- Ridurre il problema secondario, attraverso la spiegazione e la condivisione del modello del disturbo è stato possibile spiegare il razionale dietro i comportamenti di evitamento e il fatto che non mettendo più in atto i comportamenti di protezione la sintomatologia ansiosa ne avrebbe beneficiato riducendo la depressione secondaria;
- Ridurre l'iperinvestimento sugli scopi strumentali di evitare il giudizio dell'altro, non provare mai ansia\tristezza;
- Riduzione della pericolosità della minaccia di essere sola.

Al fine di ridurre la vergogna e la sintomatologia ansiosa, le strategie e le tecniche utilizzate sono state:

- ✓ Rendere riconoscibile l'ansia e comprenderne le manifestazioni → condivisione del modello; psicoeducazione; distinzione tra sensazione personale e realtà;
- ✓ Formulare pensieri alternativi meno catastrofici e più funzionali → ABC, dialogo socratico, diario di automonitoraggio e ristrutturazione cognitiva
- ✓ Favorire un processo di abituação ai vissuti ansiogeni ed intervenire sui comportamenti protettivi e di evitamento → ristrutturazione cognitiva; ER/P
- ✓ Prevenzione delle ricadute e vulnerabilità storica → Ricostruzione storia di vita; Imagery with Rescripting

Al fine di ridurre la pericolosità della minaccia legata alle credenze patogene del sé le strategie e le tecniche utilizzate sono state:

- ✓ Imparare a legittimare, proteggere e curare i propri bisogni. Validare e incoraggiare un piano di vita autonomo e personale. → dialogo socratico, ristrutturazione cognitiva, training assertivo; lavoro sui valori personali;
- ✓ Prevenzione delle ricadute e vulnerabilità storica → Ricostruzione storia di vita; Imagery with Rescripting

Al fine di ridurre gli schemi patogeni sul sé e sull'Altro legati al Disturbo di Personalità Dipendente:

- ✓ Relazione terapeutica
- ✓ Dialogo socratico, ristrutturazione cognitiva, ER/P
- ✓ Prevenzione delle ricadute e vulnerabilità storica → Ricostruzione della storia di vita; Imagery with Rescripting

La relazione terapeutica

La relazione terapeutica si è instaurata sin da subito in un clima di collaborazione, fiducia e reciprocità. Tuttavia, nel corso della terapia, è stato difficile porre dei confini nel setting a seguito delle incessanti richieste di rassicurazione e aiuto da parte della paziente. Aurora, infatti, nella fase

iniziale tendeva ad attuare i suoi cicli interpersonali nei miei confronti provando a delegarmi le sue scelte e richiedendomi continuamente una mia opinione, supporto o consiglio.

È stato necessario validare continuamente i traguardi che la paziente riusciva ad ottenere in completa autonomia e stimolare un pensiero critico indipendente attraverso la strategia del problem solving con l'obiettivo di far sperimentare ad Aurora un senso di autoefficacia personale che ha trovato la sua massima espressione quando la paziente ha deciso di iscriversi all'università mettendosi alla prova nelle sue competenze e capacità. Tale scelta ha comportato la possibilità di sperimentare un ambito di funzionamento nel quale potesse riscoprirsi come un'entità autonoma e indipendente, in grado di affrontare le avversità, senza la necessità di ricorrere costantemente ad un aiuto esterno.

Un altro aspetto che è stato importante gestire all'interno della relazione terapeutica, è stata la mia conoscenza riguardo ad una relazione extra-coniugale da parte della madre e del quale molte persone della cittadina dove abitiamo ne erano a conoscenza. Ciò non ha influito sulle mie modalità di approccio, cercando continuamente di tutelare la relazione terapeutica, rispetto i tempi ed i bisogni della paziente.

Descrizione della terapia:

Il percorso terapeutico tuttora in corso, prevedeva inizialmente incontri pianificati a cadenza settimanale, che sono andati a diradarsi nel corso del tempo. In un primo momento per aumentare la compliance al trattamento si è reso necessario condividere e spiegare dettagliatamente alla paziente il modello del disturbo dell'ansia sociale, accompagnato a un intervento di tipo psicoeducativo che ha rappresentato un punto di fondamentale importanza, de-catastrofizzando i vissuti emotivi e normalizzando le reazioni psicofisiologiche ad essi connessi. Tale modello è stato poi tarato sui vari episodi di ansia esperiti dalla paziente al fine di spiegare anche il ruolo dei comportamenti di evitamento e prevenzione della minaccia che hanno impoverito sempre più la vita di Aurora.

Comprendere il rapporto tra pensieri, emozioni, comportamenti e reazioni fisiologiche tramite la tecnica degli ABC, ha significato conferire al trattamento un rationale condiviso e consapevole, smontando alcuni "miti" relativamente all'ansia e alle doverizzazioni relative alle relazioni sociali. La paziente, sentendosi validata nel suo vissuto e accolta nelle proprie preoccupazioni, ha cominciato così a porsi interrogativi circa un potenziale distinguo tra le sensazioni personali e la realtà.

Tecniche cognitive quali il “dialogo socratico”, “la tecnica delle due sedie”, “la tecnica della torta”, “la probabilità cumulata”, la messa in discussione delle credenze, hanno permesso di modificare gli schemi personali, costruendo scenari mentali maggiormente adattivi.

Di particolare rilevanza è stato lavorare sull'accettazione delle minacce percepite, la paziente è stata infatti aiutata a rendersi consapevole della difficoltà e impossibilità di ridurre la minaccia, considerando non solo i benefici degli evitamenti e dei comportamenti protettivi, ma anche i costi, riconsiderando le aspettative connesse all'interazioni sociali.

Solamente dopo aver costruito l'accettazione in seduta è stato possibile passare all'esposizione, enterocettiva prima, in vivo poi. Abbiamo costruito una gerarchia di 7 situazioni sociali in ordine crescente di difficoltà esperita o potenziale attraverso la quale, la paziente, partendo dalla situazione meno ansiogena si è esposta sino ad arrivare a quelle maggiormente temute, sperimentando gradualmente un senso di autoefficacia e di potere sui propri stati emotivi. Le esposizioni sono state condotte inizialmente con me e poi venivano lasciate come homework tra una seduta e l'altra. È stato necessario fare molta validazione, normalizzazione e riportare di volta in volta alla mente della paziente le argomentazioni utilizzate in fase di lavoro sull'accettazione.

Con la riduzione della sintomatologia legata all'ansia sociale, è stato possibile iniziare un lavoro improntato sulle credenze patogene del sé in ambito relazionale. La paziente è stata portata alla consapevolezza, tramite il dialogo socratico, dei cicli interpersonali, che avevano un ruolo significativo nel mantenimento del disturbo primario e che rendevano disfunzionale il suo approccio alle relazioni passate ed attuali, aiutandola a definire i propri valori e la propria direzione di vita. È stato altresì importante lavorare con il training assertivo, dando la possibilità ad Aurora di acquisire nuove competenze relazionali. L'iscrizione all'università e un nuovo lavoro lontano dal contesto familiare, hanno permesso alla paziente di sperimentare una nuova visione di sé, come competente, efficace e autonoma. La nuova relazione intrapresa, sta permettendo alla paziente di sperimentare la possibilità di manifestare i propri bisogni e la messa alla prova dei nuovi schemi costruiti nella terapia. Attualmente la terapia è in corso e il lavoro è centrato sulla prevenzione delle ricadute e sulla vulnerabilità storica, utilizzando la ricostruzione della storia di vita personale e l'Imagery with Rescripting. Attivando memorie legate a eventi in cui la paziente ha fatto esperienza di un Sé vulnerabile, si sta avendo la possibilità di riprocessare e riscrivere le esperienze nel presente e attribuire un nuovo significato a episodi critici della sua vita, nell'accettazione di Sé e delle proprie esperienze.

Valutazione degli esiti

L'ansia sociale non si è più presentata e sono migliorate le competenze metacognitive. Anche il tono dell'umore è nettamente migliorato ed ha interrotto ogni cura farmacologica. Aurora conduce una vita sociale più ricca e significativa rispetto a prima, nella relazione con il partner riesce a manifestare i suoi bisogni divenendo parte attiva della loro quotidianità. Riesce a tollerare la solitudine ed è autonoma nel condurre le sue attività di vita. Permangono difficoltà legate alle relazioni familiari, tematica che per Aurora risulta ancora ad oggi difficoltosa da affrontare in terapia.

Conclusioni

La complessità del caso di Aurora si esplicita su più fronti. La comorbidità di due Disturbi, in particolare la presenza di un Disturbo di Personalità, ha implicato un corretto inquadramento diagnostico e un'altrettanta adeguata gestione delle modalità relazionali all'interno del setting terapeutico. La relazione terapeutica è stata messa alla prova con le continue ed incessanti richieste da parte della paziente, che sin da subito si è mostrata bisognosa ed esigente. Da una parte si è cercato di accogliere la sua sofferenza, dall'altra è stato necessario gestire le richieste invalidando le sue aspettative e sollecitandola a sviluppare le capacità di autonomia di pensiero e di gestione delle situazioni critiche, che inizialmente erano del tutto assenti in Aurora.

Un ulteriore aspetto interessante di questo caso, e che si ritiene pertanto utile sottolineare, è la gestione della presa in carico di pazienti all'interno di una realtà cittadina molto più ristretta rispetto ad una grande metropoli, che spesso risulta intrecciata con conoscenze personali del terapeuta e del paziente stesso. È sempre opportuno valutare accuratamente se tale aspetto può essere un impedimento per la riuscita del percorso stesso, come è altrettanto necessario riconoscere e gestire possibili pregiudizi derivati da conoscenze dirette ed indirette che possono influenzare la rappresentazione mentale che il terapeuta costruisce del proprio paziente. Nel caso di Aurora, le conoscenze personali pregresse sono state valorizzate come punto di forza della relazione terapeutica, attraverso il rispetto dei suoi bisogni e dei suoi tempi, permettendole così di fare una nuova esperienza dell'Altro.

Bibliografia

American Psychiatric Association (APA) 2013. DSM-5; Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Trad. It. (2014). Milano, Raffaello Cortina Editore

Barcaccia B. (2008). La formulazione del caso clinico. In Perdighe C, Mancini F (eds). Elementi di psicoterapia cognitiva. Roma: Giovanni Fioriti editore

Cieri L. (2008). La fobia sociale. In Perdighe C, Mancini F (eds). Elementi di psicoterapia cognitiva. Roma: Giovanni Fioriti Editore

Castelfranchi C (2017). Che figura. Bologna: Il Mulino

Jeffrey E.Y., Janet S.K., Marjorie E. Weishaar. (2018) Schema therapy. La terapia cognitive-comportamentale integrata per i disturbi della personalità. Erikson Editore

Mancini F, Gragnani A. (2005). L'esposizione come prevenzione della risposta come pratica dell'accettazione. Cognitismo clinico, 2, 38-58

Rainone A, Mancini F., (2018). La mente depressa. Comprendere e curare la depressione con la psicoterapia cognitiva. Milano: Francoangeli editore

Remco van der Wijngaart (2022). L'Imagery rescripting. Teoria e Pratica. Edizione italiana a cura di Barbara Basile. Roma: Giovanni Fioriti editore

Saliani AM (2008). Teoria e pratica della relazione terapeutica. In Perdighe C, Mancini F, (eds). Elementi di psicoterapia cognitiva. Roma: Giovanni Fioriti Editore

Van der Kolk B, Mcfarlane A, Weiseth L. (1996). Stress traumatico. Trad.it (2004). Roma: edizione magi

Irene Tramentozzi, Psicologa, Psicoterapeuta
Specializzata in psicoterapia cognitiva, SPC Roma
Training Isola-Rainone
e-mail: tram.irene@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 Roberta: quando il peso della sofferenza è troppo pressante

Erika Cellitti ¹

¹Psicologa- Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Roma

Riassunto

Il presente lavoro tratta del caso clinico di Roberta, una bambina di 12 anni che all'inizio della terapia ne aveva 11. Dai sintomi riportati la paziente sembrerebbe soddisfare i criteri diagnostici del DSM-5 per un Disturbo Depressivo. Roberta inoltre soddisfa i criteri per un Disturbo da Attacchi di Panico. Sono presenti anche atti autolesionistici. La bambina presentava sintomi depressivi da molti anni e nel periodo precedente la psicoterapia veniva riferito un peggioramento del quadro clinico. Il presente lavoro risulta interessante per la sua complessità, per le strategie e la metodologia utilizzate per superare le difficoltà. Per tale ragione, si è reso necessario un lavoro di squadra con la terapeuta che seguiva i genitori nel parent training, la bambina ed i genitori stessi che potevano contattarmi in qualsiasi momento data la presenza di pensieri di morte e degli atti autolesionistici. Inoltre è stato di fondamentale importanza delineare il profilo interno dei disturbi, evidenziando stati mentali, scopi e credenze. La ricostruzione accurata e condivisa con Roberta del profilo interno, hanno permesso di impostare un progetto di intervento organizzato in modo strategico e centrato, proteggendo in primis l'incolumità della vita della paziente.

Parole Chiave: Disturbo Depressivo, Disturbo da attacchi di panico, Atti autolesionistici, DBT, ACT, Chain Analysis.

Roberta: when the weight of suffering is too pressing

Summary

This work deals with the clinical case of Roberta, a 12-year-old girl who was 11 at the beginning of the therapy. From the symptoms reported, the patient would seem to meet the diagnostic criteria of the DSM-5 for a Depressive Disorder. Roberta also meets the criteria for Panic Disorder. There are also self-harming acts. The girl had had depressive symptoms for many years and a worsening of the clinical picture was reported in the period preceding psychotherapy. The present work is interesting for its complexity, for the strategies and methodology used to overcome the difficulties. For this reason, teamwork was necessary with the therapist who followed the parents in parent training, the child and the parents themselves who could contact me at any time given the presence of thoughts of death and self-harm. It was also of fundamental importance to outline the internal profile of the disorders, highlighting mental states, goals and beliefs. The accurate reconstruction of the internal profile, shared with Roberta, made it possible to set up an intervention project organized in a strategic and centered way, primarily protecting the safety of the patient's life.

Key words: Depressive Disorder, Panic Disorder, Self Harm, DBT, ACT, Chain Analysis.

Presentazione del caso:

Quando Roberta inizia la terapia ha 11 anni (ne sta per compiere 12) e vive con la madre biologica ed il suo compagno in un paese fuori Roma. Attualmente frequenta la seconda media a Roma.

I genitori biologici si separano quando la bambina ha 8 mesi. Roberta vive per un periodo della propria vita con i nonni materni, la zia e la mamma, mentre il papà va a vivere all'estero, dove forma una nuova famiglia (Roberta aveva 5 anni) e vede la figlia all'incirca due volte all'anno. Durante i primi anni della propria infanzia Roberta passa la maggior parte del proprio tempo con i nonni dal momento che la madre della bambina, avendo 18 anni alla nascita della figlia, continua gli studi proseguendo il liceo e conseguendo più tardi una laurea in medicina.

Più o meno due anni fa, quando Roberta ha 9 anni, la madre intraprende una relazione con l'attuale partner, il quale in un primo momento non viene ben accolto da Roberta, tuttavia ad oggi la paziente mi riferisce di non avere più problemi riguardo la convivenza tra la madre ed il patrigno, ma, a causa di uno stile educativo molto severo improntato sull'autoritarismo e sull'uso di regole ferree e rigide, spesso Roberta non si sente accettata da lui. S., il padre adottivo, inoltre è molto geloso della bambina e spesso è iperprotettivo, tanto da ingelosirsi nelle rare volte in cui Roberta chiama il padre biologico.

Il rapporto tra la paziente ed il padre adottivo sembra essere caratterizzato da ambivalenza, a volte S. risulta geloso e possessivo, altre volte invece la ammonisce con frasi del tipo *“se vuoi comportarti così tornatene da tuo padre che a noi non mancherai”*.

Invio e contesto della terapia:

Roberta arriva alla mia attenzione, su invio di un'amica della madre della bambina, nel Novembre del 2021.

Esame psichico:

Roberta appare curata nell'aspetto, L'espressione risulta partecipe ma leggermente improntata nella tristezza, mentre l'atteggiamento è collaborativo e disponibile al colloquio. Appare subito evidente un umore disforico, in cui si evidenziano deflessioni depressive

accompagnate da sentimenti di scoraggiamento. Fin da subito mi rendo conto che la bambina indossa maglie molto larghe rispetto alla propria stazza e tende a nascondere le cicatrici che ha sul braccio destro (cicatrici che mi mostrerà in un secondo momento quando tra noi si instaurerà l'alleanza terapeutica).

Descrizione del problema presentato:

Test somministrati:

TEST IL REATTIVO DELL'ALBERO, TEST DEL DISEGNO DELLA FAMIGLIA, SAT (dal quale emerge un attaccamento confuso), CDI 2 (punti T tot. > 90; punti T problemi emotivi > 90; punti T umore negativo/sintomi fisici > 90; punti T autostima negativa \geq 90; punti T problemi funzionali = 88; punti T inefficacia = 80; punti T problemi interpersonali \geq 90), RCMAS-2 (punti T tot = 70; punti T ansia fisiologica = 67).

Ipotesi diagnostica:

Dai sintomi riportati la paziente sembrerebbe soddisfare i criteri diagnostici del DSM-5 per un Disturbo Depressivo. Roberta inoltre soddisfa i criteri per un Disturbo da Attacchi di Panico. Sono presenti anche atti autolesionistici.

Storia della sofferenza e precedenti trattamenti:

All'età di 7 anni su richiesta delle insegnanti che avevano notato delle difficoltà di apprendimento nella bambina, Roberta viene portata dalla madre al TSMREE della ASL di riferimento per una valutazione diagnostica. Nel Luglio 2017, alla bambina viene diagnosticato sulla base dei test effettuati e in riferimento all'ICD 10 utilizzato dal Neuropsichiatra Infantile: un disordine dell'attività e dell'attenzione (ICD 10 F90.0), disturbo della sfera emozionale (ICD F90.-) e disordine delle acquisizioni in ambito accademico (ICD 10 F 81.3). Inoltre dalla CBCL somministrata alla madre si denota un'elevazione del punteggio delle scale di Ansia/Depressione (inserita all'interno della Scala di Internalizzazione) e Problemi di Attenzione (compresa nella Scala del Totale dei Problemi). Pertanto la bambina è stata seguita da un tutor DSA per 3 anni.

Da Giugno 2021 Roberta per la maggior parte del giorno presenta un umore disforico con scoppi di pianto, crisi di rabbia e irritabilità (spesso prende a pugni il cuscino o sbatte la testa contro il muro o ancora urla nel cuscino mentre piange) inoltre è presente anedonia (Roberta riferisce di non provare interesse per le attività che prima le piaceva fare come ad esempio

uscire con i propri amici); tra i sintomi cognitivi presenta pensieri di morte (spesso infatti mi ha detto *“sarebbe meglio che morissi”*), ha una valutazione negativa di sé *“porto sfiga”*, *“faccio schifo”*, presenta forti sentimenti di colpa (*“avevo solo 8 mesi ed i miei si sono lasciati, per colpa mia, perché porto sfiga io”*); tra i sintomi neurovegetativi sono presenti disturbi del sonno, perdita dell’appetito, facile affaticamento, mentre tra i sintomi motivazionali è presente una chiusura sociale. Il primo Attacco di Panico invece è insorto all’inizio della seconda media quando la bambina deve sostenere una verifica di matematica a sorpresa (cosa non in linea con il PDP di Roberta); gli ADP si verificano solamente nel contesto scolastico quando insorge una forte ansia per i compiti in classe e per le interrogazioni o perché teme che i suoi compagni la prenderanno in giro per le sue difficoltà di apprendimento legate alla dislessia ed alla discalculia. Gli atti autolesionistici invece emergono in situazioni di litigio e rifiuto che Roberta avverte da parte dei genitori, la bambina è solita tagliarsi con oggetti appuntiti nell’avambraccio destro. Questo comportamento si verifica per la prima volta nel Giugno 2021 dopo un forte litigio avuto col padre adottivo che le ha detto *“spero che quest’estate tu vada da tuo padre così non ti vedrò per un po’ di mesi”*.

Profilo interno del disturbo:

A	B	C
Durante l’ora di educazione fisica nessuno mi ha scelta per entrare in squadra così ho passato l’ora da sola	Nessuno mi vuole, tutti mi rifiutano perché faccio schifo	Tristezza, Crisi di pianto, Depressione

ABC sul primo atto autolesionistico:

A	B	C
Stefano mi ha detto <i>“spero che quest’estate tu vada da tuo padre così non ti vedrò per qualche mese”</i>	Già papà si è fatto una nuova vita e non mi chiama mai, ora nemmeno lui mi vuole e mi manda via, sono sola	Rabbia Tristezza Vado in bagno e mi taglio con le forbici

ABC sull’attacco di panico:

A ₁	B ₁	C ₁
Sono davanti al compito di matematica	Oddio quanto è difficile, non so fare niente, se prendo un brutto voto rovinerò la media e mi bocceranno	Tachicardia Sensazione di nodo alla gola Ansia
A ₂ =C ₁	B ₂	C ₂
Tachicardia Sensazione di nodo alla gola Ansia	Oddio mi sto sentendo male! Sto per morire qui!	Attacco di panico

Continuando il laddering sulla paura di essere bocciata emerge il fatto che Roberta teme che qualora venisse bocciata si demoralizzerà e non vorrà più riprendere la scuola, cosicché se non studierà non avrà un lavoro, diventerà una barbona e tutti se ne andranno.

Scopo terminale: essere amabile.

Credenze: faccio schifo, sono inadeguata, sono indegna di amore, sono un peso per tutti, sono una sfigata che porta sfiga.

Antiscopi strumentali: non essere sola e abbandonata; non diventare una barbona come mio padre

Credenze: nessuno mi vuole, sono sola, tutti mi rifiutano, per non essere abbandonata devo compiacere gli altri, se vado bene a scuola allora avrò un buon lavoro e non sarò una senza tetto rifiutata dagli altri, se sarò una barbona diventerò come mio padre che non lavora mai, gli altri sono rifiutanti.

Fattori e processi di mantenimento:

➤ **Intrapsichici:**

Anxiety Sensitivity: tale attitudine cognitiva riferita all'intensa paura delle sensazioni legate all'arousal neurovegetativo incrementa l'ansia e mantiene l'interpretazione catastrofica delle sensazioni somatiche e mentali legate all'ansia stessa. Roberta interpreta le sensazioni somatiche e mentali legate all'ansia come causa di morte imminente.

Mood congruity affect: attraverso il quale, quando la paziente prova ansia, rievoca spesso e con più facilità ricordi legati alle precedenti esperienze in cui ha esperito l'attacco di panico incrementando l'ansia e la probabilità che tali eventi possano verificarsi nuovamente. O ancora, se prova rabbia, rievoca ricordi legati alle precedenti esperienze in cui si è sentita rifiutata ed abbandonata.

Affect as information: attraverso il ragionamento emozionale Roberta utilizza il proprio vissuto emotivo come informazione che orienta le valutazioni sulla realtà, aggravando le rappresentazioni mentali di pericolo: “se sperimento tutta questa ansia e paura allora vuol dire che è presente un pericolo imminente”, “se sento tutta questa tristezza allora vuol dire che sono sola”

Pensiero dicotomico: “a scuola o vado bene oppure diventerò una barbona” aumenta le credenze disfunzionali della paziente.

Attenzione selettiva: a partire dallo stato di allarme, Roberta ricerca attorno a sé quelli che ritiene essere i campanelli di allarme di un eventuale attacco di panico, ciò non permette di porre l'attenzione ad altre informazioni e fa sì che invece venga focalizzata sui correlati somatici dell'ansia come la tachicardia, il tremore delle gambe e la sensazione di nodo alla gola.

Drammatizzazione e ingigantimento: le sensazioni somatiche e mentali elicitate dall'ansia sono interpretate in modo più duraturo ed avversivo, inoltre vengono interpretate come i segni di una morte imminente.

Disregolazione emotiva: è presente una disregolazione emotiva nelle dimensioni di sensibilità, intensità e durata; questa fa sì che le emozioni provate da Roberta vengano sperimentate in maniera intensa e perdurino per molto tempo. Queste emozioni così esperite spaventano la paziente e creano la strada a condotte impulsive che alimentano il mantenimento del disturbo.

Personalizzazione: “se papà se ne è andato è sicuramente per colpa mia”. Roberta crede che i comportamenti o le frasi dette da altre persone siano dei riferimenti a se stessa, senza considerare altri elementi che la aiuterebbero a interpretare la situazione in maniera più efficace e realistica; tale bias aumenta e rafforza le credenze disfunzionali della paziente aumentando e mantenendo il disturbo e la tendenza ad attribuirsi la colpa.

➤ **Interpersonali**

- La figura paterna sembra confermare costantemente alla figlia un'immagine di rifiuto e non amabilità. Il padre biologico ha costruito una nuova famiglia ed è rifiutante e poco presente emotivamente nei confronti di Roberta
- Il padre adottivo esprime biasimo e delusione ogniqualvolta Roberta non rispetta le regole della casa e non mette in ordine la propria stanza attraverso frasi che esprimono rifiuto e non accettazione della figlia adottiva, inoltre quando Roberta ha degli atteggiamenti di vicinanza nei confronti del padre biologico si ingelosisce e diventa aggressivo verbalmente nei confronti della bambina.
- I nonni paterni quando il padre biologico di Roberta è andato a vivere all'estero, sono diventati rifiutanti nei confronti della nipote, confermando a Roberta le credenze di rifiuto e non amabilità.

Esordio e Scopenso:

Esordio:

Per quanto riguarda il disturbo depressivo i genitori riferiscono un acuirsi della disforia dell'umore della figlia nel mese di Giugno 2021 momento in cui si verificò la lite con il padre adottivo, inoltre era già presente l'idea nella mente di Roberta che nel mese di Agosto sarebbe dovuta partire all'estero per trascorrere una settimana dal padre naturale e dalla sua nuova famiglia, infatti A. (il padre biologico della bambina) ha avuto un altro figlio nel mese di Marzo 2021 (*“già non mi chiama e non mi cerca mai, io vado da lui una settimana e lui starà tutto il tempo con questo nuovo figlio”*).

Gli atti autolesionistici insorgono nel Giugno 2021 a seguito del litigio avuto con il padre adottivo.

Il primo Attacco di Panico insorge agli inizi di Ottobre 2021 quando viene somministrata in classe una verifica a sorpresa di matematica per la quale Roberta non era sufficientemente preparata.

Scopenso:

Lo scopenso depressivo risale al 2015 quando il padre biologico va a vivere all'estero, dove intraprenderà una nuova relazione dalla quale due anni dopo (2017) nascerà un nuovo figlio,

poco dopo la madre di Roberta intraprenderà una nuova relazione con un nuovo partner, che all'inizio non viene accettato dalla paziente, comportando nel tempo sempre più frequenti tensioni e litigi in casa. Infatti nel mese di Luglio 2017 dalla CBCL somministrata alla madre di Roberta, emerge già un punteggio elevato nella sottoscala Ansia/Depressione; inoltre la bambina presenta difficoltà di apprendimento che possono aver contribuito allo sviluppo di una bassa autostima e uno scarso senso di autoefficacia percepita fino a quando, a 7 anni, le verrà diagnosticato un DSA.

La zia materna presenta condotte autolesionistiche ed è possibile ipotizzare che la vicinanza con tale figura potrebbe aver svolto una funzione di modeling per la bambina durante gli anni in cui abitavano insieme (la bambina era presente durante gli agiti di cutting della zia materna).

Vulnerabilità:

In termini di *vulnerabilità storica* è possibile affermare che Roberta abbia esperito precocemente e su più fronti esperienze di abbandono e rifiuto. La madre è percepita come imprevedibile e ambigua. L'arrivo di una figlia nella vita della madre è stato del tutto inaspettato, ella infatti aveva solamente 18 anni e frequentava l'ultimo anno di liceo, questo ha comportato l'impossibilità di creare un nucleo familiare indipendente dalla famiglia materna la quale ha avuto un ruolo fondamentale nella crescita della bambina, soprattutto durante gli anni di studio per potersi laureare in medicina, questo potrebbe aver rafforzato le credenze di essere sola e abbandonata da parte di entrambe le figure genitoriali. Inoltre sembra che la madre sia per Roberta un anti-modello ideale (colta e medico), rispetto alla figura paterna (vissuto come infantile e nullafacente), descritto come immaturo, qualcuno a cui non ispirarsi. Tale divario genera in Roberta un forte timore di "*diventare una barbona come papà*", visto come di poco valore e costantemente denigrato dagli adulti autorevoli per lei (madre, nonni materni, padre adottivo). Il padre biologico ha lasciato la famiglia quando Roberta aveva solamente 8 mesi, in un primo momento ha continuato a vivere nello stesso paese della figlia ma quando Roberta aveva 7 anni si è trasferito all'estero trovando un nuovo lavoro e costruendo una nuova famiglia, proprio a Marzo del 2021 è nato un altro figlio dalla nuova relazione. La paziente riferisce che il padre sia poco presente e che se non lo chiama

lei, lui non la cerca. Inoltre, anche se in Estate va a trovarlo, lui è comunque assente e si concentra sulla sua nuova compagna e il nuovo figlio. Roberta inoltre riferisce che il padre non riconosce il suo vissuto emotivo e non riesce a capacitarsi del motivo per cui lei vada in terapia. Questa situazione ha generato credenze di essere sola e rifiutata, e non amabile. Anche i nonni paterni sono andati a vivere in All'estero con il figlio e da quel momento sembrerebbero aver rifiutato quasi tutti i contatti con la nipote *“prima mi cercavano sempre ed ora non mi chiamano mai”*.

Relativamente alla **vulnerabilità attuale** sono da segnalare gli atti di bullismo e angherie subiti durante la seconda media. Spesso Roberta viene lasciata sola, viene derisa e presa in giro dai compagni di scuola. Va anche segnalato il fatto che spesso i professori non rispettano il PDP della bambina facendo verifiche ed interrogazioni a sorpresa alimentando l'ansia della bambina stessa. Inoltre il padre biologico di Roberta continua a non occuparsi emotivamente della bambina, non cercandola quasi mai, mentre con il padre adottivo ci sono spesso forti liti e ambivalenza.

Trattamento:

Contratto e scopi del trattamento:

Con Roberta ed i genitori ho condiviso una serie di obiettivi dei quali il prioritario è stato quello relativo all'incolumità della vita e quindi agire sugli atti autolesionistici e ai pensieri di morte. In parallelo, ma comunque con un'importanza subalterna al primo, il secondo obiettivo è stato quello di imparare a gestire in modo più funzionale la rabbia e la tristezza. In terzo luogo abbiamo concordato di intervenire sugli attacchi di panico. Abbiamo inoltre concordato in parallelo al setting individuale a cadenza settimanale, le sedute di parent training a cadenza quindicinale, condotte da una collega con la quale ci siamo tenute costantemente in contatto aggiornandoci reciprocamente. Questo spazio è stato utile al fine di aiutare i genitori ad affrontare i dubbi relativi alle problematiche della figlia e soprattutto migliorare lo stile comunicativo del padre adottivo.

Razionale, strategie e tecniche di cambiamento:

Al fine di ridurre ed eliminare gli atti autolesionistici le strategie e le tecniche da utilizzare sono:

- ✓ Rendere riconoscibile la rabbia e l'attivazione emotiva → psicoeducazione
- ✓ Ridurre i fattori di vulnerabilità → eliminando tutti gli oggetti appuntiti presenti nella stanza
- ✓ Comprendere tutte le variabili cognitive, emotive e somatiche che aumentano la probabilità che il comportamento target si verifichi ed i fattori che lo aumentano e lo rafforzano → Chain Analysis

Al fine di ridurre l'ansia e la sintomatologia panica le strategie e le tecniche da utilizzare sono:

- ✓ Rendere riconoscibile l'ansia e comprenderne le manifestazioni → psicoeducazione
- ✓ Mostrare il funzionamento e il mantenimento del problema presentato → condivisione del modello (circolo vizioso di Clark), distinzione tra sensazione personale e realtà
- ✓ Formulare pensieri alternativi meno catastrofici e più funzionali → tecnica degli ABC, dialogo socratico, diario di automonitoraggio e ristrutturazione cognitiva
- ✓ Favorire un processo di abituação ai vissuti ansiogeni ed intervenire sui comportamenti protettivi e di evitamento → ER/P
- ✓ Favorire l'accettazione → esercizi di ACT

Al fine di ridurre e gestire i vissuti di rabbia e la Depressione le strategie e le tecniche da utilizzare sono:

- ✓ Rendere riconoscibile la rabbia ed identificarne i trigger → psicoeducazione emozionale e utilizzo degli ABC
- ✓ Modificare gli schemi depressogeni, formulare pensieri alternativi e ristrutturare le credenze patogene → dialogo socratico, ristrutturazione cognitiva, diario dei pensieri
- ✓ Fornire competenze sociali → Social Skills training
- ✓ Favorire una comunicazione assertiva → training sull'assertività, role-playing, homework
- ✓ Lavorare sulla vulnerabilità storica → Imagery with Rescripting

Andamento della relazione terapeutica:

Nonostante Roberta non abbia chiesto di sua spontanea volontà di iniziare un percorso psicoterapico, ma è venuta perché portata dai genitori, non è stato difficile instaurare l'alleanza terapeutica. La paziente fin da subito si è mostrata collaborativa nel parlarmi delle

proprie difficoltà manifestando il desiderio di risolvere gli agiti messi in atto in modo impulsivo a causa della rabbia e della tristezza. La bambina mi ha parlato in prima battuta della rabbia e dei comportamenti aggressivi, degli scoppi di pianto improvvisi e dei sentimenti di inadeguatezza e indegnità personale, ma ci è voluto del tempo prima che mi parlasse degli atti autolesionistici e che mi facesse vedere i tagli sull'avambraccio destro. Al fine di instaurare l'alleanza terapeutica è stato particolarmente utile usare il termine "noi" che ha permesso a Roberta di sperimentare una relazione cooperativa con me.

Descrizione della terapia:

La psicoterapia iniziata a Novembre 2021, con cadenza settimanale, è attualmente in corso. In un primo momento mi sono servita degli ABC e della tecnica del laddering al fine di verbalizzare il vissuto abbandonico esperito ed individuare le credenze della paziente, tuttavia ho dato immediatamente la priorità ai comportamenti autolesionistici adottati dalla bambina al fine di regolare gli stati emotivi, non appena Roberta me ne ha parlato. Fin da subito ho parlato direttamente e realisticamente dei tagli e di come questi potessero fungere da tentativi di soluzione disfunzionali ad un problema. Ho sottolineato quindi come tagliarsi con oggetti appuntiti possa rappresentare una strategia inefficace al fine di ridurre un forte stato emotivo, nell'ottica di provare a ridurre il senso di inadeguatezza, la colpa e la vergogna legate al mettere in atto tali gesti, contemporaneamente ho specificato che eravamo lì insieme per capire come fosse accaduto e per far sì che ciò non riaccadesse. Ho lavorato su questo aspetto utilizzando la Chain Analysis estrapolata dalla DBT cercando di adattarla all'età della bambina: su un cartellone abbiamo disegnato insieme una catena fatta di anelli concentrici colorati dentro ai quali la paziente ha scritto insieme a me i fattori di vulnerabilità, l'evento scatenante, i link e le reazioni del contesto, questo per permettere a Roberta di fare chiarezza su atti che prima svolgeva in modo automatico ed impulsivo, iniziando pian piano a comprendere la relazione che intercorre tra pensieri, emozioni e tendenza all'azione; contestualmente a questo lavoro ho svolto un intervento di psicoeducazione sulle emozioni al fine di poter dare un nome a queste ultime; insieme abbiamo inoltre concordato delle strategie di problem solving più efficaci rispetto agli atti autolesionistici (come ad esempio saltare la corda, andare in bicicletta, giocare con i propri gatti). In ottica preventiva è stato

indispensabile però coinvolgere anche i genitori della bambina che hanno potuto continuare questo lavoro tra una seduta e l'altra eliminando i fattori di vulnerabilità (come ad es. togliere tutti gli oggetti appuntiti dalla cameretta della figlia e dal bagno di casa) ed aiutandola a mettere in atto le strategie di coping precedentemente concordate con me, al fine di regolare le emozioni della bambina. Ho comunque concordato con i genitori stessi e Roberta che avremmo monitorato questo tipo di pensieri e comportamenti anche fuori dalla terapia per telefono qualora fosse stato necessario. Per l'intervento basato sulla psicoeducazione delle emozioni ho utilizzato disegni, metafore e filmati (come ad es. "inside out" Walt Disney) ma indispensabile è stato l'utilizzo degli ABC che hanno ancora una volta permesso a Roberta di comprendere il legame tra pensieri ed emozioni aiutandola a verbalizzare le sue profonde paure di essere abbandonata e non amata dagli altri e di portare alla consapevolezza gli schemi depressogeni. Il lavoro sulla Depressione è iniziato prima dell'intervento sugli ADP dal momento che erano presenti idee di morte e si sta articolando su due livelli: il primo è l'intervento diretto focalizzato sugli schemi depressogeni, attraverso la condivisione degli ABC, le tecniche di ristrutturazione cognitiva, il dialogo socratico, lo spiegare come anche la morte, similmente ai gesti auto lesivi, sia un tentativo di soluzione disfunzionale ad una difficoltà. Io ho parlato apertamente di idee di morte o ideazioni suicidarie cercando di mostrarmi non spaventata o stigmatizzante, ma interessata a capire e rimandando il messaggio "capisco che a volte ti venga in mente il pensiero *preferirei morire o non essere mai nata*, ma dobbiamo trovare un'alternativa alla gestione della sofferenza e scegliere sempre la vita"; il secondo livello è incentrato sulle abilità sociali, legato all'aspettativa che migliorando la qualità della rete sociale potrebbe diminuire il senso di solitudine e la vulnerabilità alla Depressione. Molto spesso infatti Roberta mi ha riferito di provare difficoltà ad uscire con i pari dal momento che questi spesse volte la prendono in giro, la deridono o la lasciano sola acuendo in lei non solo le credenze di inadeguatezza e solitudine e la contestuale credenza che gli altri siano rifiutanti, ma, anche, i vissuti di rabbia e tristezza. Abbiamo concordato delle sperimentazioni nell'interazione con i coetanei come ad esempio, immaginare prima e sperimentare in seguito, di iniziare una conversazione, di inserirsi in una già in corso, proporre un'uscita e provare a proporre dei giochi ai bambini del quartiere in cui vive. Insieme abbiamo anche cercato di capire quali coetanei e per quali atteggiamenti o

caratteristiche presenti, potessero avere più punti in comune con lei e mostrare interesse nei suoi confronti. Ciò è stato necessario al fine di evitare l'avvicinamento a coetanei diversi da Roberta che probabilmente la avrebbero derisa o esclusa, rafforzando la credenza che gli altri sono rifiutanti e svalutanti. È stato importante introdurre a questo punto della terapia il training assertivo, al fine di insegnare alla bambina delle modalità diverse di gestione della rabbia, spesso infatti Roberta mi ha riferito di essersi arrabbiata verso i compagni che la deridevano o di essere scoppiata in lacrime o ancora di aver picchiato quando le era possibile qualche coetaneo. Parallelamente a questo lavoro, va detto che anche la possibilità di condividere idee, gusti, racconti l'esprimere diverse opinioni e punti di vista in seduta con me ha costituito un continuo esercizio di role playing ed un esercizio di abilità sociali. Un lavoro particolarmente utile con Roberta è stato quello incentrato sulle immagini mentali, la paziente infatti mi riferisce che spesso quando entra nello stato mentale dell'abbandono immagina se stessa sola in un deserto, così abbiamo pensato insieme che ogni qualvolta in cui quest'immagine intruda nella sua mente può immaginare che in quel deserto ci siamo la madre ed io mano nella mano con lei e tutte le persone che sa che le vogliono bene e alle quali lei è più affezionata intorno a sé, creando così un "luogo sicuro" da sovrapporre a questa immagine terrificata utile anche per il lavoro sull'ansia e sugli attacchi di panico.

Per gli attacchi di panico, in un primo momento è stato condiviso con la paziente il modello di Clark: ho fatto disegnare alla bambina il circolo del panico su un cartellone e poi via via abbiamo tarato il modello sulle sue esperienze.

Al fine di migliorare la metacognizione è stata utilizzata la tecnica ABC per aiutare Roberta a comprendere il rapporto tra pensieri, emozioni, comportamenti e reazioni fisiologiche. Inoltre per rendere riconoscibile l'ansia e le sue manifestazioni somatiche e mentali è stato necessario svolgere un intervento di psicoeducazione finalizzato a spiegare la differenza tra ansia e panico ed il ruolo delle credenze di pericolo relative a tali sensazioni (finalizzato a ridurre anche l'anxiety sensitivity). Per modificare gli schemi personali e destrutturare le credenze patogene si sono utilizzati gli ABC, il dialogo socratico e la ristrutturazione cognitiva in cui si sono utilizzate metafore ed esercizi esperienziali.

A questo punto è stato necessario iniziare ad improntare il lavoro sull'ER/P, enterocettiva prima ed in vivo poi. Le esposizioni sono state condotte inizialmente con me e poi venivano lasciate come homework tra una seduta e l'altra.

Valutazione di esito:

Poco prima della pausa estiva Roberta aveva completamente smesso di tagliarsi con oggetti appuntiti, l'umore era notevolmente migliorato mentre gli ADP erano drasticamente ridotti. La metacognizione è notevolmente migliorata e se si presentano situazioni di sofferenza la paziente è in grado di fronteggiarle utilizzando strategie più adeguate rispetto ai comportamenti di autolesionismo. Le idee di morte erano completamente sparite. Tuttavia durante l'estate Roberta è andata a trovare il padre biologico ed ha pernottato da lui per sette settimane. In questo periodo il quadro della paziente è peggiorato nuovamente ed a dicembre abbiamo ripreso terapia, la bambina presenta depressione infantile, idee di morte e si sono ripresentati gli ADP. Il comportamento auto lesivo, tuttavia, non è più stato messo in atto.

Bibliografia

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

Attili G. (2001). Ansia da Separazione e misura dell'attaccamento normale e patologico. Versione modificata e adattamento italiano del Separation Anxiety Test (SAT) di Klagsbrun e Bowlby. Milano: Edizioni Unicopli.

Barcaccia B. (2010). La formulazione del caso clinico. In Perdighe C., Mancini F. (eds). Elementi di psicoterapia cognitiva, pp. 22-37. 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, Torino: Bollati Boringhieri. pp. 45-62.

Castellazzi V.L. (2020). Il test del disegno della figura umana (8° edizione). Roma: Enciclopedia delle Scienze dell'Educazione.

Clark D.M. (1986). A cognitive approach to panic. Behavior Research Therapy. 24; 461-470.

Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. (1999). Acceptance and Commitment therapy: an experimental approach to behavior change. New York: The Guilford Press.

Isola L., Romano G., Mancini F. (2016). Psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza. Milano: Franco Angeli.

Koch K. (1993). Il reattivo dell'albero. Firenze: Giunti O.S. ISBN: 88-09-41001-7.

Kovacs M. (2011). CDI 2- Children's Depression Inventory 2nd Edition. Toronto: MHS.

Linehan M.M. (2011). Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Mancini F., Gragnani A. (2005). L'esposizione con prevenzione della risposta come pratica della accettazione, cognitivismo clinico 2(1), 38-58.

Rathus J.H. & Miller A.L. (2015). Manuale DBT per adolescenti. Trad. it. (2016) Milano: Raffaello Cortina

Editore.

Reynolds C.R. & Richmond B.O. (Adattamento italiano: Scozzari S., Sella F. e Di Pietro M.) (2012). RCMAS-2 Revised Children's Manifest Anxiety Scale - Second Edition. Firenze: Giunti O.S.

Romano G., Mancini F. (2008). Introduzione alla psicopatologia dello sviluppo: il ruolo dei fattori di rischio, dei fattori di protezione e dei meccanismi di mantenimento e aggravamento delle disfunzioni cognitive. In Perdighe C., Mancini F. (eds). Elementi di psicoterapia cognitiva, pp. 21-29. Roma: Giovanni Fioriti Editore.

Stallard P. (2021). Think good, feel good. Allenati a pensare diversamente per sentirti meglio. Edizione italiana tradotta da Cirimbilla E. e curata da Romano G. Roma: Giovanni Fioriti Editore.

Snel E. (2015). Calmo e attento come una ranocchia. Esercizi di mindfulness per bambini (e genitori). Milano: Red Edizioni.

Tatarelli L. & Pompili M. (2009). La prevenzione del suicidio in adolescenza. Roma: Alpes.

Erika Cellitti, Psicologa, Psicoterapeuta
Specializzata in psicoterapia cognitiva, SPC Roma
Training Isola-Rainone
e-mail: erikacellittipsicologa@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

Paolo: un caso di disturbo d'ansia sociale in comorbidità con disturbo evitante di personalità

Letizia Rusci¹

¹Psicologa- Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Grosseto (SPC Grosseto)

Riassunto

Il presente lavoro tratta il caso di Paolo, un ragazzo di 27 anni con diagnosi di Disturbo d'Ansia Sociale in comorbidità con Disturbo Evitante di Personalità (APA, 2013). Alla luce di quanto emerso, Paolo da sempre molto timido, struttura la credenza di sé come insicuro ed impacciato, inferiore rispetto agli altri. Questo lo porta a temere di esporsi nelle diverse situazioni sociali, in particolare relazionarsi con persone del sesso opposto. Evitare che l'altro abbia un giudizio negativo su di lui è essenziale a preservare lo scopo della buona immagine, strumentale allo scopo dell'amabilità. L'uso delle sostanze ha avuto il ruolo di ridurre l'attivazione emotiva sia di costruirsi un'immagine di sé di valore. Attraverso la terapia si è cercato innanzitutto di aiutare Paolo a definirsi, a comprendere ciò che poteva apprezzare o meno, non solo rispetto al proprio orientamento sessuale, ma anche in relazione ad un proprio progetto di vita. Oltre ciò il lavoro si è concentrato sulla riduzione degli evitamenti nonché utilizzo di esposizioni sociali volti ad incrementare la propria autostima e ridurre la sintomatologia.

Parole Chiave: Disturbo d'Ansia Sociale, Disturbo Evitante di Personalità, Disturbo da Uso di Sostanze, Comorbidità

Paolo: a case of social anxiety disorder comorbid with avoidant personality disorder

Summary

This paper discusses the case of Paul, a 27-year-old boy diagnosed with Social Anxiety Disorder in comorbidity with Avoidant Personality Disorder (APA, 2013). In light of the findings, Paul has always been very shy and structures the belief of himself as insecure and awkward, inferior to others. This leads him to fear exposing himself in different social situations, especially relating to people of the opposite sex. Avoiding the other person's negative judgment of him is essential to preserving the purpose of good image, instrumental to the purpose of lovability. Substance use played the role of both reducing emotional activation and building a valuable self-image. Through therapy, an attempt was first and foremost made to help Paul define himself, to understand what he could value or not value, not only in relation to his sexual orientation, but also in relation to a life project of his own. Beyond that, the work focused on reducing avoidance as well as use of social exposures aimed at increasing self-esteem and reducing symptomatology.

Letizia Rusci, Paolo: un caso di disturbo d'ansia sociale in comorbidità con disturbo evitante di personalità *N. 30, 2022, pp. 35-56.*

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

Key words: Social Anxiety Disorder, Avoidant Personality Disorder, Substance Use Disorder, Comorbidity

PRESENTAZIONE DEL CASO:

Paolo ha 27 anni (1993), è figlio unico e vive in una città del centro Italia insieme ai genitori, la madre casalinga (66 anni) e il padre ex commesso di supermercato, adesso in pensione (62 anni). Ha conseguito il diploma di geometra a 20 anni, dopo aver perso un anno a causa del suo ritiro dalla scuola pubblica e aver poi terminato gli studi presso un istituto privato. In seguito al titolo, ha svolto il praticantato, interrotto prima del termine. Nella fase iniziale della terapia è disoccupato e solo successivamente si impegnerà in alcune occupazioni lavorative. È single, non ha una relazione stabile, ma rapporti sessuali occasionali con partner omosessuali e transgender. Sta anche studiando per prendere la patente di guida.

Quando il paziente mi viene affidato in tirocinio (11/02/21) che ho svolto presso il Servizio per le Dipendenze (SerD), sta svolgendo colloqui di sostegno psicologico con la mia Tutor da circa 4 mesi, volti a prevenire possibili ricadute relative alle sostanze psicotrope. L'obiettivo che il paziente si pone e mi richiede è quello di chiarire il suo orientamento sessuale, dato che questa condizione di non chiarezza gli causa malessere psicologico. Allo stesso modo cerca però di chiarire quanto per lui sia importante riuscire a instaurare una relazione amorosa con una ragazza.

Paolo appare vigile e ben orientato nel tempo e nello spazio, curato nell'aspetto. Durante le sedute, alterna momenti di contatto oculare a momenti di assenza, in particolare quando si trattano temi per lui motivo d'imbarazzo. L'eloquio è accelerato, salta rapidamente da un contenuto ad un altro, mostrando difficoltà nel rimanere sul quesito posto. Non riesce a identificare le parti del corpo dove sperimenta l'emozione che difficilmente riconosce; tende ad usare spesso frasi dette da altri sul suo conto, per esempio riporta frequentemente ciò che gli veniva detto dagli operatori della comunità terapeutica, "sono pigro", "non ho pazienza, voglio tutto e subito", "non mi assumo le mie responsabilità".

Mostra un po' di difficoltà nel rispettare i turni della conversazione, e sembra tollerare poco la fine del colloquio; quando si va verso la chiusura appare ancora più loquace. Sin da subito mi anticipa che non vuole lavorare sul passato "perché non ha senso, ormai quello che è stato è stato".

A. DESCRIZIONE DEL/DEI PROBLEMA/PROBLEMI PRESENTATI

Paolo nel corso dei colloqui sembra presentare bassa autostima e sensibilità al giudizio da parte degli altri. Mostra evidenti difficoltà sociali soprattutto legate all'interazione con l'altro sesso, definendosi molto timido e chiedendo di riuscire a diventare "più spigliato, soprattutto con le ragazze".

Sembra non avere una chiara definizione di sé stesso, e appare piuttosto contraddittorio nel definirsi. Mostra difficoltà nel contatto con il proprio stato emotivo. Nonostante il problema principale sia per lui riuscire a chiarire il suo orientamento sessuale, afferma di provare vergogna nel trattare alcuni aspetti “non è normale quello che faccio”. Presenta inoltre difficoltà nella relazione con la madre, verso la quale mostra chiaramente rabbia ed aggressività verbale quando “non fa quello che le chiedo”. Nella relazione con quest'ultima sono presenti due aspetti: da una parte ha costantemente bisogno dell'opinione della madre, anche per le piccole cose, per esempio sul vestiario da indossare, sul taglio dei capelli, si fa accudire in tutto. Per contro spesso, riporta di arrabbiarsi molto con lei, quando non soddisfa le sue richieste o lo invita a fare in modo autonomo le cose che lo riguardano, passando dall'eccessiva insicurezza a toni rabbiosi.

Presenta una diagnosi pregressa di **disturbo da uso di alcol e un disturbo da uso di cannabis** (DSM 5) dall'età di 17/18 anni, ma non continuativo. Sporadicamente assumeva anche Feniletilamine, MDMA, che a suo avviso è stata utile ad una festa per disinibirlo e permettergli di “prendere coraggio con le ragazze”. Inizia perché dice che voleva sentirsi “al pari degli altri, volevo affermarmi, essere il contrario di quello che ero stato”.

Paolo assumeva quantitativi maggiori di alcol e cannabis o per un periodo più lungo di quanto non fosse nelle sue intenzioni, craving, nonché l'uso ricorrente dello stesso portava ad un fallimento degli obblighi scolastici (“non studiavo, mi sono ritirato da scuola, non accettavo di prendere brutti voti”), e altresì di scopi per lui importanti, come dedicarsi all'instaurare una relazione amorosa con una ragazza (“pensavo solo alle sostanze, non mi importava di altro”). Gran parte del tempo era impiegata in attività necessarie a procurarsi la cannabis, arrivando fino a rubare contanti e oro dei familiari, ma anche nell'attività dello spaccio. Metteva in atto sforzi infruttuosi per ridurre o controllarne l'uso, chiudendosi in casa per 3/4 mesi, durante i quali passava la maggior parte del tempo davanti al computer o al telefono, soprattutto dedicandosi alla pornografia, e tornando ad usare una volta ritornato nel contesto sociale – amicale. La scelta dell'astinenza (primo episodio a 19/20 anni), poi scarsamente portata avanti, era dovuta dall'aumentata quota di ansia e rimuginio che P. riscontrava dopo un periodo continuativo d'assunzione. La scelta di assumere alcol e cannabinoidi, avviene per P., perché a suo avviso gli effetti avversi erano minori rispetto all'utilizzo di altre sostanze.

Attualmente è astinente da alcol e sostanze, constatato dal controllo delle urine una volta a settimana presso il SerD; non assume farmaci, anche se nel 2019, assumeva giornalmente una compressa di Acido Valproico da 500 mg, interrotta dopo pochi mesi dalla prescrizione.

Rispetto all'orientamento sessuale, Paolo racconta di aver avuto tutte le sue prime esperienze sessuali con una ragazza all'età di 17/18 anni (stesso momento dell'inizio della dipendenza); prima di ciò riporta che si invaghiva di diverse ragazze, che non lo corrispondevano, e per questo soffriva e "ci andavo in fissa". La relazione con questa ragazza si è conclusa con un'unica uscita, e successivamente Paolo ha iniziato a frequentare prostitute, in particolare transessuali, che pagava con i soldi del padre "lui mi diceva che da giovane anche lui ci andava". Dopo ciò ha avuto soltanto una breve frequentazione con un'altra ragazza.

L'interesse verso i ragazzi inizia intorno ai 20 anni, durante il periodo in cui si era chiuso in casa per non fare più uso di sostanze. Inizialmente riporta di essersi sentito attratto nel web verso i transgender. Da qui in poi Paolo ha iniziato a frequentare e ad avere rapporti sessuali sia con ragazzi dello stesso sesso, conosciuti tramite social, che con transgender a pagamento e con i quali intratteneva relazioni unicamente sessuali. Tali incontri hanno tutt'oggi luogo.

Nonostante riporti la volontà di comprendere il suo orientamento sessuale, considera impossibile ed inaccettabile essere omosessuale; tiene aperta la possibilità di essere bisessuale.

Paolo ha svolto precedenti trattamenti psicoterapici, uno nel 2015 all'età di 22 anni, privatamente, dove era stata avanzata l'ipotesi di una dipendenza affettiva nei confronti della madre. All'epoca dice che aveva intrapreso una terapia perché era un adolescente "molto complessato, timido e insicuro, aveva problemi con le ragazze, e questo lo ha portato verso i ragazzi", poco dopo interrotta. Dopo numerose riprese di contatto e volontari allontanamenti, Paolo nel 2019, obbligato dalla madre, riprende i contatti con il SerD e a fine luglio dello stesso anno intraprende un percorso comunitario, interrotto volontariamente a settembre 2020, quando a causa di un ritorno presso il proprio domicilio per un intervento dentistico, decide di non rientrare.

Da ottobre 2020 inizia a svolgere presso il SerD un controllo settimanale delle urine e colloqui di sostegno psicologici.

Ho somministrato come test il **Sexual Orientation Test** (67,9% eterosessuale, 50% omosessuale, posizione tra i due quadranti eterosessuale e bisessuale), la **Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS** (ansia prestazionale: 11; evitamento prestazione, tot. 18; ansia sociale: 12, evitamento sociale: 7; tot. 19; tot. 37). Ho somministrato anche lo **Young Schema Questionnaire YSQ (L-3)**, ma purtroppo è da considerare non valido; Paolo non ha riportato nessun punteggio di valore 5 o 6 ai diversi item, "non ero molto sicuro delle risposte da dare, non volevo darti risposte nette, forse perché sono indeciso". Per le stesse ragioni considero i punteggi riportati ai test poco veritieri.

Ho somministrato l'**MMPI-2**, riscontrando tali punteggi: L = 46, K= 48 e F = 55, quindi un profilo valido.

Si potrebbe ipotizzare che P. presenti sfiducia verso le proprie capacità, un costante pessimismo, dovuto anche da una percezione di sé come inadeguato e inferiore, e per tali ragioni non amabile. Questo potrebbe comportare vissuti di fallimento e timore di solitudine (D = 62). Si potrebbe ipotizzare anche una difficoltà di adattamento alle situazioni e agli altri, nonché l'utilizzo di strategie esternalizzanti per la gestione dello stress, come per esempio l'uso di sostanze (Pd = 61). Infine, potrebbe manifestare un atteggiamento diffidente verso gli altri, in quanto percepiti come ostili e cattivi, nonché colpevoli delle sue sfortune (Pa = 65).

Per quanto concerne la diagnosi, ipotizzo un **disturbo d'ansia sociale**, in quanto presenta ansia marcata relativa a diverse situazioni sociali nelle quali è esposto al giudizio altrui, in particolare avere una conversazione con una ragazza, recarsi di persona a portare curriculum o fare richieste. Paolo teme che qualora si esponga a tali situazioni manifesterà sintomi d'ansia, quali rossore o confusione mentale che si manifesterà nell'eloquio, e che porteranno alla derisione e critica, nonché al rifiuto da parte dell'altro.

Tutte queste situazioni sociali causano in Paolo ansia anticipatoria, che lo conducono quasi sempre all'evitare di esporsi. Presenta altresì ansia marcata rispetto all'eseguire una prestazione davanti ad un pubblico (rappare in pubblico, c'è riuscito grazie alle sostanze, e in situazioni in cui viene osservato. Sembra essere rispettato anche il criterio temporale, dato che tali aspetti, a quanto riporta il paziente sono da sempre presenti, arginate in passato attraverso l'uso di sostanze. La paura, l'ansia e l'evitamento causano disagio clinicamente significativo e compromissione in ambito sociale, in quanto non riesce a fare il primo passo verso una ragazza che a lui interessa, ma anche in ambito lavorativo, in quanto per timore di quanto già riportato si preclude di portare in prima persona il curriculum vitae presso posizioni lavorative che a lui interessano.

Sul piano personologico, si potrebbe ipotizzare la presenza del **disturbo evitante di personalità**, in quanto presenta un pattern pervasivo di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità al giudizio negativo, presente in diversi contesti. Il paziente evita attività lavorative che implicano contatto interpersonale per timore di essere criticato, disapprovato o rifiutato ("in comunità lavoro nella pasticceria, poi mi hanno mandato ad occuparmi del giardino, ma io non volevo, lì stavo bene ero da solo, ma loro dicevano che mi isolavo"). Mostra limitazioni nelle relazioni

intime per timore di essere umiliato o ridicolizzato o respinto: il paziente ha relazioni sessuali con uomini o transessuali a pagamento perché ritiene “i ragazzi non sono mai stati stronzi con me, le ragazze sì”, e anche perché non corre in tal modo il rischio di venire rifiutato o respinto, cosa avvenuta con individui di sesso opposto. Si preoccupa di essere criticato in situazioni sociali e tende a percepirsi inferiore rispetto agli altri e socialmente inetto. È riluttante ad entrare in relazione con persone che non conosce, così come è inibito in situazioni interpersonali nuove, per esempio se invitato a feste dove non conosce i presenti, tende ad essere timido e non interagire con gli altri, se non con i suoi amici, dai quali sa di aspettarsi accettazione ed affetto. Spesso, tende a procrastinare colloqui di lavoro per timore di non avere le adeguate competenze sociali, così come di arrossire e fare confusione rispetto a cosa dire. Nelle interazioni con gli altri è molto attento al comportamento altrui, volto ad evitare lo scherno, e se questo avviene da parte dei propri amici, tende a reagire vistosamente. Il vedersi come non attraente e inferiore rispetto ai suoi amici, contribuisce nel far sì che continui ad evitare di provare a conoscere delle ragazze che a lui piacciono, sicuro del rifiuto da parte di queste ultime.

B. PROFILO INTERNO DEL DISTURBO

Paolo da sempre si definisce una persona timida, fino alla tarda adolescenza, infatti, non è mai riuscito a relazionarsi con il sesso opposto, se non all'interno del gruppo amicale. Teme di esporsi in particolari situazioni sociali, questo perché parte dall'idea di sé come una persona inferiore, “indietro rispetto agli altri”, insicuro ed impacciato. Nel momento in cui è chiamato all'esposizione, in particolar modo con coloro che non conosce, l'idea di sé comporta l'insorgere di sintomi di attivazione ansiosa e della vergogna, che secondo lui vengono visti ed interpretati in maniera negativa dall'altro, che è considerato come giudicante e con qualità che lui non possiede (sicuro, spigliato, di maggior valore personale). Conseguentemente non riuscirà a fare o dire ciò che vorrebbe (“divento rosso, vado in confusione, mi impappino con le parole”) così che l'altro è portato a formarsi la stessa idea che lui ha di sé. Successivamente, Paolo sperimenta tristezza e senso di fallimento. Tutto ciò lo porta ad evitare d'intraprendere qualsiasi azione in situazioni successive, confermando ancora di più l'idea di sé di partenza, ossia di valere meno degli altri. Attraverso gli evitamenti delle situazioni sociali, in particolare portare curriculum vitae e conoscere nuove ragazze, Paolo va a preservare il suo scopo della buona immagine, che è strumentale allo scopo dell'amabilità. Ciò che teme di più infatti è la solitudine, “se non mi considerano sono solo, se stai da solo stai male per forza, chi non è accettato dagli altri è solo; se non sono solo significa che per qualcuno conto, che mi vuole bene ed ha piacere

— Paolo: un caso di disturbo d'ansia sociale in comorbidità con disturbo evitante di personalità —

di stare con me”. Quindi per essere accettato, considerato e amato devi dimostrare di valere, di avere delle qualità: ecco quindi che intervengono le sostanze che a mio avviso hanno avuto sia il ruolo di andare a ridurre l’attivazione emotiva presente in particolari situazioni, e quindi disinibirlo e placare l’ansia anticipatoria, sia costruirsi un’immagine di sé come una persona di valore, un “duro”, che per lui significa essere rispettato, avere una cerchia di amici, essere di valore, tutti aspetti che da sempre lui cerca di fare propri. Attraverso l’uso delle sostanze psicotrope Paolo, infatti, riesce a baciare una ragazza ad una festa, a cantare una canzone rap in pubblico, per darsi un tono e a suo avviso essere “al pari degli altri, diverso rispetto a come era stato fino a quel momento”.

A	B	C
È mattina, devo portare il cv a X.	“tanto vado in confusione e divento rosso come con le donne” “devo confrontarmi con gente che non conosco” “e se non mi danno considerazione?” “può non andare bene e diventerebbe tempo perso” “mi sentirei stupido e scemo, non mi danno valore”	Ansia sociale/vergogna 7 su 10 Rossore Sudorazione Desiderio di evitare Rimuginio Decide di non andare, e procrastina: “no, no non ci vado non ho pazienza di aspettare” (permesso che si dà per non farlo)

Paolo, mi riporta che lo stesso si verifica quando deve interagire con le ragazze per chiedere loro un appuntamento.

A	B	C
Vedo una che mi piace e voglio chiederle di uscire.	“posso attaccare bottone con una scusa” “ma lei che mi dirà?” “mi manca l’esperienza” “ho l’abitudine di farmi fare le cose dagli altri” “io in prima persona non voglio espormi” “diventerò rosso e andrò in confusione, non mi verranno le parole” “se ne accorgerà e penserà che sono uno stupido!”	Ansia sociale/vergogna 9/10 Agitazione motoria Rossore Confusione mentale

A'	B'	C'
Vergogna Agitazione motoria Rossore Confusione mentale	“Si sta accorgendo che sono in imbarazzo, sono rosso, non riesco a stare fermo, mi sento confuso!” “penserà che sono un insicuro, un debole!”	Metavergogna Le sensazioni peggiorano Non le parlo e mi allontanano. (evitamento) Rimuginio.
A''	B''	C''
Non le parlo e mi allontanano, e inizia a rimuginare.	“vorrei essere al pari dei i miei amici, più spigliato e sveglio” “sono troppo emotivo”	Rabbia verso di sé 7-8/10 Calore al collo, sudore alle mani
	“le ragazze non mi considerano” “non riuscirò mai a provarci con una come fanno tutti i miei amici”	Tristezza 8/10 Occhi lucidi Chiusura alla gola

Paolo si mostra intollerante e prova rabbia qualora gli venga prospettata l'ipotesi di un orientamento omosessuale; in passato si era sentito giudicato dagli amici che gli avevano dato del “gay”. Paolo prendendo in considerazione l'ipotesi, infatti, ammetterebbe la diversità rispetto al gruppo amicale e questo incrementerebbe in lui la paura della derisione e dell'abbandono da parte di questi ultimi, anche perché in passato ritiene di essere stato escluso solo per aspetti riguardanti l'estetica.

Allo stesso tempo, Paolo è effettivamente attratto da persone transgender, o anche da ragazzi che abbiano particolari caratteristiche, che a suo avviso li rendono più femminili: capelli lunghi, l'assenza di peluria e della barba, ma anche tratti somatici facciali poco pronunciati. Cerca in qualsiasi modo di scacciare tale ipotesi, e si considera “non normale” per questa sua “perversione”. Questa visione di sé lo allontana ancora di più dal vedersi per lo meno vicino a come sono gli altri, a come dovrebbe essere per sentirsi meno “sbagliato, meno di valore”. Decide così, di negare qualsiasi possibilità rispetto ad avere un orientamento sessuale diverso da quello etero, constatando che per certi versi si

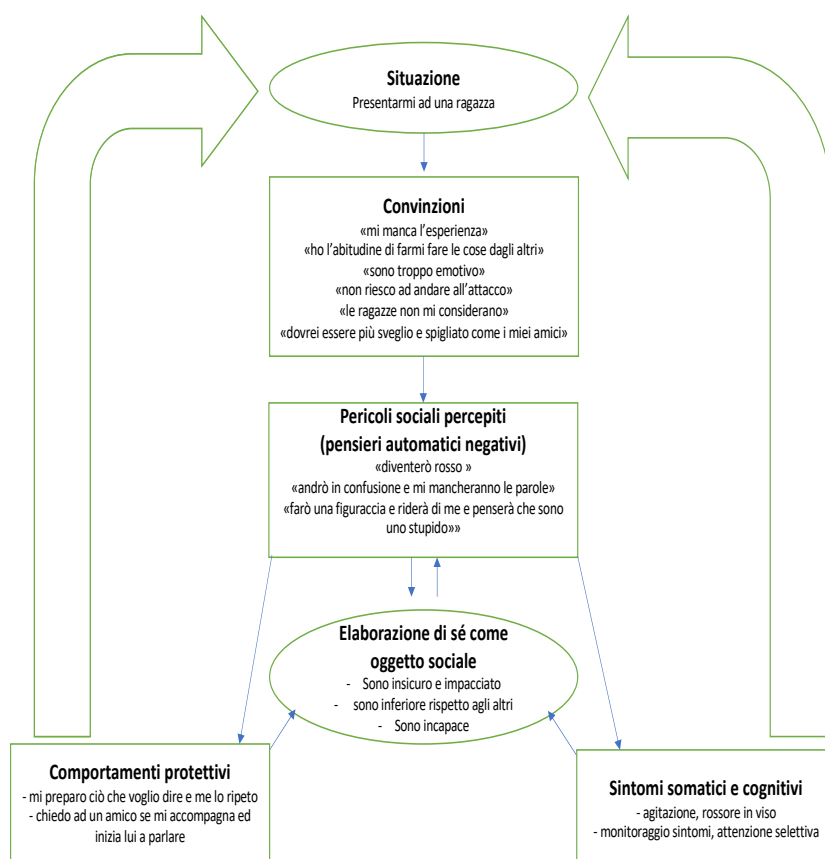
— Paolo: un caso di disturbo d'ansia sociale in comorbilità con disturbo evitante di personalità —

è sentito costretto dal fatto che non aveva alternativa: adducendo la colpa al genere femminile, si è sentito costretto a rivolgersi a qualcuno, che in parte avesse le caratteristiche di una donna, tanto da farlo sentire meno “diverso, e inoltre che grazie al rapporto veicolato dal denaro, gli permetteva di fuggire qualsiasi rischio di essere respinto o rifiutato. Con lo scopo finale dell’amabilità, nonché il suo timore di essere scoperto dagli altri, che la avrebbero deriso ed allontanato, tanto da restare solo, Paolo evita di esplorare ipotesi alternative. La sola idea che riesce a tollerare è quella di avere un orientamento bisessuale, anche perché così riduce la distanza che a suo avviso lo separa dalla normalità, dagli altri.

Per comprendere le motivazioni legate al malessere rispetto a chiarire quale sia il suo orientamento sessuale, mi soffermo su un episodio emerso nel corso delle sedute che Paolo mi racconta, sul quale cerco di approfondire lo scopo per lui minacciato per mezzo del laddering.

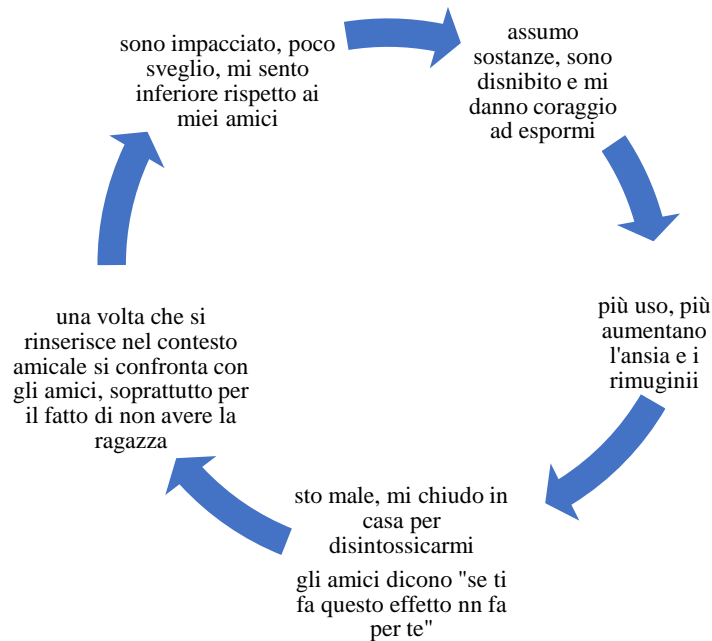
A	B	C
Un mio amico mi dice “sei gay”.	“mi dà noia, perché mi deve dare del gay se non lo sono?”	Rabbia verso alter 7/8 Tensione nel corpo
	“e se avesse ragione il mio amico? Mettiamo che sia gay, perderei gli amici e rimarrei solo”	Tristezza 9/10 Dolore, stretta alla bocca dello stomaco

Segue la rappresentazione dell’ansia sociale di fronte alla conoscenza di nuove ragazze secondo il *modello di Clark e Wells (1995)*.



La funzione delle sostanze (alcol e cannabinoidi), come coping disadattivo, è quella di disinibirlo e dar lui la spinta per affrontare l'esposizione temuta. L'obiettivo raggiunto, lo porta a creare un legame tra sostanze ed esposizioni sociali per lui ansiogene. L'effetto avverso dell'uso sempre più importante e frequente fa sì che ci sia un aumento della quota di ansia, tanto che tutto diventa oggetto a suo dire di "paranoie", ossia diversi rimuginii rispetto alla differenza tra sé e gli altri. Visti tali costi, decide di disintossicarsi: si chiude in casa fino a che non si sentirà sicuro di poter uscire senza avere ricadute. I pari rimarcano la sua incapacità di tollerare l'uso di tali sostanze, tanto da aumentare l'idea di diversità rispetto a questi ultimi. Una volta terminato il periodo di reclusione, si confronta di nuovo con le sue manchevolezze ed incapacità, tanto da riconsiderare le sostanze come unica alternativa per modificare la situazione.

Paolo: un caso di disturbo d'ansia sociale in comorbidità con disturbo evitante di personalità



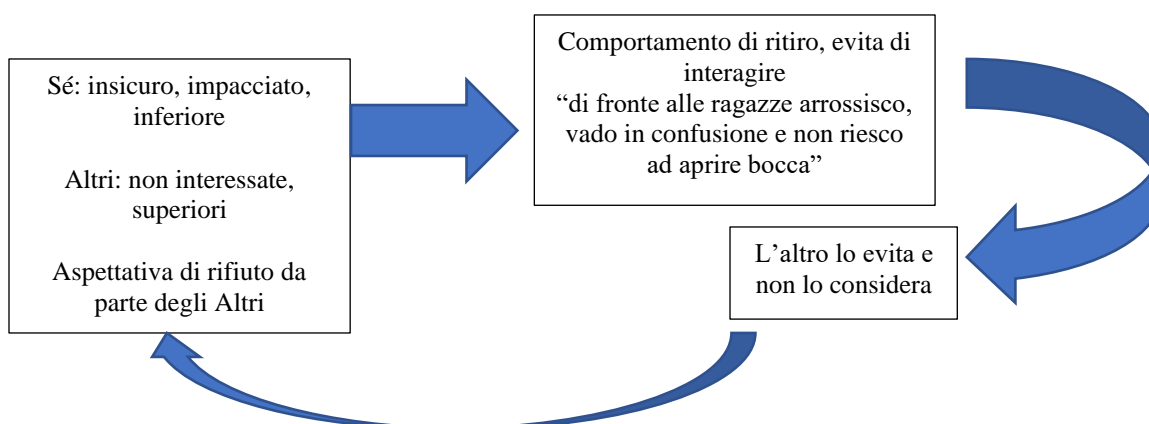
C. FATTORI E PROCESSI DI MANTENIMENTO

Bias cognitivi e fattori intrapsichici che mantengono il disturbo:

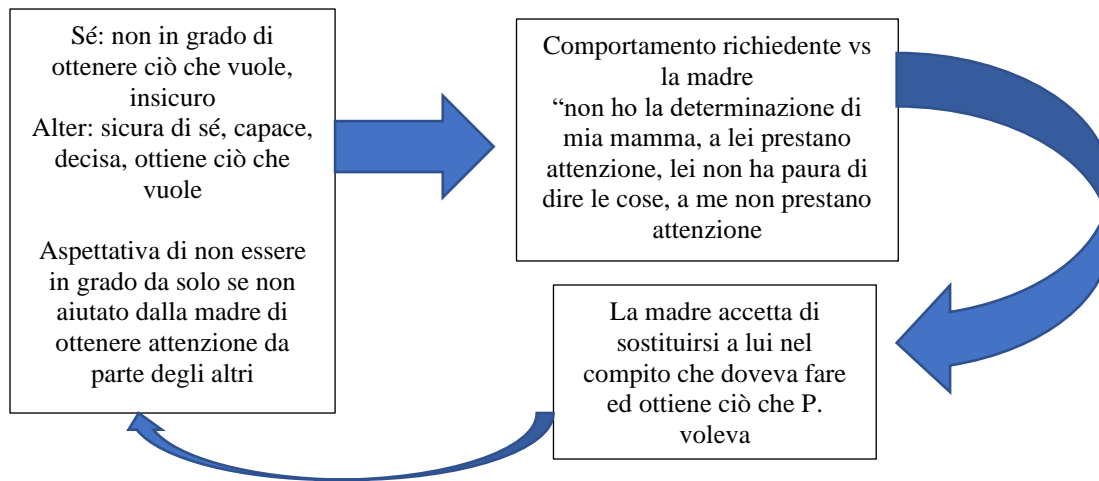
- Confirmation bias: timore di essere inferiore rispetto agli amici -> sono impacciato, non riesco ad andare con una che mi piace a differenza del mio amico -> se prendo sostanze ci riesco, mi disinibiscono, mi fanno trovare il coraggio -> assumo la sostanza e vado con la ragazza -> è successo come un miracolo. Conferma la credenza di non essere al pari degli altri e di non riuscire senza la sostanza.
- Attenzione selettiva verso le esperienze negative con le ragazze, "le ragazze sono sempre state stronze con me", questo fa sì che eviti di esporsi, perché sa già che non andrà come vorrebbe, è sempre stato così.
- Affect as information: se mi vergogno allora sicuramente non sarò in grado, arrossirò, andrò in confusione farò una brutta figura.
- Safety seeking behavior: teme di arrossire davanti ad una ragazza x, quindi evita di parlare; sarebbe troppo costoso perché comprometterebbe lo scopo della buona immagine, strumentale a quello dell'amabilità; quindi, per paura che venga compromesso preferisce non esporsi.
- Bias di memoria: nella fase anticipatoria all'esposizione per lui temuta vengono rievocati tutti quei ricordi riguardanti esperienze fallimentari, dove si è trovato in imbarazzo o a suo avviso è stato ridicolizzato a causa della vergogna e della sua timidezza.

-Better safe than sorry: meglio evitare piuttosto che rischiare di non essere considerato e deriso per il suo essere impacciato e per il suo arrossire, che porterebbe all'antigo della solitudine.

Altri aspetti, che mantengono le problematiche di Paolo sono gli evitamenti, di fronte alle situazioni sociali per lui ansiogene evita di esporsi, e questo conferma l'ipotesi catastrofica ed il pericolo imminente, nonché i comportamenti protettivi (per es. far scrivere ai suoi amici alle ragazze che sentiva, oppure prova ad avvicinarsi a qualche ragazza mandando avanti gli amici, delegare la madre per fare commissioni che lo riguardano, ma anche l'assunzione di sostanze). Questi anche se sul momento hanno l'effetto di placare l'ansia sociale e la vergogna, vanno a confermare le credenze su di sé, contribuendo al mantenimento del disturbo., non potendosi infatti disconfermare le credenze strutturate in precedenza.



Per quanto riguarda la relazione con la figura materna, Paolo mostra atteggiamenti opposti, alle volte remissivi e richiedenti, di completo accudimento, anche nella presa di decisioni, in quanto lui parte dal presupposto di essere sempre “indeciso, ho paura di sbagliare”, sia per quanto riguarda aspetti più complessi come la scelta del lavoro, sia per cose più futili come la scelta del vestiario o se fare un taglio di capelli o meno. spesso tra i due ci sono scontri verbali, in quanto questa dipendenza dalla figura materna, di cui è consapevole, sembra scatenare rabbia da parte di Paolo, il quale per cercare di riequilibrare i ruoli, attacca la madre denigrandola sulle sue capacità di gestione domestica.



D. SCOMPENSO

Paolo da sempre risulta essere una persona timida, con una percezione di sé d'inadeguatezza rispetto agli altri. Nonostante ciò, riesce a mantenere un certo equilibrio, anche perché fino alle scuole secondarie di primo grado, Paolo riesce a trovare un ambiente ospitale, all'interno del quale riesce ad avere un gruppo ristretto di amici.

Con il passaggio alle scuole secondarie di secondo grado, Paolo si confronta con un ambiente molto diverso: i compagni iniziano a deriderlo, chiamandolo “brutto, quarto anello della congiunzione, uomo di Neanderthal”, per via della sua postura fisica.

Paolo soffre molto le derisioni, spesso prova rabbia, non comprendendo la ragione dell'essere oggetto di vessazioni. Così, Paolo inizia a scoprirsi come inferiore, inadeguato, di avere qualcosa che non va e di essere manchevole rispetto agli altri.

Sempre nello stesso periodo ha avuto luogo un altro evento importante: Paolo una sera ha una discussione con un ragazzo che conosce, in quanto voleva estorcergli cinque euro. Il giorno dopo, durante l'uscita da scuola, il gruppetto con cui Paolo aveva avuto il diverbio la sera precedente si presenta davanti all'ingresso e lo picchia, davanti ai compagni che non intervengono. Il custode è l'unico che si attiva e blocca la rissa. Paolo così, livido passa alcuni giorni a casa, triste e arrabbiato perché nessuno lo aveva aiutato; solo tre compagni di classe si recarono a fargli visita durante la convalescenza.

Paolo perde l'anno, e i suoi decidono di cambiargli scuola, mandandolo ad un istituto privato. Probabilmente anche questa scelta ha avuto un peso, rispetto all'idea di sé di non riuscire a farcela. Paolo si convince definitivamente dell'idea di essere un debole, uno stupido, e di essere vittima di

ostracismo e allontanato dagli altri per tale ragione. Inizia così a sviluppare l'idea che se fosse diventato qualcos'altro rispetto a ciò che era stato fino a quel momento, il giudizio degli altri sarebbe cambiato e si sarebbe assicurato, oltre a ciò, la loro vicinanza: qui intervengono le sostanze, utili a ridurre l'ansia e farlo sembrare un "duro" e a premettergli di esporsi con l'altro sesso. Si verificano però episodi in cui viene respinto e in cui viene denigrato; queste esperienze lo sensibilizzeranno molto nel riuscire ad avvicinarsi ad un'altra ragazza, andando a ridurre ancora di più la sua autostima, e facendo sì che Paolo si butti a capo fitto nelle sostanze, occupandosi solo di procurarsele e di essere "sballato".

E. VULNERABILITÀ

In termini di vulnerabilità storica, si rintraccia un temperamento inibito, con un attaccamento ansioso con la madre, percepita come ipercontrollante, tanto da condurre al restringimento delle capacità e dell'autonomia personale di Paolo, e infondergli senso d'insicurezza e scarsa efficacia personale. Inoltre, questo lo porta a sviluppare l'idea che oltre ad avere costantemente bisogno dell'altro per agire adeguatamente, debba rispettare il volere altrui, compiacerlo per assicurarsi la vicinanza e l'affetto.

Paolo riporta che durante l'infanzia, la madre tendeva spesso ad accusarlo di aver ereditato tutte le caratteristiche "negative" del padre. Questo lo porta quindi molto presto a vedere tali aspetti di sé in ottica negativa e percepirsi come manchevole, sbagliato, inferiore rispetto alla madre che detiene quelle caratteristiche che le permettono di risolvere e risolvergli qualsiasi situazione.

Il padre è definito come una persona piuttosto ansiosa, tendeva ad essere sempre molto concentrato su di sé, poco su Paolo, se non quando molto stressato dalla gestione del padre affetto da demenza. Paolo ricorda che spesso erano sempre e solo loro tre: i rapporti con le rispettive famiglie di origine non erano molto buoni, e i suoi a causa di diverbi non hanno più relazione con i rispettivi fratelli e sorelle. Così come la rete sociale della famiglia, da sempre appare piuttosto ridotta. Tali aspetti hanno contribuito a farsi un'idea del mondo come pericoloso, un luogo ostile e pronto a danneggiarti; solo grazie all'aiuto della madre, che anche se ipercontrollante, grazie alle sue capacità di cui Paolo era carente sarebbe potuto riuscire a fronteggiare.

Durante l'adolescenza, i fenomeni di bullismo e ostracismo hanno avuto un impatto importante nel continuare a percepirsi come sbagliato, inferiore, manchevole e di scarso valore, nonché rifiutato e perciò in balia della solitudine.

Per quanto concerne la vulnerabilità attuale, il non riuscire a coltivare nuove amicizie, così come gli evitamenti sociali per timore della brutta figura, sono due fattori di rischio per una ricaduta nella dipendenza da sostanze.

COMPONENTI AGGIUNTIVE ALLA FC POTENZIALMENTE UTILI¹

Per quanto riguarda le risorse esterne, Paolo si mostra motivato a voler cambiare, esprime la necessità d'iniziare a costruire qualcosa per sé stesso; sta attualmente investendo in un progetto di vita proprio, ricercando e confrontandosi con il mondo del lavoro e sta frequentando la scuola guida per riuscire a prendere la patente.

SCHEDA PRESENTAZIONE DEL TRATTAMENTO

TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO

A. CONTRATTO E SCOPI DEL TRATTAMENTO

L'obiettivo contrattato inizialmente prevede il lavorare sulla consapevolezza emotiva, nonché strategie utili di gestione delle emozioni spiacevoli. Una volta sviluppata tale competenza si andrà a lavorare sulla richiesta di Paolo, inerente al chiarire il suo orientamento sessuale. Viene inoltre chiarito che non è possibile esimersi dal lavorare sulla storia di vita, rispettando comunque il suo timing.

B. RAZIONALE, STRATEGIE E TECNICHE

MACROBIETTIVO: RIDURRE I SINTOMI DELL'ANSIA SOCIALE E DEL DISTURBO EVITANTE DI PERSONALITA'

SOTTO OBIETTIVI	RATIONALE E STRATEGIE	TECNICHE
RIDUZIONE SINTOMATOLOGIA ASCRIVIBILE ALL'ANSIA SOCIALE/VERGOGNA	Condurre a una maggiore comprensione degli scopi, credenze e strategie messe in atto per gestire l'ansia e le esposizioni sociali. Promuovere maggiore consapevolezza rispetto all'ansia, agli aspetti fisiologici di	<ul style="list-style-type: none">• Condivisione profilo del disturbo• Psicoeducazione sull'ansia sociale/vergogna e metaverogna• ABC

	<p>quest'ultima e alle sue funzioni, nonché chiarire il ruolo dei comportamenti protettivi e degli evitamenti nel mantenere le credenze erranee relative ad essa. Promuovere maggiore consapevolezza rispetto all'emozione di vergogna, ai suoi connotati fisiologici, e ridurre l'idea di gravità della manifestazione dei suoi sintomi. Apprendere a tollerare e ad accettare le critiche e le esperienze negative, decatastrofizzandone le conseguenze.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Laddering • Automonitoraggio • Dialogo socratico • Ristrutturazione cognitiva • Esposizioni
<p>RIDURRE OMOTRASFOBIA INTERNALIZZATA</p>	<p>Promuovere consapevolezza e apertura rispetto alle varie possibilità circa il proprio orientamento sessuale, e come questo possa cambiare nel corso della vita, modificando i pregiudizi nonché la visione negativa di sé rispetto all'attrazione sessuale per individui omo o transessuali. Dati i diversi rapporti sessuali promiscui, promuovere consapevolezza rispetto ai rischi di tale comportamento, nonché le misure di precauzione per scongiurare il contagio di malattie sessualmente trasmissibili.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducazione sulla sessualità e sulle malattie sessualmente trasmissibili • Ristrutturazione cognitiva

<p>RIDUZIONE SINTOMATOLOGIA ASCRIVIBILE AL DISTURBO EVITANTE DI PERSONALITA'</p>	<p>Favorire la comprensione delle dinamiche interpersonali, attraverso anche l'analisi dei cicli interpersonali</p> <p>Apprendere le abilità sociali da utilizzare sia nel gruppo dei pari che nel contesto familiare, utili per ridurre il sentirsi inferiore e diverso e volti a promuovere l'autostima personale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Condivisione del funzionamento del disturbo evitante di personalità • Training sull'assertività
<p>PREVENZIONE DELLE RICADUTE NELL'USO DI SOSTANZE</p>	<p>Comprensione del funzionamento e della funzione dell'uso di sostanze, e come l'uso di sostanze psicotrope sia in relazione agli altri due disturbi</p> <p>Sviluppare consapevolezza rispetto ai fattori di rischio e promozione dei fattori protettivi per evitare ricadute nell'uso di sostanze</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abc • Ristrutturazione cognitiva • Planning settimanale • Pro/contro

C. DESCRIZIONE DELLA TERAPIA

L'inizio della terapia si è basato sulla costruzione di una buona alleanza terapeutica, attraverso l'ascolto empatico e non giudicante, per far sì che Paolo potesse sentirsi accolto e potesse sviluppare fiducia nei miei confronti e verso la terapia. L'obiettivo iniziale era far sì che Paolo potesse sentirsi libero di poter affrontare qualsiasi argomento, in particolare la confusione rispetto al suo orientamento sessuale in modo libero e sereno, nonostante inizialmente si trovasse in forte imbarazzo rispetto a tale aspetto. Fin dall'inizio Paolo si è mostrato ostile nell'affrontare la ricostruzione della sua storia di vita; ho così deciso di rispettare la sua richiesta, procrastinando tale aspetto e rispettando il suo timing, altrimenti avrebbe leso a mio avviso la relazione. Ho cercato sin dall'inizio di costruire insieme a Paolo un ambiente dove lui potesse esprimersi ed esplorare in maniera autonoma il proprio sé.

Dopo l'assessment, nella prima parte della terapia abbiamo lavorato sulle emozioni, in particolare sull'ansia e la vergogna e la metaverogna, per mezzo della psicoeducazione, utile per fargli comprendere le funzioni e le caratteristiche di queste, nonché normalizzare come emozioni universali. Così, Paolo ha iniziato a prendere consapevolezza sia dei suoi pensieri che dei correlati fisiologici che si attivavano, nonché dei comportamenti che tendeva a mettere in atto nelle situazioni per lui innescanti l'ansia sociale; per far ciò ci siamo avvalsi degli abc. In questa fase ho dato come homework la compilazione di abc, in situazioni per lui ansiogene, in modo che diventasse sempre più esperto di ciò che accadeva lui in quel momento. Questo ha avuto lo scopo di renderle meno intollerabili e pericolose. Abbiamo affrontato il concetto di timidezza, diversificandolo dall'ansia sociale, chiarendo che la prima non comporta disagi significativi, per quanto concerne la qualità della vita, cosa invece che accade con il disturbo d'ansia sociale.

Sulla base di quanto emerso, e per mezzo del laddering, ho identificato le credenze e gli scopi per lui centrali. Successivamente li ho condivisi, condividendo altresì il modello dell'ansia sociale, questo è stato utile per fargli comprendere il suo funzionamento nelle situazioni sociali minacciose. Inoltre, mi ha permesso anche di evidenziargli come i comportamenti protettivi e gli evitamenti non facciano altro che mantenerlo nel disturbo, ma anche il rimuginio giochi un ruolo fondamentale in questo aspetto. Ho chiarito a Paolo come, il rimuginare dopo una situazione evitata va ad incrementare la visione negativa che lui ha di sé, di non essere in grado; così, di fronte a una nuova esposizione Paolo si aspetterà subito di fare brutta figura. Ho cercato inoltre di andare a decatastrofizzare il fare una brutta figura, per mezzo della ristrutturazione cognitiva e del dialogo socratico cercare di normalizzare la possibilità di ricevere un giudizio negativo da parte dell'altro, nonché la nostra incapacità di evitarlo; il giudizio negativo dell'altro può riguardare un nostro comportamento o atteggiamento, ma non la nostra persona in senso globale. Abbiamo insieme analizzato e compreso come l'assetto cognitivo, emotivo e comportamentale del disturbo evitante di personalità si sia sviluppato anche sulla base della sua storia di vita. Abbiamo riconosciuto alcune dinamiche relazionali, tipiche di questo disturbo, anche all'interno dei cicli interpersonali, evidenziando come queste andavano a rinforzare tali credenze su di sé e sugli altri.

A questo punto abbiamo iniziato a lavorare sugli evitamenti, legati sia all'ansia sociale del temere di fare una brutta figura, ma altresì legati alla credenza di sé come incapace e inferiore rispetto agli altri e, quindi, tipiche del disturbo evitante di personalità, con lo scopo anche di promuovere un progetto di vita più ricco che potesse condurlo ad incrementare la propria autostima e a una visione più positiva di sé. Inizialmente Paolo, dopo diverse sollecitazioni, ha deciso di scrivere un curriculum vitae,

nonostante a suo avviso troppo scarno di esperienze pregresse, ma piuttosto che portarlo di persona ha preferito inviarlo da remoto. In un certo qual modo aggirava l'ostacolo. Solo dopo aver descritto quali potevano essere le ipotesi così catastrofiche rispetto al recarsi di persona e valutare possibili alternative, nonché spiegare il rinforzo che questo poteva avere sulla credenza negativa di sé, Paolo ha deciso di esporsi, con una certa quota di ansia sociale, ma lo ha fatto. Da lì, è stato tutto in discesa la sua autostima e il senso di autoefficacia si sono incrementate e ha iniziato a farlo più volte, sempre con minor ansia, fino a trovare lavoro. Dopo questa conquista, Paolo ha deciso di cambiare ambiente lavorativo per concentrarsi su ciò che davvero poteva piacergli fare, così abbiamo cercato d'indagare insieme quella che poteva essere la scelta più giusta per lui. Dopo aver portato il cv di persona ed aver sostenuto un colloquio Paolo è stato assunto in prova come manovale, dato che lui aveva espresso come preferenza di poter apprendere un mestiere, in particolare quello del muratore. Successivamente ha cambiato ditte edili, per diverse ragioni, ma tutt'oggi lavora come manovale e a settembre 2022 dovrebbe entrare fisso.

Questo traguardo, insieme ad essere riuscito a prendere la patente, hanno aumentato la sua autostima e ridotto quella dolorosa percezione di inferiorità, così da motivarlo nell'esposizione per lui più complessa e difficile, presentarsi ad una ragazza che gli interessava. Il primo step è stato scriverle e prendere contatto su internet in vista di un appuntamento. Questo però da una parte lo gratificava, ma dall'altra lo faceva dubitare di più sulle sue capacità di poterci riuscire qualora la situazione si fosse verificata realmente. Così si è esposto prima a parlare con una ragazza che frequentava il suo gruppo di amici, e successivamente, anche se non da solo a provare a presentarsi a qualcuno in compagnia di un amico che potesse fargli da spalla, con l'obiettivo ultimo di provare a parlare con una ragazza in completa autonomia. Questa parte è stata molto difficoltosa, l'ansia anticipatoria era piuttosto elevata, e Paolo all'inizio è stato reticente, ma poi si è affidato. Ha avuto a mio avviso importanza che io lo abbia rinformato rispetto agli importanti cambiamenti intrapresi, le conquiste avvenute e la sobrietà mantenuta; Paolo prima di ciascun incontro si sottoponeva al controllo delle urine, risultate per tutta la durata della terapia negative. Così è avvenuta anche l'esposizione per lui più difficile, parlare con una ragazza sconosciuta, presentandosi.

Per quanto riguarda l'orientamento sessuale, lo abbiamo affrontato parallelamente nel corso della terapia, e per mezzo della psicoeducazione abbiamo fatto chiarezza sul significato e le varie possibilità rispetto all'orientamento, altresì di come questo non sia fisso e immutabile, ma fluido nel corso della vita. Questo, insieme all'esplicitare spesso la mia assenza di giudizio rispetto ai suoi

comportamenti sessuali, ha permesso di normalizzare la tematica e di poter considerare, attraverso la ristrutturazione cognitiva, la possibilità di avere un orientamento diverso da quello eterosessuale, e di poter essere attratto sessualmente da donne, uomini e transgender. Al momento, è riuscito ad uscire con una ragazza conosciuta tramite social, con la quale ha intrapreso una relazione, e anche se spesso appare indeciso sul fatto di proseguire con lei o fare altre esperienze, anche se al momento ha interrotto le altre frequentazioni. Si dice anche appagato sessualmente. Inoltre, ancora servandomi della psicoeducazione, abbiamo fatto un lavoro di prevenzione rispetto alle malattie sessualmente trasmissibili, in considerazione delle situazioni di promiscuità sessuale che caratterizzano la vita intima di Paolo.

Nella parte finale della terapia abbiamo iniziato a lavorare sullo sviluppo delle sue capacità assertive, importanti nella relazione con la ragazza e altresì nel rapporto con la madre, ma anche con il gruppo amicale.

Infine, per quanto riguarda la prevenzione delle ricadute nelle sostanze, anche questo aspetto è stato affrontato nel corso dei diversi incontri, in particolare nella prima parte della terapia, dove abbiamo evidenziati i fattori di rischio e quelli protettivi da tenere in considerazione rispetto alle sostanze, nonché indagato l'aspetto del craving sia verso la cannabis che verso l'alcol. Fin da subito, il craving si è dimostrato essere sporadico, il richiamo c'era in situazioni di noia, o quando si percepiva estraneo al gruppo. Abbiamo lavorato sulla prevenzione, cercando di costruirsi un nuovo gruppo amicale, frequentando altri contesti che riducessero il richiamo alle sostanze. Abbiamo costruito un planning settimanale, soprattutto quando ancora all'inizio della terapia Paolo non aveva un lavoro, cercando di creare delle attività che lo facessero essere impegnato. Così è tornato a frequentare prima il calcio a cinque, e poi è tornato ad allenarsi come secondo portiere, andare in bicicletta, e fare dei lavoretti in campagna insieme al padre. Inoltre, ho cercato di responsabilizzarlo anche per quanto riguarda la cura dei suoi spazi; purtroppo, solo sporadicamente Paolo si occupava della pulizia della propria camera o di altri compiti domestici, per lo più svolti dalla madre. Non per ultimo, è stato importante chiarire a Paolo il ruolo svolto dalle sostanze, ossia una strategia di coping disfunzionale che gli permetteva di essere disinibito e ridurre l'ansia in situazioni sociali temute, ma anche aiutarlo a costruire un'immagine di sé come diversa dallo "sfigato" e inferiore rispetto agli altri.

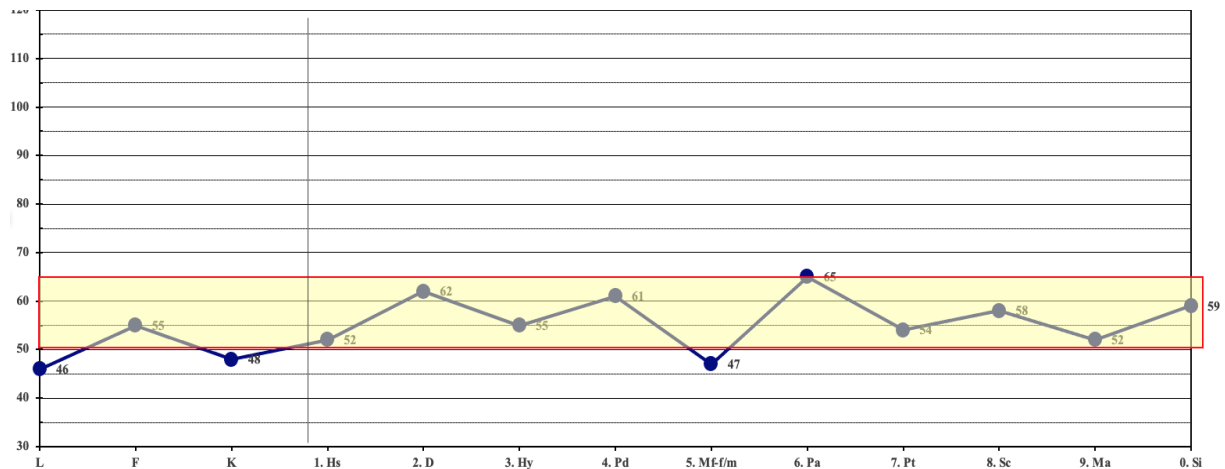
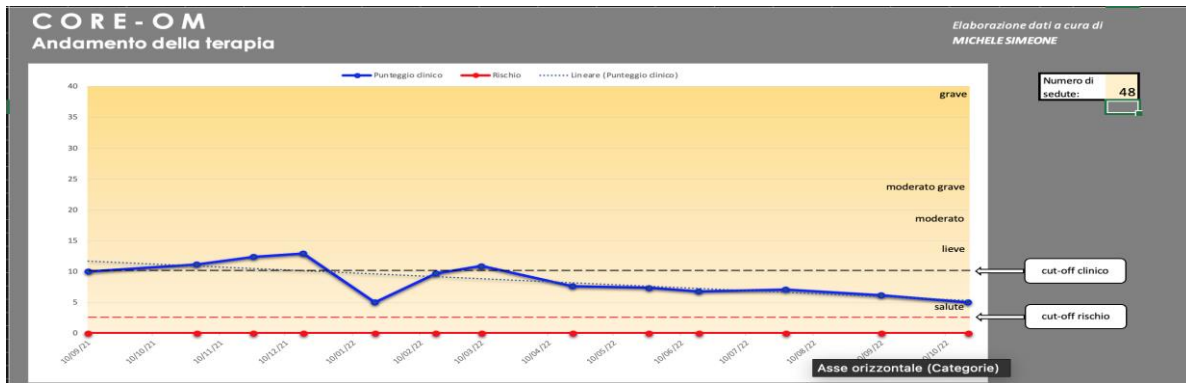
VALUTAZIONE DI ESITO

La terapia si è conclusa a dicembre 2022. L'ultima parte del lavoro si è concentrata sul training all'assertività, utile per incrementare le sue competenze sociali nonché la sua autostima, facendolo

Paolo: un caso di disturbo d'ansia sociale in comorbidità con disturbo evitante di personalità

percepire meno diverso e difettoso rispetto agli altri. Data la riduzione della sintomatologia relativa all'ansia sociale alle interpretazioni catastrofiche della vergogna, Paolo, nel corso dei mesi si è esposto a diverse situazioni per lui inizialmente problematiche, quali fare diversi colloqui di lavoro, licenziarsi e cambiare impiego quando ha compreso che ciò che desiderava era altro, non curandosi delle indicazioni dei suoi familiari, ma provando ad essere autonomo. Al momento della chiusura del percorso psicoterapico, Paolo è riuscito ad avere una relazione sentimentale con una ragazza conosciuta inizialmente tramite social. È riuscito altresì a normalizzare l'idea di avere un orientamento sessuale fluido, che lo porta di tanto in tanto a ricercare ancora rapporti a pagamento con prostitute transessuali, non vivendolo però più come un aspetto di sé di anormalità e distanza rispetto agli altri.

Riporto quanto emerge dal Core-Om, anche se la somministrazione è iniziata durante la terapia.



Bibliografia

- American Psychiatric Association (APA) (2013). DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Trad. it. (2014). Milano: Raffaello Cortina.
- Baroni, D., Caccico, L., Fiesoli, A., Grassi, E., Laretta, F., Marsigli, N., Rosadoni, M., Chiorri, C. (2019). Italian validation of the Self-Report Liebowitz Social Anxiety Scale. 10.13140/RG.2.2.10650.18889.
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F. et al (2000) Clinical Outcomes in Routine Evaluation: the CORE Outcome Measure (CORE-OM). Journal of Mental Health, 9, 247–255.
- Lovato, M., Maddalon, D. (2020). Affrontare la dipendenza. Strategie cognitivo-comportamentali per fronteggiare il disturbo da uso di sostanze. Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l.
- Pancheri P., Sirigatti S., (2008). MMPI-II. Firenze: Giunti O. S.
- Perdighe, C., Gragnani, A. (2021). Psicoterapia cognitiva. Comprendere e curare i disturbi mentali. Milano: Raffaello Cortina.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2018). Schema Therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità. Trad. it. (2018). Trento: Ed. Centro Studi Erikson S.p. A.

Sitografia

<https://www.idrlabs.com/it/scala-kinsey/test.php>

Letizia Rusci, Psicologa, Psicoterapeuta

Specializzata in psicoterapia cognitiva, SPC Grosseto

Training: Gragnani-Lari

e-mail: letizia.rusci@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 difetto di essere Mirko”

Giovanna Panichi ¹

¹Psicologa- Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Grosseto; Centro di Psicoterapia SPC Lucca, Associazione Culturale Studi Cognitivi Pandora Lucca

Riassunto

Questa è la storia di Mirko, un uomo di 32 anni che apparentemente conduce una vita serena e nella norma: vive con i genitori ed il fratello minore in un paese del centro Italia e la sua quotidianità è scandita dal lavoro come animatore per bambini e dalla grande passione per il teatro. Mirko ha una ragazza alla quale è molto legato e degli amici che frequenta nel tempo libero. Ma questo scenario nasconde il profondo dolore di Mirko, che non si sente Mirko ma Selly, perché Mirko soffre di Disforia di Genere e per tale motivo si percepisce perennemente difettato, inadeguato, non in linea con i principi della sua educazione cattolica. Vedremo come questa percezione di difetto morale, aggravata da un senso di difettosità di tipo prestazionale, determini in Mirko dei comportamenti disfunzionali, quali la prostituzione e il gioco d'azzardo, finalizzati a percepirsi adeguato e capace. Ma tali condotte, se nel breve termine producono l'effetto da lui desiderato, non fanno che mantenere la condizione di sofferenza. Grazie all'utilizzo della CBT, verranno ridotte l'omotransfobia interiorizzata e le condotte a rischio in favore di comportamenti funzionali volti ad incrementare il senso di autoefficacia e a promuovere un'immagine più realistica di sé.

Parole chiave: Disforia di Genere; Gioco d'Azzardo Patologico; CBT; Scopi; Credenze

The flaw of being Mirko

Summary

This is the story of Mirko, a 32 year-old man who apparently leads a normal happy life: he lives with his parents and younger brother in a village in central Italy and his life revolves around work as a children's entertainer and his passion for theatre. Mirko has a girl to whom he is very attached and friends that he sees in his free time. But this picture conceals Mirko's deep unhappiness: he feels he is not Mirko but Selly, because Mirko suffers from gender dysphoria and as a result feels permanently flawed, inadequate and out of line with the principles of his Catholic upbringing. We will see how this perception of moral flaw, aggravated by a sense of failure to meet expectations, leads Mirko into dysfunctional behaviour such as prostitution and gambling, aimed at making him feel competent and capable. But even if such conduct has the desired effect in the short term, all it does is sustain his unhappiness. Thanks to the use of CBT, his internalised homotransphobia and

Giovanna Panichi, "Il difetto di essere Mirko"

N. 30, 2022, pp. 57-73.

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

risk-taking behaviour will decline in favour of behaviours intended to increase his sense of self-sufficiency and promote a more realistic image of himself.

Key words: Gender Dysphoria; Gambling; CBT; Goals; Beliefs

PRESENTAZIONE DEL CASO

Mirko ha 32 anni, vive con i genitori ed uno dei due fratelli minori, è laureato in Ingegneria biomedica (*“per far contenti i miei”*) e in Arte e Spettacolo, lavora come animatore per bambini in ludoteca e come insegnante di teatro, inoltre si prostituisce, con clienti di sesso maschile, tramite un sito di incontri.

La famiglia di Mirko è composta dal padre, medico radiologo, descritto come stacanovista, competitivo, anaffettivo; la madre, dirigente infermieristica, iperattiva, affettuosa, confidente (*stile “Una mamma per amica”*), controllante, e due fratelli minori di 29 e 20 anni, di cui Mirko è molto invidioso. Il più grande dei due, infatti, vive all'estero, è un calciatore affermato, mentre il piccolo sta a casa *“per lo più a non fare nulla, mentre io mi occupo di tutte le incombenze di casa, come Cenerentola”*. Mirko è fidanzato da 7 anni con una ragazza, Francesca, *“l'amore della mia vita”*, con la quale ha un rapporto quasi adolescenziale: i due si vedono poco, sempre fuori casa, oppure controllati dai genitori di lei ed hanno raramente rapporti intimi. Entrambe le famiglie, infatti, sono estremamente religiose e Francesca è per questo molto inibita in ambito sessuale. Mirko arriva in terapia su consiglio di una collega, amica di famiglia, con la quale si era confidato, lamentando una flessione dell'umore e insoddisfazione per ogni ambito della vita. Si presenta vestito piuttosto scombinato, con abiti di una taglia più grande, ha un atteggiamento remissivo e imbarazzato, l'eloquio talvolta è interrotto da accenni di balbuzie. La sua prima richiesta è di fare un training sull'assertività (suggerimento della madre), in quanto troppo passivo e succube degli altri, fatto che, secondo lui, gli impedirebbe l'accesso al mondo dello spettacolo come attore. Durante i successivi colloqui, però, appaiono evidenti problematiche d'ansia legate al dubbio sulla propria identità di genere e sulle preferenze sessuali: Mirko si sente spesso *“ragazza”* e in più ama praticare l'infantilismo, ovvero vestirsi da neonato e comportarsi come tale. Inoltre, emerge un disturbo di dipendenza da gioco d'azzardo, presente da circa 13 anni. Solamente un'amica, Katia, è a conoscenza di queste sue problematiche, tutti gli altri ne sono all'oscuro.

DESCRIZIONE DEI PROBLEMI PRESENTATI

Mirko presenta due problematiche distinte, ma che si condizionano vicendevolmente: mi riferisce di aver dubbi sulla sua identità di genere fin dalla tenera età (4/5 anni) *“indossavo spesso abiti e*

accessori femminili e il mio mito era Ramma” e di aver percepito in adolescenza un forte interesse verso il travestitismo e il transessualismo nell’ambito del porno. In questo contesto, è stato scoperto dai genitori tramite cronologia su pc e questi, “temendolo” omosessuale, hanno cominciato letteralmente a seguirlo in ogni uscita fuori casa, smettendo solo quando si è fidanzato con una ragazza. Al momento Mirko lamenta ansia intensa e sentimenti di inadeguatezza, legati al fatto di sentirsi “difettato”: vorrebbe potersi esprimere attraverso tutto ciò che concerne il ruolo femminile, in linea con la sua identità di ragazza, Selly, è il nome fittizio che si è dato, ma teme di venire ridicolizzato e allontanato dagli altri significativi. Inoltre, se fosse scoperto dai propri genitori nell’indossare abiti femminili, potrebbe innescare una vera e propria crisi familiare: “*non accetterebbero mai una cosa del genere*”. Ha paura anche che vengano trovati i pannolini e i ciucci nascosti nella sua camera, che utilizza come gioco erotico con la sua “tata” Katia, una ragazza con cui condivide questa parafilia, ma anche da solo, per rilassarsi: “*quando sono una bambina non sento più alcun peso o responsabilità e mi posso finalmente rilassare*”. Mirko sembra rimuginare per la maggior parte del giorno su questi temi, combattuto tra il bisogno di esprimersi come ragazza/bambina e la paura di venir ridicolizzato, oltre a quella di commettere un atto moralmente illecito, le cui conseguenze sarebbero disastrose tanto da determinare la fine delle relazioni familiari. Tali emozioni di ansia, tristezza e senso di inadeguatezza, generano una flessione dell’umore in senso depressivo e impediscono a Mirko di vivere serenamente la quotidianità, incrementando inoltre la compulsione verso il gioco d’azzardo, la seconda problematica che lui riferisce. Mirko, infatti, ha cominciato a giocare alle slot all’età di 19 anni, con gli amici, fino a divenirne dipendente e conseguentemente a prostituirsi per avere liquidità da giocare. All’età di 24 anni, è stato scoperto a rubare oggetti d’oro in casa, e da allora in poi, nuovamente controllato in ogni mossa, finanziaria e non, dai suoi genitori; è riuscito ad astenersi dal giocare fino a novembre 2020, momento in cui subisce il lutto della nonna materna, alla quale era molto legato e che viveva in casa con la famiglia. In questo momento Mirko gioca per lo più piccole somme “*per provare quella piccola felicità*”, ma saltuariamente, soprattutto in risposta a emozioni negative relative alla percezione di un sé difettato, alza il tiro fino a perdere anche l’equivalente di tutto il suo stipendio. In seguito a queste perdite, Mirko sperimenta sentimenti di fallimento e colpa e si ripromette di non giocare mai più (fino alla volta successiva). Per quanto riguarda la prostituzione, Mirko riferisce di sentirsi a suo agio e perfettamente adeguato con la clientela, ma di provare anche molta ansia per il fatto di poter essere riconosciuto da qualcuno e quindi smascherato.

Ipotesi diagnostica:

- **Disforia di Genere** per i seguenti criteri: una marcata incongruenza tra il genere esperito e il genere assegnato alla nascita, che si manifesta (da più di sei mesi) con forte desiderio di liberarsi delle caratteristiche secondarie maschili; forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie o secondarie del genere opposto; forte desiderio di appartenere al genere opposto; forte desiderio di essere trattato come un membro del genere opposto; forte convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici del genere opposto; la condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa;
- disturbo da **Gioco d’Azzardo Patologico** per i seguenti criteri: è spesso preoccupato/a dal gioco d’azzardo (per es. ha pensieri persistenti che gli fanno rivivere passate esperienze di gioco d’azzardo, analizzare gli ostacoli e pianificare la prossima avventura, pensare ai modi di ottenere denaro con cui giocare d’azzardo; spesso gioca d’azzardo quando si sente a disagio (inadeguato); dopo aver perduto denaro al gioco d’azzardo, spesso torna un’altra volta per ritentare (“rincorrere” le proprie perdite); mente per occultare l’entità del coinvolgimento nel gioco d’azzardo; ha messo in pericolo il lavoro a causa del gioco d’azzardo; il comportamento legato al gioco d’azzardo non è meglio spiegato da un episodio maniacale.

Test somministrato: Core-OM

PROFILO INTERNO DEL DISTURBO

Mirko si sente “difettato”, “inadeguato”, sia in un’accezione morale che prestazionale, e tale difettosità lo renderebbe “indegno” dell’amore e della stima altrui.

Dal punto di vista morale, infatti, il conflitto esistente tra il suo genere di appartenenza ed il genere esperito viene visto attraverso un’ottica omotransfobica: Mirko valuta come “anormale”, “riprovevole”, “moralmente ingiusto” il suo sentirsi donna, oltre che possibile oggetto di scherno e causa di rifiuto da parte delle figure significative.

Allo stesso modo, le insolite preferenze sessuali, ovvero parafilie quali l’infantilismo, il travestitismo e la prostituzione vengono da lui apostrofati come “anormali”, “perverse”, in quanto contrarie al tipo di educazione cattolica genitoriale e di nuovo sinonimo di indegnità morale (vedi ABC n 1).

La seconda accezione di “difettosità” è di natura prestazionale: in famiglia si dà molta importanza alla performance e allo status raggiunto, che divengono strumenti per misurare il valore della persona, ma Mirko ha avuto problematiche di natura organica e un disturbo del linguaggio da piccolo, non

pratica sport, contrariamente a entrambi i fratelli, non ha un lavoro che gli permetta un'autonomia economica e non eccelle neanche nella sua grande passione, il teatro. Per compensare questa sue "mancanze" di integrità e valore, ed essere degno dell'amore e la stima da parte degli altri significativi, un amore condizionato dunque, Mirko si adopera in attività in cui crede di riuscire al meglio, quelle nell'ambito domestico e si investe del ruolo di "figlio perfetto". Si mette completamente a disposizione degli altri "*facendo la serva*": lava, stira, pulisce, porta fuori i cani, manda continuamente messaggi alla madre per sapere se necessita di qualcosa, aspettandosi appunto riconoscimenti e vicinanza. Purtroppo però Mirko, il più delle volte, non riceve i feedback tanto desiderati ma, al contrario, percepisce un incremento della distanza tra lui e i suoi fratelli, che ai suoi occhi vengono trattati diversamente, con maggior rispetto, tolleranza e affetto, quindi di nuovo lui è il "difettato" (vedi ciclo interpersonale), e l'emozione negativa che ne consegue sollecita i comportamenti disfunzionali sotto riportati (vedi ABC n 2).

Mirko, infatti, contrariamente ad altri contesti di vita, si valuta del tutto capace e adeguato nell'atto di fornire prestazioni sessuali ai clienti o durante il gioco alle slot machine, soprattutto quando ottiene delle vincite anche minime, (vedi ABC n 3) e, pertanto, ricorre a queste due attività come strategia per fronteggiare emozioni negative legate al suo senso di inadeguatezza, difettosità. In particolare, nei momenti in cui avverte tale sentimento, Mirko si catapulta nel primo bar con sala slot e ricerca la tanto agognata emozione di euforia legata alla vincita, talvolta anche di "quasi" vincita, a dimostrazione delle sue capacità e quindi del suo valore, in tale ambito. Quando non ha denaro a disposizione, invece, registra la sua posizione in un app di incontri, dando la disponibilità a chi volesse praticare sesso a pagamento e si reca a domicilio del primo uomo interessato, al fine di evidenziare le sue doti di "amante-bambina" e sentirsi finalmente capace ,con il potere di...Inoltre tale ambito, garantisce a Mirko la possibilità di viverci come "bella ragazza" "desiderabile" e di avvertire in minor misura l'incongruenza tra la sua natura biologica e la sua identità di genere.

Purtroppo tali soluzioni risultano solo momentaneamente efficaci, perché finiscono il più delle volte per avere l'effetto contrario a quello ricercato, consolidando le credenze patogene e agendo sull'umore in senso depressivo: nel caso del gioco, il buon esito è dovuto solo alla casualità e quando non si realizza, in Mirko si innesca una ruminazione sull'accaduto "*c'è qualcosa che non va in me, se nonostante tutto continuo a giocare*"(vedi ABC n 4) che non fa che mantenere le credenze disfunzionali di difettosità. L'atto di prostituirsi, invece, sembrerebbe essere sempre utile a breve termine, determinando in Mirko un senso di capacità e padronanza della situazione (vedi ABC n 5), se non fosse per gli aspetti secondari legati alla valutazione dell'atto stesso di prostituirsi, ovvero alla

trasgressione a norme morali e religiose. Tale giudizio genera rimuginii ansiosi “*cosa succederebbe se mi scoprissero?*” andando nuovamente ad inficiare la percezione di sé e conseguentemente l’umore di Mirko

- 1) Mirko si trucca e poi si veste con gli abiti della fidanzata, a casa di lei (Francesca era in viaggio dai nonni con i genitori).

A	B	C
Mi guardo allo specchio	“però...sono magra e figa...niente male!” “dovrei truccarmi gli occhi più spesso” “diverse teste le farei girare” Valutazione di avere il potere di...	Senso di compiacimento 9
A 2	B 2	C 2
BC	“ e se mi vedessero i miei?” “oddio e se dopo si accorgono che avevo gli occhi truccati?” “Scoppierebbe il finimondo! Rimarrei solo come un cane, infamato da tutte le persone più care e la mia vita non avrebbe piu senso”	Ansia 10
A 2 PAR	B 2 PAR	C 2PAR
BC	“non dovrei sentirmi così...non è normale che un ragazzo si vesta da femmina...un ragazzo si dovrebbe vestire da ragazzo e non conciare così...forse sono ridicola e basta ...verrei	Tristezza 9 Comportamento: si cambia e si strucca con attenzione Rimugina

	<p>presa per il culo, mi sentirei quella anormale, che nessuno vuole”</p> <p>Valutazione di difettosità-indegnità</p>	<p>Tentativo di risollevarsi immediatamente: va a giocare alle slot</p>
--	---	---

2) Mirko va a prendere le pizze da asporto per tutta la famiglia ma la madre lo richiama 3 volte per cambiare l'ordinazione, mentre lui si trova davanti al ragazzo della pizzeria...

A	B	C
<p>Terza telefonata della mamma</p>	<p>“avrà pensato fossi cretina che ogni 30 secondi gli cambio pizze”</p> <p>Sono inadeguata (compromissione dell'immagine)</p>	<p>Vergogna 10</p>
A par	B par	C par
	<p>“mi hanno presa per la schiava di turno?” “invece di ringraziare, mi mettono in imbarazzo davanti a tutti”</p> <p>“sicuramente a Gigi o Ludo non avrebbe cambiato l'ordinazione di continuo...anzi, non ce li avrebbe nemmeno mandati”</p> <p>“Perché loro sono perfetti: bravi, sportivi, realizzati, mentre io sono la pecora nera”</p> <p>Valutazione di difettosità</p>	<p>Rabbia 7</p> <p>Comportamento: mentre aspetta le pizze, gioca 10 euro alle slot e vince, migliorando l'umore (vedi sotto)</p>

3) Mirko entra nel primo bar provvisto di slot machine, gioca e vince...

A	B	C
Vincita 20 euro alle slot	“ce l’ho fatta...ho calcolato bene!” “sono riuscita a quadruplicare il bottino!” Senso di efficienza	Gioia 9 Eccitazione (non sessuale)7

4) Mirko entra in una sala slot dopo una discussione con la fidanzata, ma perde una bella somma (tutto lo stipendio)

A	B	C
Perdita 600,00 euro	“sono un malato di mente...ho faticato un mese intero per poi perdere tutto così...eppure ormai dovrei sapere come funziona Senso di fallimento e valutazione di difettosità	Tristezza 9

5) Mirko incontra un “cliente” abituale in un albergo e dopo aver offerto il suo servizio...

A	B	C
Uscendo dall'albergo	“sono stata brava e facendo la voce da bimba l’ho eccitato ancora di più” “mi richiamerà anche la prossima settimana” Senso di competenza, capacità Valutazione di avere il potere di...	Gioia 9 Eccitazione 10

Per Mirko sembrerebbe prevalere un antiscopo, quello di non sentirsi inadeguato e di conseguenza indegno d'amore. Sicuramente la credenza sugli altri è di tipo "giudicanti" "critici" "pretenziosi". La credenza su sé: inadeguato, difettato e quindi non degno di amore e stima. Le regole compensatorie: devo essere ligio ai dogmi cattolici (vedi sacrificio) e gli altri mi ameranno/accetteranno/ricompenseranno e io mi sentirò adeguato, amabile

FATTORI E PROCESSI DI MANTENIMENTO

Fattori intrapsichici:

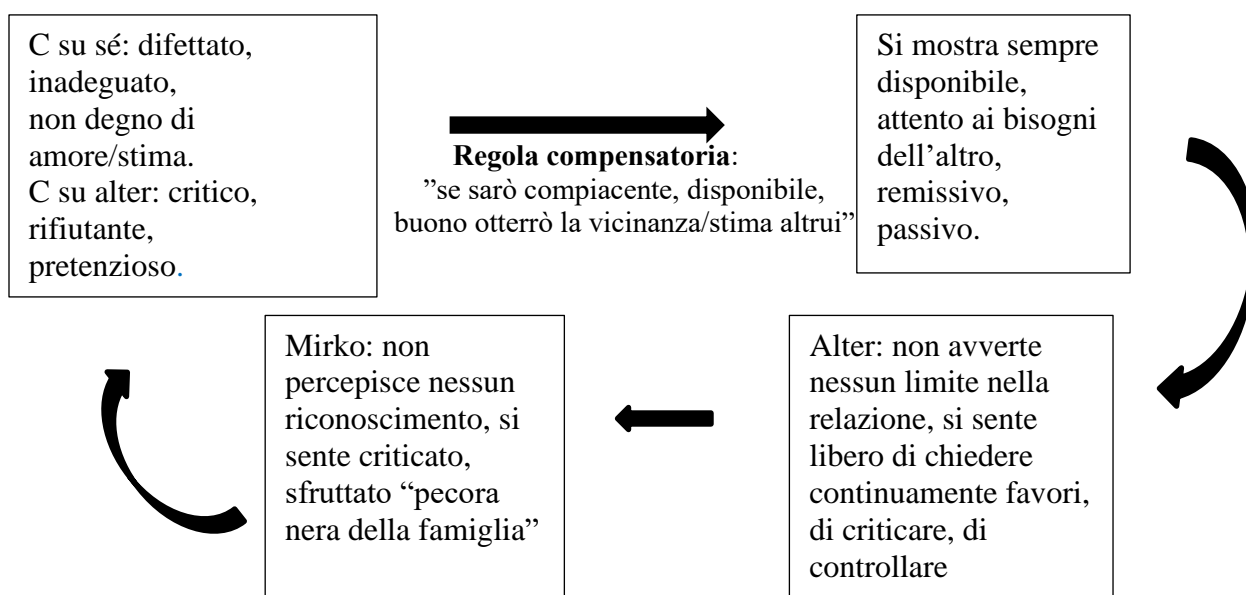
- **Omotransfobia interiorizzata** Mirko ha interiorizzato una serie di stigmi contro la transessualità e anche contro gli orientamenti sessuali, che differiscono da quello eterosessuale (secondo la morale cattolica più integralista) e questo lo porta continuamente a criticarsi e denigrarsi per gli impulsi, i desideri e le emozioni che prova in riferimento a questi due domini. Tale autocritica consolida la credenza di "difettosità-indegnità".
- **Bias legati al gambling** Inherent memory bias (si ricordano maggiormente le vincite delle perdite); gambler's fallacy (ovvero la sovrastima delle probabilità che avvenga la vincita, dato che quella slot non eroga da tempo); overconfidence (ci si crede esperti e quindi ormai più capaci di vincere); trends in number picking (pensiero magico rispetto a certe sequenze di numeri o figure); illusory correlations (es. "*oggi mi hanno chiamato per un provino quindi è il mio giorno fortunato e vincerò*"); availability of other wins (leggendo di altri vincitori, ci si aspetta che sia normale vincere). Questi errori cognitivi mantengono la ricorsività dell'uso del gioco d'azzardo come strumento per allontanare la sensazione di incapacità: Mirko crede facilmente di poter vincere e quindi di sperimentare la tanto agognata sensazione di gioia/adeguatezza/efficacia.
- **Comportamentali** per gestire la sensazione di difettosi, Mirko ricorre al gambling arrivando spesso a perdere anche grosse cifre e questo gli conferma di essere difettato, sbagliato. Mirko si prostituisce e se da un lato questo gli permette di sentirsi femmina e pure capace (in questo ambito, infatti, Mirko viene trattato da ragazza e riscontra feedback positivi dai clienti per cui si percepisce perfettamente adeguato, capace) dall'altro, gli provoca ansia

di star commettendo un atto immorale, lo fa sentire anormale e suscettibile di poter essere “beccato” da qualcuno in tutta la sua “perversione” (e di conseguenza venir denigrato, allontanato).

- **Evitamento:** Mirko non fa mai riferimento alla disforia o alle sue preferenze sessuali con le persone care (solo Katia lo sa) e questo non gli permette di mettere in discussione la sua credenza riguardo all’essere inamabile in quanto anormale, difettato, per cui la credenza si mantiene.

Fattori interpersonali:

Mirko è convinto di dover ipercompensare la mancanza di integrità morale e di capacità pratica mostrandosi sempre disponibile e accondiscendente con i familiari e, più in generale, con le persone a lui care. Questo atteggiamento completamente anassertivo, passivo, genera dei cicli interpersonali che di fatto confermano la sua “diversità”, “inadeguatezza”



SCOMPENSO

Sembrerebbe che il peggioramento sintomatologico, riguardo al gambling sia avvenuto dopo la morte della nonna materna, persona a cui Mirko era particolarmente legato e che riusciva a farlo sentire capace, amabile in maniera incondizionata. Il forte dolore per il lutto e la mancanza di questo supporto esterno, avrebbe spinto Mirko a ricorrere allo strumento a lui già noto e sempre accessibile, del gioco d'azzardo, ambito in cui, a spot, si percepisce efficiente e capace a causa dei bias di cui sopra.

VULNERABILITÀ

- **Fattori organici:** Mirko nasce con una malformazione al cardias per cui subisce un intervento allo stomaco all'età di 3 anni e mezzo; da quel momento deve assumere una terapia farmacologica *“mi ricordo che all'asilo tutti i bambini avevano la merendina e io invece dovevo prendere le pillole”* e questo lo fa sentire diverso dagli altri, difettato.
Alle scuole elementari Mirko scopre di essere dislessico e fa un percorso di logopedia: nuovamente sente uno stigma su di lui che lo differenzia dai bambini “normali”, di nuovo si sente inadeguato al contesto.
All'età di 8 anni ha un attacco epilettico isolato di cui non si ravvedono le cause, ma da quel momento per diversi anni Mirko soffre di pavor notturno e questo va ulteriormente a strutturare un'immagine di sé come difettato.
- **Fattori psicologici:** Mirko fin dalla tenera età si sente più simile al sesso femminile, prova i gioielli della madre e si atteggia da bambina, ma viene duramente rimproverato e ricondotto al ruolo di maschietto dai genitori che, preoccupati per questi atteggiamenti, lo portano in un istituto per una valutazione psicologica. Tale risposta genitoriale genera in Mirko l'idea di essere difettato, diverso nell'accezione negativa del termine.
- **Fattori familiari:** L'educazione rigorosa di stampo cattolico, unita ad un ipercontrollo genitoriale in tal senso, produce in Mirko la convinzione di doversi attenere rigidamente a delle norme morali al fine di essere una persona degna di stima e amore (affettività condizionata), per cui ogni suo comportamento o sensazione, che si discosti da tale dottrina, lo fa percepire come inadeguato e di conseguenza criticabile, non amabile.

L'atteggiamento genitoriale ipercritico e l'importanza attribuita dal padre alla prestazione (es. scolastica/lavorativa/sportiva) lo inducono a pensare di essere inadeguato, e di nuovo inamabile.

Riguardo al gambling, sembra che sia il nonno paterno che il padre di Mirko avessero accumulato numerosi debiti a causa di "cattivi investimenti". Voci di corridoio riconducono queste perdite al gioco d'azzardo...Mirko però non ne parla.

TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO

CONTRATTO E SCOPI DEL TRATTAMENTO e RAZIONALE, STRATEGIE E TECNICHE

Dopo alcuni incontri di assessment, nei quali si è da subito instaurato un rapporto di collaborazione e condivisione, altamente funzionale ad una buona relazione terapeutica, è stato necessario rivalutare la richiesta del paziente circa lo scopo della terapia e sono stati concordati i seguenti obiettivi terapeutici

OBIETTIVI	RATIONALE E STRATEGIE	TECNICHE
Riduzione omotransfobia interiorizzata con disvelamento dell'identità di Selly	Si condivide il modello di funzionamento e si modificano le credenze stereotipate in favore di una maggior tolleranza e accettazione di sé. Si mettono in dubbio le doverizzazioni. Si riducono gli evitamenti al fine di falsificare certe credenze disfunzionali sul concetto di amabilità condizionata. Si favorisce l'accettazione di un rifiuto/allontanamento familiare e amicale.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Psicoeducazione ▫ ABC ▫ Dialogo socratico ▫ Ristrutturazione cognitiva ▫ Act
Riduzione – Estinzione attività di gioco d'azzardo/ Prevenzione delle ricadute	Si istruisce il pz sul funzionamento delle slot e sugli effetti delle stesse nel mantenimento del disturbo. Si individuano le situazioni di maggior rischio per il pz e si incrementa la capacità di gestire l'impulso e il craving. Si rinforza il comportamento funzionale aumentando le abilità di coping	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Istruzione e Psicoeducazione ▫ Diario ▫ Analisi funzionale ▫ Costi-Benefici ▫ Token Economy ▫ Mindfulness

<p>Riduzione- estinzione dei comportamenti a rischio (prostituzione- parafilie)</p>	<p>Si condivide il funzionamento del paziente rispetto alla ricerca di autodeterminazione/libertà mettendo in discussione il pensiero dicotomico per cui “niente mi è permesso – tutto mi è permesso” e si individua uno stile di vita più equilibrato ma altrettanto soddisfacente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Analisi funzionale ▫ Costi-Benefici ▫ Schema Therapy
<p>Dire di “no” alle richieste altrui.</p>	<p>Si ricostruiscono e condividono i cicli interpersonali. Si modificano le credenze rispetto ai vantaggi di avere uno stile passivo a favore di uno stile assertivo favorendo l’incremento delle abilità assertive. Si aiuta il pz nel riconoscimento dei propri diritti/bisogni assertivi e nell’espressione degli stessi facendogli da modello</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ ABC ▫ Ristrutturazione cognitiva ▫ Training sull’assertività con role playing ▫ Esercizi guidati assertività ▫ Esposizioni
<p>Incremento autonomia personale: riduzione delle telefonate alla madre, indipendenza economica volta all’affitto di una casa in proprio.</p>	<p>Si favorisce l’autonomia personale modificando la credenza di incapacità-inadeguatezza evidenziando gli ambiti in cui il pz ha raggiunto un buon funzionamento. Si pianificano obiettivi concreti a breve e lungo termine e le strategie per il raggiungimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Costi-benefici ▫ Ristrutturazione cognitiva ▫ Storicizzazione delle credenze ▫ Schede DBT

DESCRIZIONE DELLA TERAPIA:

La terapia ha avuto una durata di 32 incontri ed è ancora in atto. I colloqui si sono svolti settimanalmente, seppur non sempre con regolarità, date le problematiche di natura economica di Mirko legate al gambling e negli ultimi 2 mesi si sono ridotti a due incontri mensili, talvolta da remoto a causa della sintomatologia da Long Covid manifestata dal paziente. Da subito si è creata un’ottima

compliance e, una volta esplicitati i due nuclei patologici di Mirko, si è provveduto ad un lavoro in parallelo sia sulla DG che sul GAP. Nello specifico, per il primo abbiamo esplorato la storia di genere e dell'identità sessuale del paziente, utilizzando anche materiale psicoeducativo (es. il libro "Senza Tabù" di Violeta Benini) per poi ridefinire le caratteristiche desiderate rispetto all'identità di Selly quali movenze, vestiario, tono di voce, fisicità, etc. Per quest'ultimo aspetto è stato necessario procedere ad un'accettazione dei limiti legati alla struttura fisica di Mirko, individuando però ove ci fosse la possibilità di migliorarne alcuni aspetti: il pz ha infatti deciso di radersi completamente (viso e corpo), di sottoporsi ad una dieta e di far allungare i capelli in virtù dell'ottenere un aspetto maggiormente femminile. Dopo aver messo in discussione le credenze patogene legate all'omotransnegatività interiorizzata ed un intervento volto all'accettazione del rischio di giudizio negativo /distanziamento da parte degli altri (significativi e non) si è poi proceduto con delle graduali esposizioni: Mirko ha svelato la sua identità di genere ad alcuni amici per poi assumere in tutto e per tutto l'identità di Selly, dapprima in studio con me, poi in brevi tratti di strada all'esterno e, successivamente, con un'amica, Chiara, anche in luoghi pubblici lontani da casa. Successivamente verrà stilata una nuova lista di situazione sociali alle quali Mirko proverà ad esporsi. Per quanto concerne il GAP, invece, il pz è stato istruito a mezzo di video esplicativi sul funzionamento delle slot machine, sulle probabilità di vincita e sui bias del giocatore d'azzardo. In particolare abbiamo evidenziato le distorsioni di Mirko e i trigger d'innescio (emotivi ma anche esclusivamente visivi), concordando strategie comportamentali protettive (es. non entrare in bar con slot, non tenere più di 5,00 euro in tasca etc.. etc..) oltre ad un meccanismo di ricompensa per ogni giorno di astinenza dal gioco: in un'ottica di Token Economy abbiamo deciso di attribuire una "stella" premio per ogni giorno di esenzione dal gioco, fino al raggiungimento di 5 stelle, ovvero ad una sessione di gioco di ruolo con Katia (che si è prestata) nella versione di "tata". Talvolta si è presentata la difficoltà organizzativa di mettere in pratica tale "premio". Si è inoltre favorito lo sviluppo di un maggior senso di competenza-adequatezza, oltre che una maggiore autonomia economica, incrementando le attività in cui Mirko si valuta capace: lavori creativi con i bambini o nell'ambito delle RSA con anziani, scrittura di sceneggiature e piccoli libri per l'infanzia. Infine è stato svolto un training sull'assertività con l'utilizzo di schede pratiche e role playing in seduta. Un ostacolo alla continuità terapeutica è rappresentato dal fattore economico: quando Mirko ricade e gioca perdendo somme maggiori alle slot machine, non può pagare le sedute per cui, dopo un paio d'incontri mancati, è stato ridefinito il contratto terapeutico. In aggiunta Mirko, da circa 2 mesi soffre per i sintomi del Long Covid e tale problematica, oltre a riattivare una credenza di difettosità dello stesso, ha limitato notevolmente le

attività del pz inducendo nuovamente una flessione dell'umore in senso depressivo. Dunque il lavoro attuale è indirizzato all'accettazione di malattia, non come sinonimo di difetto, rivalutando l'impatto effettivo che tale condizione ha nella vita del paziente e reindirizzando le energie verso obiettivi raggiungibili legati ai valori dello stesso. A questo proposito abbiamo inserito attività alternative ma piacevoli e altrettanto gratificanti per Mirko: registrare video per Youtube da casa, interpretando ruoli femminili e/o infantili, incrementare la scrittura di testi (sceneggiature e libri per l'infanzia), candidarsi a casting online, favorire la produzione di oggetti con tecniche di decoupage da utilizzare poi in ludoteca o in RSA. Contemporaneamente il focus terapeutico è centrato sull'accettazione dei limiti realistici con la riduzione/eliminazione dei comportamenti a rischio quali il prostituirsi, i giochi di ruolo praticati in contesti non protetti (es. giardini pubblici) etc...Vengono infatti sollecitati comportamenti alternativi: anziché concedersi tutto, senza regole una tantum, Mirko è incentivato a validare a sé stesso desideri ed emozioni espletandoli nella quotidianità in un contesto legale e consono alla vita sociale.

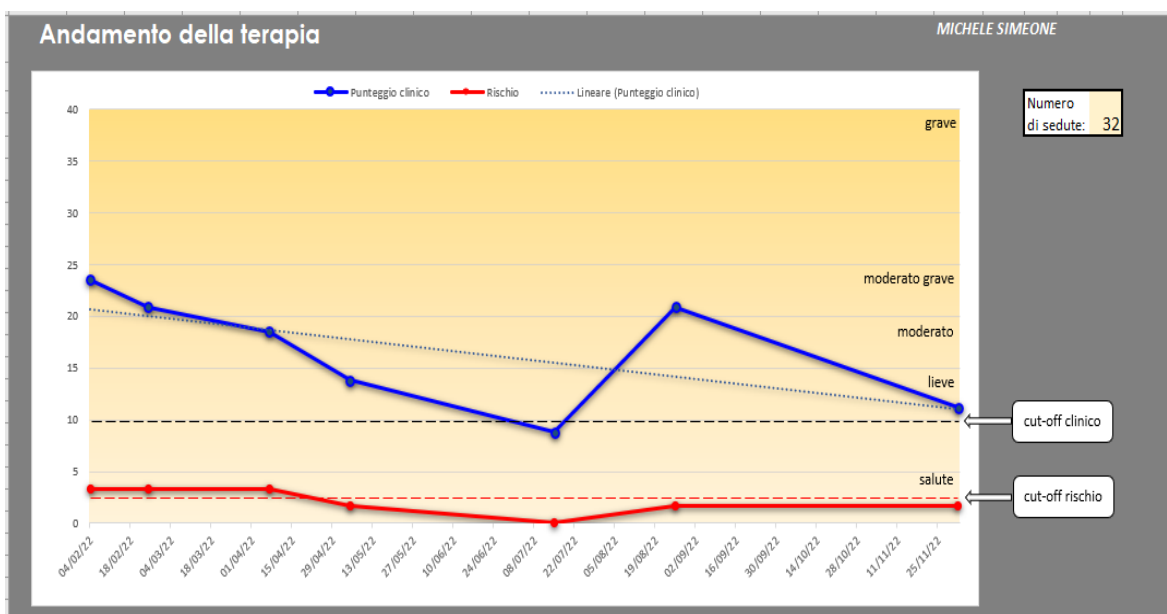
VALUTAZIONE DI ESITO:

Mirko ha essenzialmente accettato la sua identità di Selly, mettendo in discussione il pregiudizio legato a stigmi sociali o religiosi: ne parla con gli amici, si veste spesso con abiti femminili in contesti sociali (pub, centri commerciali, estetista), accettando il rischio dell'impatto che può avere sulle persone. Quindi i sintomi ansiosi e depressivi legati a tale ambito, si sono notevolmente ridotti. Permane una grossa difficoltà nel disvelarsi con i familiari dato che rappresenterebbe la perdita sicura del rapporto con gli stessi: per Mirko la vicinanza degli altri significativi, continua ad essere uno scopo prioritario e non abbiamo trovato uno scenario alternativo per lui perseguibile. Tale limite rende in questo momento impossibile per Mirko l'attivazione di un iter per la riassegnazione di genere.

Per il GAP, si sono ridotte le occasioni di gioco e Mirko utilizza strategie più funzionali per fronteggiare il craving: utilizza delle flashcard con frasi motivanti ("sei un creativo...crea un'alternativa) e che evidenziano i costi della scelta di giocare; chiama un amico per un caffè; chiama Katia. Per quanto concerne l'assertività, purtroppo per Mirko continua a prevalere uno stile passivo anche se, con la fidanzata ed alcuni amici adotta maggiormente una comunicazione assertiva, esplicitando giudizi, dissensi, bisogni e richieste d'aiuto. Purtroppo la malattia di natura organica legata al Covid, lo ha debilitato fisicamente ed è molto complicato mantenere una continuità negli appuntamenti e nella motivazione. Nonostante questo, la relazione terapeutica resta solida e Mirko

sta utilizzando le strategie assimilate per accettare il momento e non ricadere nei soliti circoli disfunzionali (vedi attività sopra riportate).

Il ricorso alla prostituzione continua ad essere fonte di gratificazione per Mirko e necessita di un ulteriore focus sui costi, oltre che di un lavoro sui limiti della persona: sembra che il paziente si autorizzi qualunque comportamento legato all'esplicitazione delle fantasie sessuali per poi, in un secondo momento, valutare tali agiti a conferma della sua indegnità morale.



Bibliografia

- AA.VV., Training per le abilità di coping, Giovanni Fioriti, 2019.
- Bader M., Eccitazione, Raffaello Cortina, 2018.
- Baggio F., Assertività e training assertivo, FrancoAngeli, 2013.
- Baldini F., Homework: un'antologia di prescrizioni terapeutiche, Mc Graw-Hill, 2004.
- Dettore D., Trattato di psicologia e psicoterapia del comportamento sessuale, Giunti,
- Fava G., Psicoterapia breve per il benessere psicologico, Raffaello Cortina, 2015.
- Greaves CC., Reicherter, Disforia di genere, in "DSM-5, istruzioni per l'uso", Raffaello Cortina, 2017
- Harris R., Fare ACT, FrancoAngeli, 2021.
- Hayes S., Hofmann S. (a cura di), Process-based CBT. I processi e le competenze cliniche di base della terapia cognitivo-comportamentale, MINDelp, 2020.
- Kirk J., e Clark Keith Hawton D., Salkovskis P., (1989) Manuale di terapia cognitivo-comportamentale. Aspetti teorico-pratici in psichiatria, (tr. it.) Giovanni Fioriti, 2016.
- Linehan M., DBT Skills Training. Manuale, Raffaello Cortina, 2015.

Nisi A., ABC dell'ABC. Guida alla comprensione dei pensieri del paziente per psicoterapeuti cognitivo comportamentali, Feltrinelli, 2020.

Perdighe C. Gragnani A., Psicoterapia cognitiva, Raffaello Cortina, 2021.

Giovanna Panichi, Psicologa – Psicoterapeuta
Specializzata in psicoterapia cognitiva - SPC Grosseto,
training Gragnani-Lari
e-mail: giovannapanichi00@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

La psicoterapia nella balbuzie

Claudio Stefano Del Monte¹

¹Psicologo- Psicoterapeuta, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC) - Roma

Riassunto

Lo scopo del presente lavoro è quello di raccogliere evidenze circa l'importanza di considerare la balbuzie non solo come un disturbo della fluenza, caratteristica più evidente e manifesta, ma come qualcosa di più complesso e profondo che può riguardare l'intera identità della persona, il suo modo di essere, i suoi pensieri, le sue emozioni, i suoi comportamenti, e che in definitiva influisce significativamente sulla qualità della vita. In questa cornice, sempre maggiori evidenze suggeriscono l'importanza e la necessità della psicoterapia come metodo elettivo di intervento da affiancare alle terapie centrate sulla fluenza. In particolare vengono descritti alcuni dei più promettenti protocolli di intervento di natura cognitivo comportamentale, tratti dalla letteratura internazionale, e declinati in maniera specifica alla balbuzie, dei quali si hanno sempre maggiori evidenze di efficacia, sia in minori che in adulti. In aggiunta agli interventi cognitivo comportamentali più tradizionali, molto promettenti risultano essere i metodi basati su terapie di terza ondata, quali l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

Parole chiave: Psicoterapia - Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC – CBT) – Acceptance and Commitment Therapy (ACT) - Balbuzie – Disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia.

Psychotherapy of stuttering

Summary

The purpose of this work is to collect evidence about the importance of considering stuttering not only as a fluency disorder, a more evident and manifest characteristic, but as something more complex and profound that can affect the whole identity of the person, his way of being, his thoughts, his emotions, his behaviors, and which ultimately significantly affects the quality of life. In this context, growing evidence suggests the importance and necessity of psychotherapy as an elective method of intervention to complement fluency-centered therapies. In particular, some of the most promising intervention protocols of a cognitive behavioral nature are described, drawn from the international literature, and specifically applied to stuttering, of which there is increasing evidence of efficacy, both in minors and in adults. In addition to more traditional cognitive behavioral interventions, methods based on third-wave therapies, such as Acceptance and Commitment Therapy (ACT), are very promising.

Key words: Psychotherapy - Cognitive Behaviour Therapy (CBT) – Acceptance and Commitment Therapy (ACT) - Stuttering – Childhood-Onset Fluency Disorder

Claudio Stefano Del Monte, La psicoterapia nella balbuzie N. 30, 2022, pp. 74-105.

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

1. Introduzione

Il seguente lavoro ha l'obiettivo di raccogliere conferme circa l'importanza dell'aspetto psicoterapeutico nel trattamento della balbuzie. Storicamente i trattamenti della balbuzie si sono focalizzati principalmente sul trattamento della fluenza, andando quindi a lavorare sugli aspetti più manifesti, overt, del disturbo. Tuttavia nel corso degli anni, tale modello ha rivelato numerosissime criticità, poiché la balbuzie si è dimostrato essere un disturbo estremamente più complesso, in cui la persona, partendo dalla sua balbuzie, costruisce nel tempo una fortissima emozionalità negativa legata alle situazioni di comunicazione, fondate su delle rappresentazioni nucleari di sé stessi, del proprio valore, delle proprie capacità, degli altri, delle relazioni, molto disfunzionali. E questo non sorprende data la centralità dell'interazione umana nella definizione di quella che è la propria identità e in quella che è la possibilità di realizzarsi, e dato inoltre l'alto tasso di oggettive esperienze di disapprovazione e spesso umiliazione vissute in età evolutiva, come dimostrano numerosi studi sulla vittimizzazione delle Persone che Balbettano (PCB). In fondo, sono propri questi aspetti, che definiamo covert, a diventare nel tempo il nocciolo duro del disturbo e che compromettono la qualità della vita della PCB. Si comprende così come sia assolutamente necessario, per un vero trattamento olistico del disturbo, lavorare con altrettanta attenzione di quella fornita alla fluenza, su questi aspetti, territorio di elezione della psicoterapia e in particolare della terapia cognitivo comportamentale (Cognitive Behaviour Therapy - CBT). Attualmente è pratica diffusa che siano gli stessi terapisti del linguaggio a integrare all'interno del loro trattamento sulla fluenza, protocolli e tecniche di stampo CBT adattate in modo specifico alla balbuzie, coinvolgendo la figura dello psicoterapeuta soprattutto in caso di criticità. Nel seguente lavoro, dunque, in una prima parte, oltre a descrivere la balbuzie, si prova a esaminare la complessità del disturbo. In seguito si raccolgono prove a supporto dell'importanza del lavoro psicoterapeutico, in particolare cognitivo comportamentale.

In breve, perché è importante il lavoro psicoterapeutico?

Perché migliora significativamente quello che è l'atteggiamento verso le situazioni comunicative, verso la propria balbuzie, verso sé stessi e verso il giudizio degli altri. La persona si avvicina alla comunicazione in modo più funzionale, riducendo gli evitamenti. E questo si traduce in netto miglioramento del benessere psicologico e in generale della qualità della vita, rispetto al solo lavoro sulla fluenza. Per esempio posso anche migliorare la mia fluenza, ma se comunque non mi iscrivo all'università perché ho ancora una gran paura, la mia qualità della vita potrebbe non migliorare.

Perché alcuni studi dimostrano che migliora anche la fluenza, sia perché ci si avvicina alle situazioni comunicative in maniera più rilassata e meno pressati dalle emozioni e dalle circostanze, sia perché permette di applicare nel tempo con costanza le tecniche di fluenza nelle varie situazioni, permettendo di sperimentarsi e mettersi in gioco. Senza cambio di atteggiamento è facile che si resti, o si ritorni, nei circoli viziosi dell'evitamento e dello scoraggiamento.

Perché viene in aiuto ai terapisti del linguaggio per non commettere alcuni errori involontari molto comuni, poiché può accadere che lavorando in modo strategico sulla diminuzione della disfluenza, incoraggino involontariamente comportamenti protettivi e di evitamento, come per esempio evitare di parlare in certe situazioni problematiche. Ma questo se da una parte dà la sensazione di gestire e migliorare la fluenza, la parte overt, dall'altra può peggiorare tutta quella parte legata all'approccio comunicativo, all'evitamento, e a tutte le cognizioni a esso legate, la parte covert.

Perché, fattore assolutamente non trascurabile, è molto frequente che vi siano altre comorbilità psicopatologiche, prima fra tutte l'ansia sociale.

Infine si esaminano nel dettaglio alcuni di questi protocolli basati sulla CBT, tratti dalla letteratura internazionale, sia nella popolazione adulta che nell'età evolutiva. Le tecniche riportate per l'età adulta si fondano principalmente sui modelli dell'ansia sociale declinati in maniera specifica alla balbuzie. È per questo che si dedica particolare spazio all'ansia sociale e ai suoi modelli più noti e come questi possano essere collegati alla balbuzie e con quali implicazioni terapeutiche. Si dedica spazio inoltre a prospettive di terza generazione, nel caso specifico l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), molto promettenti nel trattamento del disturbo.

2 La balbuzie

2.1 Cosa è

Il DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) inserisce la balbuzie tra i Disturbi del Neurosviluppo, la definisce come “Disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia” e la caratterizza attraverso i seguenti criteri:

A. Alterazioni della normale fluenza e della cadenza dell'eloquio, che sono inappropriati per l'età dell'individuo e per le abilità linguistiche, persistono nel tempo e sono caratterizzate dal frequente e marcato verificarsi di uno (o più) dei seguenti elementi:

1. Ripetizioni di suoni e sillabe.
 2. Prolungamenti dei suoni delle consonanti così come delle vocali.
 3. Interruzione di parole (per es., pause all'interno di una parola).
 4. Blocchi udibili o silenti (pause del discorso colmate o non colmate).
 5. Circonlocuzioni (sostituzioni di parole per evitare parole problematiche).
 6. Parole pronunciate con eccessiva tensione fisica.
 7. Ripetizioni di intere parole monosillabiche (per es. "Lo-lo-lo-lo vedo").
- B. L'alterazione causa ansia nel parlare o limitazioni dell'efficacia della comunicazione, della partecipazione sociale, o del rendimento scolastico o lavorativo, individualmente o in qualsiasi combinazione.
- C. L'esordio dei sintomi avviene nel periodo precoce dello sviluppo.
- D. L'alterazione non è attribuibile a deficit motorio dell'eloquio o a deficit sensoriali, a disfluenza associata a danno neurologico (per es., ictus cerebrale, tumore, trauma) o da altra condizione medica, e non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale.

La causa del disturbo non è nota, anche se una mole sempre più crescente di studi inizia a concordare sul fatto che la balbuzie sia la conseguenza di un atipico funzionamento del sistema motorio del linguaggio, che si occupa della pianificazione ed esecuzione del linguaggio, e che tale vulnerabilità del sistema sia fortemente influenzata da variabili di tipo linguistico, cognitivo, emotivo e sociale (Smith & Weber, 2016). Per portare degli esempi, è noto come una persona difficilmente balbetta quando è da solo, a dimostrazione della centralità della percezione sociale come fattore stressante il sistema del linguaggio, così come le possibilità di balbettare aumentano in presenza di determinate parole e gruppi di fonemi, fattore linguistico, spesso le più significative del discorso, fattore cognitivo, o in presenza di talune emozioni come l'ansia, fattore emotivo. Questi fattori sono inestricabilmente connessi tra loro tali da causare un sovraccarico nel già vulnerabile sistema di elaborazione linguistica.

La balbuzie emerge mediamente tra i 3 e 7 anni (età media di esordio 33 mesi), entro i 6 anni nel 80-90% dei casi, di solito in modo graduale, con la ripetizione delle consonanti iniziali, delle prime parole delle frasi o delle parole lunghe. La maggior parte delle volte (tra il 65 e l'85%) ha una remissione spontanea. La gravità del disturbo agli 8 anni è un importante indice di persistenza in adolescenza e nelle età successive. All'inizio il bambino potrebbe essere non, o poco, consapevole delle proprie

disfluenze, ma man mano che il disturbo progredisce, così come la consapevolezza, è frequente che sviluppi risposte emotive negative e dunque meccanismi per evitare sia la disfluenza che tali risposte emotivamente negative, come a esempio l'astenersi di parlare in pubblico e parlare con enunciati brevi e semplici (American Psychiatric Association, 2014) (Yairi & Ambrose, 2013).

2.2 Quanto è diffusa

Recenti studi di prevalenza ci dicono che attualmente l'1% circa della popolazione mondiale soffre di balbuzie. Studi di incidenza di ci dicono che circa tra il 5 e l'8% delle persone ha balbettato nel corso della propria vita, a dimostrazione dell'ampio fenomeno della remissione spontanea del disturbo. Esiste un rapporto maschi-femmine 2:1 in età prescolare, che poi muta a 4:1 in età adolescenziale e adulta. Sembra dunque che la differenza di genere, sebbene presente, sia meno marcata in età prescolare, a ridosso dell'esordio, con in seguito un tasso maggiore di remissione spontanea da parte delle femmine, che dunque rende il rapporto complessivo maggiormente sproporzionato dalla parte dei maschi (Yairi & Ambrose, 2013) (Reilly, et al., 2009) (Dworzynski, Remington, Rijdsdijk, Howell, & Plomin, 2007).

2.3 Che impatto ha

La balbuzie ha un forte impatto negativo sulla qualità della vita della persona che balbetta (PCB). Diversi studi, che utilizzano variegati modelli e strumenti di valutazione sull'impatto del disturbo sulla qualità della vita, concordano sul fatto che la PCB ha una minore qualità della vita rispetto ai gruppi di controllo. Riportando alcuni di essi troviamo e esempio che la PCB sperimenta forti vissuti comunicativi negativi, grandi difficoltà di comunicazione in situazioni chiave, una forte emozionalità negativa in particolare riferita alle emozioni vergogna ed ansia, una minore capacità di perseguire alcuni dei propri scopi e obiettivi significativi nella vita, una minore soddisfazione della propria vita (Yaruss, 2010); una minore iniziativa e spontaneità comunicativa (Costantino, Eichorn, Buder, Beck, & Manning, 2020); un impatto negativo nei domini della vitalità, del funzionamento sociale, emozionale e nel dominio della salute mentale (Craig, Blumgart, & Tran, 2009); un impatto negativo paragonabile a quello di importanti patologie fisiche, quali alcuni tipi di traumi neurologici o malattie coronariche (Koedoot, Bouwmans, Franken, & Stolk, 2011).

La balbuzie ha anche un importante impatto negativo su quelle che sono le aspettative lavorative. Importanti studi longitudinali condotti nel Regno Unito e negli Stati Uniti ci descrivono come le PCB

abbiano maggiori possibilità di essere disoccupate e, nel caso lavorino, di guadagnare significativamente meno rispetto ai gruppi di controllo, con ulteriore svantaggio a carico delle femmine (Gerlach, Totty, Subramanian, & Zebrowskia, 2018); inoltre è più alta la possibilità che le PCB ricoprano una condizione occupazionale e socioeconomica inferiore (McAllister, Collier, & Shepstone, 2012). In uno studio condotto su un campione di PCB, il 70% dei soggetti ha riferito che la balbuzie sia l'impedimento più importante per eventuali promozioni lavorative, il 33% che la balbuzie interferisce in modo significativo sulle proprie prestazioni lavorative, e circa il 20% ha detto di avere rinunciato a opportunità di promozione a causa di essa, a dimostrazione di come la balbuzie sia percepita come un importante e tangibile handicap nel mondo lavorativo (Klein & Hood, 2004). Un altro studio dimostra come le PCB, in ambiente lavorativo, abbiano un più basso senso di autoefficacia e una più bassa autostima rispetto ai colleghi (Bricker-Katza, Lincoln, & Cumming, 2013).

Ci sono molte ricerche che indagano l'impatto della balbuzie in ambito scolastico. Innanzitutto vi sono evidenze che dimostrano che i bambini e ragazzi in età scolare che balbettano tendono a sperimentare forti emozioni negative nel contesto scolastico, con frequenti esperienze di isolamento sociale, derivanti dalla paura di balbettare in classe e relative conseguenze in termini di giudizio negativo da parte dei coetanei (sono infatti maggiori le probabilità di essere presi in giro e bullizzati, con una percentuale di vittimizzazione del 44,4% rispetto al gruppo di controllo 9,2%), caratterizzate da importanti comportamenti di evitamento, un basso senso di autostima e un minore ottimismo nell'orientamento alla vita. Inoltre tendono ad avere maggiori probabilità, rispetto ai non balbuzienti, di ripetere l'anno (Blood, et al., 2011) (Bloodstein, Bernstein Ratner, & Brundage, 2021). Inoltre, prendendo in considerazione anche l'istruzione di più alto grado, vi sono conferme sul fatto che la balbuzie ha un impatto negativo sul rendimento scolastico, con una correlazione negativa tra severità della balbuzie e rendimento scolastico, ovvero maggiore è la severità della balbuzie e minore è il rendimento scolastico, con un più alto tasso di abbandono e minori titoli accademici conseguiti rispetto ai non balbuzienti (O'Brian, Jones, Packman, Menzies, & Onslow, 2011).

Inoltre viene riferito anche un impatto negativo nel campo delle amicizie e delle relazioni sentimentali dove la balbuzie viene vissuta come un importante ostacolo, in particolare nella fase della loro formazione. A esempio, nel campo delle relazioni vengono riferite grandi difficoltà nel parlare con persone dell'altro sesso, soprattutto in adolescenza. Nelle amicizie invece sembrano influire molto anche i vissuti di discriminazione con annessa diffidenza, come confermato anche dalla alta percentuale di vittimizzazione di cui soprattutto bambini e adolescenti balbuzienti sono vittime.

Inoltre è stata riscontrata una importante e significativa compromissione della partecipazione sociale (Hayhow, Cray, & Enderby, 2002) (Yaruss J. S., et al., 2002) (Hugh-Jones & Smith, 1999).

Numeri importanti vengono inoltre dalla comorbilità tra la balbuzie e altri disturbi mentali. Le persone che balbettano e che cercano aiuto di professionisti del linguaggio hanno, rispetto ai gruppi di controllo, 4.5 volte di più la possibilità di avere un disturbo d'ansia generalizzata, 2.1 più possibilità di avere disturbi dell'umore, 1.9 volte di più la possibilità di esperire depressione maggiore, 3 volte di più la possibilità di sviluppare un disturbo di personalità, in particolare quelli maggiormente correlati all'ansia, come disturbo evitante, dipendente, ossessivo compulsivo (Iverach, et al., 2010) (Iverach, et al., 2009). Un ruolo importante nella balbuzie viene ricoperto dall'ansia, data la sua centralità e invadenza, e diversi studi confermano questo stretto legame riscontrando a esempio una maggiore e significativa ansia di stato nelle PCB rispetto ai controlli (Craig & Tran, 2014). Soprattutto l'ansia è collegata, come è possibile immaginare, a quasi tutte le circostanze in cui c'è di mezzo il parlare, e che quindi è strettamente legata alla comunicazione e alle situazioni sociali comunicative. È per questo che uno dei costrutti centrali legati alla balbuzie è quello dell'ansia sociale, che merita di essere analizzato più nel dettaglio nel capitolo successivo, anche perché centrale focus di intervento nell'ottica della CBT.

3. Perché la psicoterapia nella balbuzie

3.1 La balbuzie è un disturbo complesso

Quando si pensa alla balbuzie, vengono immediatamente in mente le caratteristiche più evidenti di tale disturbo, quelle legate principalmente agli intoppi della fluenza, ai blocchi, alle ripetizioni, alle tensioni a questi collegati. Tuttavia, questa non è che solo la parte visibile, come si suole dire, la punta dell'iceberg. Il disturbo è estremamente più complesso e articolato, e coinvolge praticamente quasi tutte le aree significative di vita della persona andando a inficiare fortemente la qualità della vita nella sua globalità, con forti emozionalità negative e sofferenza; e questo non sorprende data la centralità che ricopre la comunicazione nelle interazioni e quindi nelle attività umane. Yaruss e colleghi (Yaruss & Quesal, 2004) (Yaruss J. S., 2010) hanno provato a sistematizzare la complessità dei fattori che caratterizzano il disturbo prendendo come modello l'International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Salute (WHO, 2001) che si dipana su più livelli. A livello della compromissione nelle funzioni corporee, nelle PCB, gli autori collocano

i sintomi più evidenti, la difficoltà nella produzione dell'eloquio, le disfluenze. A livello della compromissione nelle strutture corporee vengono riportate le evidenze nella letteratura che riportano delle differenze neuro-anatomiche riportate dalle PCB. A livello dei fattori personali, ci sono i fattori cognitivi, emozionali e comportamentali che la balbuzie induce, come la vergogna, l'ansia, la tristezza, la tensione, gli evitamenti, le rappresentazioni di bassa autostima ed efficacia. A livello dei fattori ambientali sono messi in evidenza fattori protettivi e di rischio come le reazioni dell'ambiente alla balbuzie, in diversi ambiti. A livello di limitazione delle attività, restrizione della partecipazione, vi è la forte difficoltà che le PCB hanno nel partecipare nelle attività quotidiane che implicano la comunicazione, come le interazioni con gli altri, il parlare al telefono, parlare a lavoro o a scuola. Questo comporta una forte limitazione nell'intraprendere quello che si vuole nella vita, nel perseguire le proprie inclinazioni e obiettivi, nel partecipare ad attività sociali, nel perseguire opportunità lavorative e formative. Allo scopo di valutare la balbuzie nella sua complessità, e aiutare i clinici a comprendere le aree dove intervenire, sono stati approntati degli strumenti, tra cui uno dei più noti è l'Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES) (Yaruss & Quesal, 2006). Il questionario nelle sue diverse sezioni indaga le percezioni dei soggetti riguardo la propria fluenza, quanto si conosce circa la balbuzie, come ci si sente rispetto all'essere balbuzienti e alla propria abilità ed efficacia nel comunicare, le emozionalità rispetto alla balbuzie, quali inaiutabilità, rabbia, vergogna, solitudine, ansia, depressione, atteggiamento difensivo, colpa, le sensazioni fisiche quali la tensione, i comportamenti protettivi quali l'evitamento oculare, l'evitamento delle situazioni in cui si parla, non dire quello che si vuole dire, usare strategie quali sostituire parole, usare parole riempitive, lasciare che qualcun altro parli al posto proprio, le credenze disfunzionali rispetto alla balbuzie, del tipo "le persone si fanno una opinione di me basata principalmente su come parlo", "se non balbettassi sarei più capace nel raggiungere i miei obiettivi nella vita", "non voglio fare sapere agli altri che balbetto", "non posso accettare il fatto che balbetto", l'impatto che ha sulla comunicazione di tutti i giorni, quanta difficoltà si ha nel parlare nelle situazioni specifiche, come al telefono, di fronte a un gruppo di persone, iniziare spontaneamente una conversazione, o in contesti specifici come il lavoro, nel partecipare a eventi sociali, nel raccontare delle storie, e quanto tutto ciò impatti sulla qualità della vita, nei diversi ambiti, come l'abilità di compiere il proprio lavoro, la soddisfazione, quanto influisca sulle opportunità di carriera, oppure l'impatto in ambiti quali la famiglia, le relazioni amicali e intime, le opportunità educative, e infine come tutto questo influisca sulla propria autostima, sulla fiducia in sé stessi, sull'entusiasmo per la vita, sul benessere psicologico, sul proprio senso di controllo, e altro. Da uno studio degli autori si è visto che mediamente solo il 12% delle persone balbuzienti ha risposto

che la balbuzie non influisce per nulla sulla propria qualità della vita, solo il 9% che non interferisce con la loro soddisfazione nelle comunicazioni, solo il 36% che non interferisce con le proprie relazioni, solo il 35% che non interferisce con il lavoro (Yaruss & Quesal, 2006). Tale complessità del disturbo che abbiamo provato a caratterizzare nel seguente paragrafo, con una componente centrale ricoperta dalle rappresentazioni di sé stessi, degli altri, della propria balbuzie, delle proprie capacità, così come dall'emozionalità, con prominenza di ansia (soprattutto sociale di cui parleremo nel prossimo paragrafo), vergogna tristezza, rabbia, così come dai comportamenti, primi fra tutti quelli di evitamento; tale complessità non può che richiedere un intervento complesso, che quindi vada oltre la semplice fluenza, ma che vada ad affrontare tutti questi aspetti in maniera efficace e specifica.

3.2 Balbuzie e ansia sociale

Per comprendere l'impatto quasi totalizzante di quella che è l'ansia sociale nelle persone balbuzienti, basti pensare al dato che circa tra il 40% e il 60% delle PCB che chiedono aiuto a specialisti del linguaggio per la loro balbuzie, potrebbero soddisfare i criteri di un vero e proprio disturbo da ansia sociale, contro una prevalenza della popolazione generale che è invece del 7-13% (Iverach, et al., 2009). E anche qualora non venissero soddisfatti tutti i criteri, molti aspetti dell'ansia sociale hanno comunque un impatto negativo molto significativo (Iverach, Menzies, O'Brian, Packman, & Onslow, 2011) (Ezrati-Vinacour & Levin, 2004). La PCB tende a essere estremamente sensibile al giudizio altrui, quindi con forte preminenza dell'emozione vergogna, per tutto ciò che riguarda la sua balbuzie. Infatti sembra essere proprio l'aspettativa del danno sociale, in particolare dove è richiesta la parola, a guidare l'ansia. Esempi di tale danno, conseguenza del giudizio negativo e svalutazione della propria persona, possono essere l'essere derisi, il rifiuto sociale, l'essere ignorati, l'essere umiliati o svalutati (Messenger, Onslow, Packman, & Menzies, 2004). La PCB dunque è molto preoccupata e in allerta nei confronti dei giudizi negativi, e suole percepire le situazioni sociali o di performance, in cui è implicata la comunicazione, come spaventanti e pericolose. Pensieri comuni in tali situazioni possono essere "le persone si chiederanno cosa c'è che non va in me se balbetto", oppure "penseranno che sono strano" (Onslow, 2020). Dal punto di vista comportamentale le PCB tendono a mettere in atto degli evitamenti proprio per prevenire il danno temuto, tali evitamenti possono essere sottili, come per esempio cercare di evitare determinate parole problematiche da dire, inibire l'iniziativa e la spontaneità comunicativa, oppure più grossolani come l'evitare completamente le situazioni sociali

ansio gene. Inoltre, l'ansia sociale, nei contesti comunicativi, manifestandosi anche a livello somatico, per esempio attraverso esempio rossore, sudorazione, tensione, con relativa meta-valutazione negativa, può a sua volta provocare ulteriore sovraccarico cognitivo, amplificando il circolo vizioso, aumentando il disagio esperito, orientando in modo disfunzionale la concentrazione, e spesso causando anche maggiori difficoltà nella fluenza del linguaggio.

Il modello di Clark e Wells (Clark & Wells, 1995) per la fobia sociale può esserci particolarmente utile per leggere e interpretare le caratteristiche dell'ansia sociale del balbuziente. Il modello postula che ci sono dei processi cognitivi, guidati dalle credenze, aspettative e scopi della persona, prima, durante e dopo le interazioni sociali che alimentano e mantengono quella che è l'ansia sociale; per approfondimenti (Gagnani, Di Benedetto & Couyoumdjian, 2021). Nel seguente paragrafo andremo a vedere nel dettaglio come tale modello si può declinare in maniera specifica alla balbuzie (Iverach, Rapee, Wong & Lowe, 2017) e (Onslow, 2020).

Già prima della possibile interazione sociale la PCB è guidata da una serie di forti aspettative, come quella che sarà giudicata negativamente dagli altri, di regole condizionali di come dovrebbe invece andare la comunicazione, e dalla tendenza a sovrastimare le conseguenze di tale giudizio, per esempio "balbetterò sicuramente, tutti rideranno di me", che condizionano in modo considerevole il grado di ansia e quello che è l'approccio della persona alla situazione. Un peso sembra averlo anche un tipico aspetto della balbuzie "il fenomeno dell'anticipazione", ovvero la sensazione che la balbuzie si verificherà già anticipandosi mentalmente la situazione, dunque prima che questa si verifichi realmente, dovuto a un disfunzionale monitoraggio anticipatorio (Jackson, Yaruss, Quesal, Terranova & Whalen, 2015). Sebbene le persone con ansia sociale senza balbuzie possano avere talvolta degli oggettivi deficit sociali, spesso la loro eventuale prestazione disfunzionale può essere ricondotta alle stesse conseguenze all'ansia e alla vergogna. Invece, nella PCB c'è la consapevolezza, spesso fondata, che ciò sarà a causa della propria balbuzie, condizione cronica con un forte e oggettivo impatto sulla comunicazione, e che molto probabilmente già in passato ha portato esperienze di giudizio negativo molto severe, invalidanti e umilianti (vedere agli altissimi dati di vittimizzazione in età evolutiva presentati nel capitolo precedente). Diversi studi dimostrano che la balbuzie è effettivamente associata a valutazioni negative in situazioni sociali e di prestazione, e tali reazioni negative dell'altro a un discorso balbettato possono essere ricondotte spesso a stereotipi negativi, a difficoltà e incertezza su come comportarsi di fronte al balbuziente, a interpretazioni negative, come che la balbuzie è segno di instabilità emozionale e mentale (Lee & Manning, 2010). Tali ripetute esperienze negative portano la PCB a formarsi delle forti aspettative, quasi certezze, sul fatto che

avverrà una valutazione negativa, accompagnate da un forte timore, e questo soprattutto nei gradi di balbuzie più severi e con maggiori esposizioni a giudizi negativi in passato, con la formazione di credenze catastrofiche del tipo “balbetterò sempre nelle situazioni sociali, tutti reagiranno negativamente alla mia balbuzie e questo è intollerabile”. Tuttavia anche PCB che sviluppano una visione più positiva e meno catastrofica del tipo “mi capiterà di balbettare nelle situazioni sociali, qualche persona mi valuterà negativamente, sarà spiacevole ma tollerabile”, tendono a sperimentare un certo grado di ansia nelle situazioni parlate (Iverach, Rapee, Wong & Lowe, 2017).

Quando le persone con ansia sociale, nello specifico quelle che balbettano, sono impegnate nella interazione sociale, che come abbiamo visto è caratterizzata da tutta una serie di aspettative catastrofiche e quindi vissuta come molto spaventante, con allarme, tendono a essere particolarmente attente a tutti quelli che possono essere i segnali del giudizio negativo. L’attenzione in particolare viene focalizzata sia su sé stessi, quindi su tutti quegli aspetti di sé che sono creduti come indici di una cattiva prestazione e/o di una cattiva impressione, e sia su tutti quegli aspetti ambientali che possono confermare il giudizio negativo dell’altro, quindi la minaccia. Tale focalizzazione, in conseguenza di numerosi bias dei quali è portatrice, porta all’effetto paradossale di incrementare la salienza della rappresentazione negativa di sé stessi, della propria prestazione, del giudizio negativo dell’altro (Clark & Wells, 1995). Nei pazienti balbuzienti la focalizzazione su sé stessi è molto orientata al monitoraggio della propria balbuzie, alla propria prestazione parlata, e ciò porta a amplificare la percezione negativa della stessa, a esempio anche piccoli momenti di balbuzie sono vissuti come più severi, prolungati, percepibili agli altri, di come possono essere effettivamente in realtà, così come dei brevi blocchi possono essere vissuti come molto più lunghi e prolungati. Questo automonitoraggio può inoltre ridurre la capacità di concentrarsi su aspetti più funzionali del compito in atto, peggiorando le prestazioni. Un altro aspetto importante a cui il paziente balbuziente presta attenzione sono tutte le componenti fisiologiche della sua balbuzie, come le tensioni o gli “spasmi” legate ai blocchi, e anche tutte quelle componenti legate alla fisiologia delle emozioni, come l’ansia e la vergogna (cosa comune con tutti gli ansiosi sociali). Alcuni studi, a esempio, hanno misurato gli aspetti fisiologici legati all’emozionalità negativa durante situazioni di balbuzie tramite appositi indicatori quali conduttanza cutanea, battito cardiaco e salivazione, riscontrandone una frequenza maggiormente significativa rispetto ai gruppi di controllo (Bauerly, Jones, & Miller, 2019). Il grande sforzo attentivo su tutti gli aspetti in corso del proprio parlato, deriva anche dalla volontà di controllare la propria fluenza, il proprio sistema motorio del linguaggio, in una specie di lotta struggente contro la balbuzie, infilando sempre di più la persona nel tunnel attenzionale sul proprio

parlato, aumentandone quindi la valenza e la salienza. Questo è un aspetto molto importante che i terapeuti della fluenza devono tenere in conto nei trattamenti, ovvero l'importanza di non focalizzare tutta l'attenzione della PCB sull'aspetto del controllo del linguaggio, al fine di evitare gli effetti paradossali appena descritti, e quindi non perdendo di vista il quadro generale, che dovrebbe essere caratterizzato da un certo grado di spontaneità e spensieratezza (Cream, Onslow, Packman, & Llewellyn, 2003). Altrettanto importanti sono i bias attentivi orientati verso l'esterno. Come le persone con ansia sociale senza balbuzie, le PCB, durante le prestazioni sociali, sono soliti scansionare l'ambiente in cerca di segnali che confermino la minaccia di essere discrediti, prestando quindi particolare attenzione alle reazioni degli ascoltatori alla propria balbuzie. Ciò porta spesso a percepire informazioni neutrali come minacciose, a esempio un viso neutrale viene facilmente interpretato come segno di disinteresse o noia, e a prestare meno attenzione, spesso ignorandoli o fraintendendoli, a quelli che possono essere indizi positivi (Cream, Onslow, Packman, & Llewellyn, 2003). In un esperimento Lowe e colleghi (Lowe, et al., 2012), hanno riscontrato, tramite la tecnica del tracciamento oculare, che le persone che balbettano, rispetto ai gruppi di controllo, mentre sono impegnati in una prestazione parlata di fronte a una platea, guardano in generale meno frequentemente il pubblico (probabilmente dovuto a una maggiore concentrazione sulla propria prestazione e il proprio parlato e a comportamenti di evitamento), e in particolare meno frequentemente le facce positive rispetto a quelle neutrali o negative.

Una delle componenti centrali del modello postula che l'ansioso sociale, nel corso dell'evento temuto, immagina sé stesso al centro dell'attenzione valutativa, e si vede dalla stessa prospettiva esterna dalla quale lo potrebbe vedere una persona esterna critica. In questo senso si dice che valuti sé stesso alla stregua di un oggetto sociale. Ovviamente la prospettiva attraverso la quale valuta sé stesso e la propria prestazione non è quella reale, ma come abbiamo visto è viziata da numerosi bias, quindi non può che risultare distorta e negativa. Dunque anche le PCB si formano, nell'interazione, un'immagine negativa di sé stessi, che conferma e rafforza le credenze negative di base su sé stessi di cui sono portatori, a esempio di essere dei comunicatori incompetenti. Boyle (2013) nei suoi studi ha indagato diverse di queste convinzioni negative di base nei balbuzienti, che portano a costruire un'immagine di sé carica di self-stigma, con una parte di queste convinzioni dovute, oltre a ovvie esperienze personali, anche a interiorizzazioni di pregiudizi negativi provenienti dalla società. Ci sono evidenze sperimentali a supporto del fatto che le PCB tendono a giudicarsi dalla prospettiva dell'osservatore esterno (Lowe, Menzies, Packman, O'Brian, & Onslow, 2015) (Tudor, Davis, Brewin, & Howell, 2013), tali gli autori, nei loro studi, hanno trovato che i balbuzienti hanno maggiori probabilità, a

livelli significativi rispetto ai gruppi di controllo, di richiamare alla mente immagini e impressioni di situazioni sociali ansiogene, che hanno la caratteristica di essere negative, distorte, ma soprattutto viste dalla prospettiva di un osservatore esterno.

I soggetti con ansia sociale inoltre tendono frequentemente a mettere in atto strategie cognitive e comportamentali per ridurre o eliminare la minaccia sociale. Tali comportamenti, sebbene hanno la capacità di ridurre sul momento l'ansia, hanno un ruolo centrale nel rafforzamento e mantenimento del disturbo nel tempo perché riducono la possibilità di mettersi alla prova ed eventualmente disconfermare le rappresentazioni negative. Come prevedibile, anche nella balbuzie i comportamenti protettivi e gli evitamenti sono molto frequenti e sono un fattore centrale di mantenimento (Helgadottir, Menzies, Onslow, Packman, & O'Brian, 2014). Vi sono molte evidenze che correlano la messa in atto di comportamenti protettivi in PCB a maggiori livelli di ansia (Lowe, et al., 2017). Molti di questi comportamenti possono essere gli stessi degli ansiosi sociali che non balbettano, tuttavia quelli della balbuzie sono spesso molto specifici e tendenti a evitare gli episodi di disfluenza, come per esempio evitare determinate consonanti o parole difficoltose. Altri comportamenti possono essere l'evitare le situazioni sociali temute, ridurre l'iniziativa, parlare il meno possibile, rispondere in maniera secca, usare i gesti frequentemente in sostituzione dell'eloquio, evitare determinati argomenti, porre frequenti domande, distogliere il contatto oculare, far parlare qualcun altro al posto proprio, evitare determinate situazioni come parlare al telefono, parlare il meno possibile a più persone contemporaneamente, preferire interlocutori familiari e sicuri, ripetere a mente il discorso prima di parlare, oppure, per chi ha acquisito tecniche di fluenza, provarle prima di parlare, oppure parlare più lentamente. Se per esempio si fa parlare il partner al proprio posto, è vero che nell'immediato si previene il pericolo di essere giudicati male per la propria balbuzie, ma allo stesso tempo si previene la possibilità di mettere in discussione le proprie aspettative e i propri scenari catastrofici, rinunciando casomai alla possibilità di comprendere che l'eloquio non è poi così terribile come ci si aspetta, così come non lo sono le conseguenze e le reazioni dell'altro. Può accadere anche che alcuni di questi comportamenti, per esempio lo stare in silenzio per non balbettare, possano portare paradossalmente proprio al verificarsi dello scenario temuto, ovvero il giudizio negativo dell'altro, che può leggere quel comportamento come mancanza di interesse o come segno di boria. Inoltre, nel caso si verifichi una interazione sociale positiva, è facile che si attribuiscono le cause della buona riuscita, per esempio dell'apprezzamento altrui, alla messa in atto del comportamento protettivo, per esempio "l'altro è stato contento di parlare con me perché sono riuscito a balbettare meno perché ho evitato argomenti a me scomodi", e non grazie al fatto che casomai si sia una persona

interessante e che piace di per sé. Purtroppo accade di frequente che i terapeuti del linguaggio incoraggino, involontariamente, proprio molti di questi comportamenti protettivi al fine di gestire la fluenza e l'ansia a essa collegata (Helgadottir, Menzies, Onslow, Packman, & O'Brian, 2014), con l'effetto di migliorare in modo strategico la fluenza e l'ansia a breve termine ma alimentando di fatto tutta quella componente legata all'ansia sociale. È dunque necessario avere un rationale chiaro di quali di questi comportamenti possano essere funzionali in un certo periodo del trattamento, con la necessità però di tenere in considerazione gli effetti a lungo termine, e quindi la possibilità di maneggiarli in modo flessibile e all'occorrenza eliminarli.

Infine, dopo che è avvenuta l'interazione sociale vissuta in modo disfunzionale, avviene l'elaborazione di ciò che è accaduto, focalizzata principalmente sugli aspetti negativi della situazione. Per esempio ci si focalizza sulla reazione negativa dell'interlocutore così come è stata percepita, oppure nel caso specifico, sulla qualità del proprio parlato, sulla severità o visibilità della balbuzie, e sulle conseguenze di tutto ciò. Ogni interazione negativa può essere un tassello in più che va a rafforzare le proprie credenze e le proprie aspettative e quindi ad alimentare il circolo vizioso dell'ansia sociale. Ogni singolo episodio di balbuzie può accrescere il potenziale di innesco di timori circa le valutazioni negative, andando ad accumularsi alle tante altre esperienze negative esperite nel corso della vita (Cream, Onslow, Packman, & Llewellyn, 2003).

3.3 La psicoterapia è efficace?

Nel seguente paragrafo vengono riportati alcuni studi di esito rispetto all'applicazione di alcuni protocolli della CBT, alcuni dei quali approfonditi nel prossimo capitolo, nel trattamento della balbuzie, che ne dimostrano l'efficacia. A esempio Reddy, Sharma, and Shivashankar (2010) hanno trovato, negli adolescenti e adulti a cui hanno applicato il loro trattamento, una effettiva riduzione di pensieri disfunzionali, diminuzione dell'ansia, con un miglioramento nella qualità della vita. Menzies e colleghi (2008), hanno applicato il loro trattamento a 30 adulti con balbuzie cronica riscontrando un netto miglioramento dell'ansia sociale, con benefici che si sono protratti anche a distanza di un anno di follow-up rispetto al gruppo di controllo, che aveva fatto esclusivamente un trattamento centrato sulla fluenza, ottenendo maggiore grado di soddisfazione personale, una minore messa in atto di comportamenti protettivi di evitamento e con un migliore impatto nel partecipare alle attività sociali. Gli autori riportano inoltre che circa due terzi delle persone non trattate con CBT riportano il rischio di vedere persi alcuni dei miglioramenti nella fluenza. Anche Amster e Klein (2018)

concordano sull'importanza cruciale di integrare la CBT nel trattamento della balbuzie. Koç (Koç, 2010) nel suo studio riporta che la ristrutturazione cognitiva e la terapia comportamentale, oltre a portare benefici nel modificare i propri pensieri disfunzionali contribuisce anche nel diminuire le disfluenze. Anche Fry nei suoi studi è giunto alle medesime conclusioni, spiegandole con il fatto che le credenze disfunzionali possono creare risposte emotive di ansia e tensione che si manifestano in tensione fisica e psicologica, e questa tensione favorisce un eloquio più problematico e disfluente (Fry, 2013). Vi sono anche studi che certificano l'efficacia di trattamenti di terza ondata, come la mindfulness (Boyle, 2011) o più in generale l'ACT, che vanno ad apportare il cambiamento andando a variare il modo in cui ci si rapporta con i propri pensieri. Ad esempio Beilby e colleghi (2012) in uno studio con 20 adulti hanno integrato un protocollo ACT declinandolo in maniera specifica per la balbuzie, trovando dei miglioramenti statisticamente significativi sul funzionamento psicosociale, sul benessere e sulla qualità della vita della persona, nella fluenza, e che tali miglioramenti si sono mantenuti anche ai successivi follow-up a distanza di mesi.

4 Elementi di psicoterapia cognitivo-comportamentale nella balbuzie

4.1 Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT)

I terapeuti del linguaggio sempre più frequentemente solgono integrare i loro protocolli di trattamento della fluenza con elementi tratti dalla terapia cognitivo comportamentale. Solitamente sono moduli che trattano quello che è l'aspetto dell'ansia sociale, declinati in maniera specifica alla balbuzie, andando a lavorare sulle specifiche convinzioni disfunzionali e sugli specifici aspetti comportamentali. Tale esigenza nasce dalla necessità, descritta più dettagliatamente nel precedente capitolo, di andare a trattare il disturbo in maniera olistica, andando a cogliere quelli che sono i nuclei al di là della sola e semplice fluenza. Nel seguente paragrafo vedremo alcuni di questi interventi sia per l'età evolutiva che per l'età adulta.

4.1.1 Adulti

Un trattamento ben documentato per affrontare l'ansia sociale nella balbuzie è quello elaborato da Menzies e colleghi (Menzies, Onslow, Packman, & O'Brian, 2009) (Menzies, et al., 2008), protocollo elaborato da psicologi clinici a uso dei terapeuti del linguaggio e che va a lavorare principalmente

attraverso quattro principi terapeutici: Esposizione, Esperimenti Comportamentali, Ristrutturazione Cognitiva, Training Attentivo.

Esposizione. L'esposizione è una delle metodologie più utilizzate nella CBT, che induce l'individuo a essere esposto a stimoli che normalmente producono ansia, e a cui viene chiesto di stare nella situazione senza mettere in atto i soliti evitamenti e comportamenti protettivi, fino a che il livello di ansia non diminuisca spontaneamente in modo significativo (Cosentino, De Sanctis, & Luppino, 2021). L'esposizione è mirata inoltre a raccogliere contro-evidenze circa le proprie aspettative collegate alla minaccia, per esempio nelle PCB "tutti rideranno di me". Terapeuta e paziente costruiscono una gerarchia di situazioni temute, circa una decina, da potere sottoporre a esposizione, e queste vengono ordinate da quelle meno temute a quelle più temute. La pratica inizia partendo da quelle meno temute e si passa alla situazione successiva solo quando la situazione corrente diviene facilmente gestibile. Durante e dopo l'esposizione terapeuta e paziente riflettono dunque sulla validità delle aspettative collegate alle emozioni e alla minaccia e se queste siano giustificate, a esempio "è vero che tutti ridono di me?", andando inoltre a de-catastrofizzare lo scenario temuto qualora si verifici "è davvero così terribile?". Tipici esempi includibili nella terapia della balbuzie sono il parlare al telefono, parlare con persone percepite come autoritarie, parlare con persone incontrate per la prima volta, parlare con conoscenti che non si vedono da molto tempo, parlare di fronte a un gruppo o a una platea. Parlare al telefono per esempio rappresenta una importante sfida, poiché per esempio la PCB potrebbe temere che i suoi blocchi e silenzi vengano interpretati dall'altra parte come un guasto o uno scherzo telefonico, infatti è comune che dall'altra parte venga riattaccato il telefono o che si ricevano ingiurie a causa dei propri silenzi. Se la conversazione non è fluente come si pensa dovrebbe essere, si teme di essere giudicati incompetenti, problematici, ansiosi. Anche parlare in gruppo è particolarmente problematico e ancora di più lo è parlare con un pubblico vasto. Lo stesso parlare con persone sconosciute, poiché il loro primo giudizio è particolarmente temuto, a esempio si teme che potrebbero pensare che si sia problematici, al contrario invece di quanto accade parlando con persone "sicure" e familiari, che conoscono la persona e la problematica. Anche parlare con vecchie conoscenze che non si vedono da tempo può essere difficile, poiché è frequente la convinzione che gli altri possano pensare che si è fallito nella vita a causa della balbuzie non migliorata. Gli autori riportano un tipico esempio di gerarchia di un ragazzo di 22 anni:

- 1 Parlare per 5 minuti di un libro o un film con un amico supportivo
- 2 Chiedere a un pensionato indicazioni stradali
- 3 Chiamare un'agenzia di viaggio, a casa da solo, per chiedere informazioni per una possibile vacanza

- 4 Chiedere a una ragazza indicazioni stradali
- 5 Chiamare l'agenzia di viaggio ma con 1 o 2 colleghi presenti
- 6 Chiamare l'agenzia di viaggio ma con 5 o 6 colleghi presenti
- 7 Chiedere a un gruppo di tre ragazze indicazioni stradali
- 8 Parlare per 5 minuti di un libro o un film a 2 estranei
- 9 Parlare per 5 minuti di un libro o un film a 5 estranei, due dei quali solgono sussurrare tra loro e ridacchiare
- 10 Parlare per 5 minuti di un libro o film con 2 colleghi senior
- 11 Chiamare in diretta una radio per parlare di questioni di attualità

Esperimenti Comportamentali. La principale e più frequente paura delle PCB, nelle situazioni che prevedono comunicazione, è quella che balbeteranno e che questo comporti un giudizio molto negativo da parte dell'altra persona. Gli esperimenti comportamentali sulla balbuzie vanno in maniera mirata a mettere alla prova queste convinzioni, andando a modulare le aspettative di probabilità di accadimento, soprattutto quelle legate alle reazioni di giudizio negativo degli altri. È molto comune chiedere alla PCB di intraprendere interazioni balbettando volontariamente (viene definita pseudo-balbuzie), e spesso in maniera volutamente più severa rispetto al solito per andare ad analizzare le effettive reazioni degli altri. Come per la gerarchia di esposizione le situazioni da mettere alla prova vengono ordinate gerarchicamente secondo il loro grado di minaccia. Prima dell'esperimento viene chiesto di mettere per iscritto cosa si andrà a fare, per esempio "balbettare per 10 secondi in una libreria", e le aspettative rispetto all'esito, per esempio "il commesso riderà di me". Alla fine dell'esperimento vengono riviste le vecchie previsioni in base alle nuove osservazioni, e in base a queste verranno fatte nuove previsioni da mettere alla prova in esperimenti successivi. I professionisti e i pazienti possono servirsi di una apposita scheda con campi e domande guida del tipo: 1 Attività pianificata. 2 Cosa ti aspetti che succeda? Cosa prevedi accadrà? 3 Quanto sei sicuro di queste predizioni (0-100). 4 Cosa è successo quando hai messo in pratica l'attività? Le tue predizioni si sono avverate? 5 Se metterai in pratica nuovamente la stessa attività, o simili, cosa prevedi accadrà? 6 Cosa hai imparato dall'aver eseguito l'attività pianificata? Hai trovato evidenze a favore e contro il pensiero? Questa attività ha cambiato il tuo modo di pensare?

Ristrutturazione cognitiva. Mettere in discussione i pensieri negativi disfunzionali, soprattutto riguardanti le valutazioni e i giudizi degli altri, è una componente centrale della CBT nel trattamento della balbuzie; infatti molti degli esiti di efficacia dell'uso della CBT per PCB vengono proprio da

studi in cui la componente principale è proprio la ristrutturazione cognitiva. È necessario addestrare le persone per prima cosa a identificare tali pensieri disfunzionali per poi metterli in discussione e modificarli, fino a essere in grado in maniera autonoma di fare questo lavoro nelle situazioni di tutti i giorni. Per addestrare a identificare tali pensieri automatici, soprattutto quelli legati a situazioni comunicative di possibile balbuzie, è necessario dapprima farlo con il terapeuta in studio per poi iniziare a farlo in maniera autonoma nelle situazioni quotidiane attraverso appositi fogli e diari di auto-osservazione, comunemente usati nella CBT (Beck, 2011) (Klein & Amster, 2018). Per aiutarsi nel compito, per i pazienti balbuzienti ci si può avvalere anche di apposite checklist come la Unhelpful Thoughts and Beliefs linked to social Anxiety in Stuttering (UTBAS, (St Clare, et al., 2009)), nella quale sono riportati 66 tra i più frequenti pensieri disfunzionali relativi alla balbuzie, quali ad esempio: “E’ impossibile avere successo nella vita se si è balbuzienti”, “Sono una persona debole perché balbetto”, “Le altre persone penseranno che sono stupido se balbetto”, “Le persone penseranno che sono noioso a causa dei miei silenzi”. È possibile indagare con la persona se questi pensieri sono a lui familiari e con quali di questi ci si identifichi maggiormente. Una volta identificati i pensieri disfunzionali è possibile metterli in discussione e sostituirli con pensieri più funzionali; il paziente e il terapeuta possono avvalersi di apposite domande guida del tipo: 1 Quali evidenze hai a favore del pensiero? 2 Quali evidenze hai contro il pensiero? 3 Cosa diresti a un amico (per aiutarlo) se avesse lo stesso pensiero? 4 Pensa al tuo più calmo, razionale e supportivo amico o membro della famiglia. Come reagirebbe al pensiero? Che cosa direbbe? 5 Sei preoccupato rispetto a un esito che non è sotto il tuo controllo? Ha senso una preoccupazione di questo tipo? 6 Cosa fa il pensiero per te? Come ti fa sentire? Ti è utile in qualche modo o ti causa solo distress? Quali cose positive ci guadagneresti se lasciassi andare il pensiero? Come sarebbe differente la tua vita se non credessi a questo pensiero? 8 Qualora il pensiero fosse vero, quale sarebbe per te il peggiore esito? Sarebbe così terribile come credi? Per le prime due domande, è importante specificare che le evidenze si debbano intendere come evidenze oggettive, come probabilità di accadimento, e non come evidenze soggettive del tipo “quando ero piccolo hanno riso di me a scuola”, poiché questo poco ci dice riguardo al fatto se il commesso riderà, anche lui, questo pomeriggio. E ciò permette di capire come sia facile sovrastimare le probabilità degli esiti negativi in modo irrealistico quando si è in preda all’ansia. Le domande 3 e 4 hanno la funzione di iniziare a fare prendere una certa distanza critica dal pensiero, comprendendo che tende a utilizzare sovente un irragionevole sistema di valutazione basato su un doppio standard. La domanda 5 serve a ragionare sul fatto se l’esito sia o meno sotto il proprio potere di controllo; a ragionare sul fatto che la reazione dell’altro al balbettare e ai blocchi è una cosa che riguarda l’altro,

dipende dal suo stato, dalle sue caratteristiche, dalla sua empatia, dal suo grado di conoscenza della balbuzie, e molte altre cose, al fine di lasciare andare ciò che è oltre il proprio controllo, alleggerendo anche la responsabilità. La domanda 6 è focalizzata sull'utilità pratica che ha il pensiero nella vita quotidiana; è utile e funzionale per gli scopi della persona? Permette un avanzamento in ciò che si vuole e quindi nel funzionamento complessivo? L'ultima domanda, la 8, invece ha la funzione di decatastrofizzare quello che è lo scenario temuto, quindi a modulare anche l'ansia collegata, poiché è frequente per il balbuziente esagerare le conseguenze negative di situazioni comunicative quotidiane. La domanda quindi induce a considerare i reali costi nel caso si verificasse lo scenario minaccioso; per esempio, sarebbe poi così terribile se qualcuno nel negozio dovesse ridere se si balbetta? Quali sarebbero le reali conseguenze? Influirebbe sull'obiettivo di volere comprare l'oggetto che si vuole acquistare?

In aggiunta, un altro modo per aiutare a mettere in discussione i propri pensieri disfunzionali è quello di verificare se sono o meno condizionati da bias di pensiero. Klein e Amster (Klein & Amster, 2018), espongono alcuni dei bias cognitivi sui quali sono soliti lavorare con i pazienti balbuzienti: 1 Pensiero tutto o nulla (All or Nothing Thinking), ovvero la tendenza a interpretare gli eventi secondo un'ottica bianco o nero senza sfumature intermedie; 2 Non tenere conto dell'intero quadro della situazione (Not Seeing the Whole Picture), ovvero la tendenza a focalizzarsi su alcuni particolari invece di vedere la situazione da una prospettiva più ampia, solitamente quelli che confermano le proprie ipotesi legate alla minaccia; 3 Personalizzare (Taking It Personally), ovvero la tendenza ad attribuire a sé stessi ciò che accade o a cui si fa riferimento, in particolare la colpa degli eventi senza considerare la responsabilità degli altri; 4 Focalizzarsi sugli aspetti negativi (Focusing on the Negative), ovvero fare attenzione agli aspetti negativi ed escludere quelli di segno contrario; 5 Lettura della mente (Mindreading), ovvero dare per scontato di sapere cosa pensano gli altri, pur non avendo prove sufficienti a sostegno; 6 Prevedere il futuro (Fortune-Telling), ovvero il predire il futuro senza avere alcun potere per farlo; 7 Catastrofizzare (Catastrophizing), ovvero credere che ciò che succederà sarà terribile e non si sarà in grado di affrontarlo; 8 Orientamento al rimorso (Should've, Could've, Would've), ovvero pensare costantemente al passato, nella convinzione di aver potuto e dovuto fare meglio.

Training Attentivo. È sempre più frequente integrare nei protocolli CBT per l'ansia, e non solo, le pratiche basate sulla Mindfulness. Una procedura semplice di tale stampo che può essere applicata alle PCB è il Training attentivo (Clarke & Wardman, 1985). Si chiede al paziente di sedersi in una posizione confortevole, chiudere gli occhi e di focalizzare la propria attenzione sul respiro. Ad ogni

inspirazione si chiede di contare un numero a mente, a ogni espirazione di dirsi a mentalmente la parola “relax”. Si chiede al paziente di mettere in pratica questa semplice pratica del respiro circa per 5 minuti per 2 volte al giorno. Il training ha lo scopo di accrescere nella persona la sua abilità di controllare e direzionare l’attenzione, e questo può portare alcuni vantaggi, tra i quali per esempio di rendere più flessibile e volontario il direzionamento dell’attenzione durante le interazioni sociali, essere quindi meno preda di bias negativi, ridurre la frequenza dei pensieri intrusivi e negativi legati ad aspetti minacciosi, al fine di rendere la PCB cognitivamente più flessibile e meno vincolata ad automatismi cognitivi.

4.1.2 Età evolutiva

Un interessante adattamento dei protocolli della terapia cognitivo comportamentale per la balbuzie in età evolutiva è quello elaborato da Kelman e Wheeler (Kelman & Wheeler, 2015), messo a punto al Michael Palin Centre for Stammering Children di Londra, adatto a bambini e ragazzi dai 5 ai 14 anni. Le autrici hanno adattato linguaggio e materiali appositamente per i bambini balbuzienti al fine di permettere loro di riuscire ad accedere ai propri pensieri, metterli in discussione considerando prospettive alternative, parlare delle proprie emozioni, sviluppare strategie di coping adattive. Il loro modello è composto da diverse componenti strettamente legate tra loro:

Identificare emozioni e cognizioni. Il terapeuta introduce il modello cognitivo mettendo in evidenza come prima cosa la parte emozionale. I bambini tipicamente sono più bravi nel notare le loro emozioni e cambiamenti di umore rispetto all’identificare i pensieri e le cognizioni. Si introduce il bambino nel riconoscimento delle proprie emozioni usando attività quali per esempio: uso di flashcards con facce che rappresentano stati emotivi nelle quali si devono riconoscere e discutere le rispettive emozioni differenziandole dalle altre, oppure dove si devono accoppiare tra loro per pertinenza emotiva, identificare e commentare le emozioni dei protagonisti in spezzoni di storie o film, oppure giochi in cui si devono differenziare emozioni e pensieri. Un’altra attività può essere il completare una storia dove il protagonista può avere le stesse caratteristiche e difficoltà del bambino in uno scenario problematico già sperimentato, a esempio si può chiedere di completare una storia che parla di un bambino che balbetta a cui viene chiesto di partecipare a una recita scolastica; questo permette al bambino di esternalizzare e quindi accedere più facilmente alle proprie emozioni rispetto alla stessa situazione, di iniziare a collegarle ai pensieri che le generano, di normalizzarle in quanto accadono anche ad altri, come al bambino immaginario della storia, di iniziare a prendere una certa distanza

critica dai propri pensieri, che gli aprirà in seguito la possibilità di avere spazio di manovra per poterli mettere in discussione (Fuggle, Dunsmuir, & Curry, 2013). I bambini possono essere inoltri addestrati a valutare l'intensità delle loro emozioni anche attraverso l'utilizzo di supporti visivi come per esempio il termometro delle emozioni (Stallard, 2002), o attività pratiche come riempire bicchieri d'acqua o gonfiare palloncini che servono a convertire un concetto astratto in una nozione molto più concreta, quindi più accessibile e motivante. Questo permette anche di insegnare al bambino a collocare l'emozione all'interno di un continuum, e a non ragionare dunque solamente in modo polarizzato (arrabbiato o calmo), aprendo uno spazio concettuale per il cambiamento. I bambini diventano dunque più bravi a riconoscere, esprimere e valutare le proprie emozioni e questo permette loro di iniziare a modularne l'impatto, soprattutto nell'ambito della fluenza. Possono essere coinvolti anche i genitori per ampliare la loro comprensione e sviluppare abilità che gli consentano di supportare il lavoro emozionale del figlio anche nella vita quotidiana, a esempio essendo a loro volta più aperti alle emozioni, invitando il figlio a esprimere maggiormente le sue emozioni, a etichettarle, a collegarle con avvenimenti e pensieri. Anche nell'identificazione dei pensieri è molto utile ricorrere a materiale visivo, come a esempio compilare delle vignette, come in un fumetto, nelle quali si esprime il pensiero del personaggio illustrato nella storia impegnato in diverse situazioni, per poi in una fase successiva completare le proprie personali vignette legate alle proprie situazioni (Stallard, 2002), a esempio "rideranno di me se balbetto". Anche per i pensieri è utile ricorrere a strumenti visivi che ne aiutano a quantificare la forza, il grado in cui si è sicuri del pensiero, per iniziare a far comprendere come un pensiero possa avere diversi gradi di certezza che si può collocare all'interno di un continuum, preambolo per aprirsi una possibilità di cambiamento. Altro metodo visivo utilizzato è a esempio quello che si avvale della metafora di un fiore che cresce in un giardino, nel quale il bambino deve disegnare alla base, nel terreno del giardino, la situazione che ha attivato l'emozione negativa, il gambo rappresenta il pensiero che gli è venuto in mente, e infine i petali rappresentano le emozioni con tutte le sue componenti, anche fisiologiche (Friedberg & McClure, 2002). Inoltre i bambini tramite esempi possono essere incoraggiati a classificare i pensieri disfunzionali come "inutili pensieri spazzatura", o quelli funzionali come utili "pensieri cool" (McNeil, Thomas, Maggs, & Taylor, 2003), e quindi a iniziare a riconoscere i tipici pattern di pensiero negativo (Stallard, 2002). Ovviamente il terapeuta utilizza anche domande ad hoc che aiutano il bambino ad accedere ai propri stati mentali, del tipo "mentre eri preoccupato, a che cosa pensavi?" o "quale è la cosa peggiore che sarebbe potuta succedere?". Importante dunque stimolare la connessione tra pensieri, emozioni e comportamenti, cosa che può permettere di sviluppare strategie di cambiamento e di coping più

funzionali. Tuttavia nei bambini non sempre è facile, soprattutto in età precoci dove si ha meno comprensione dei nessi causali. In tale caso è bene utilizzare esempi molto semplici tratti dall'esperienza quotidiana di balbuzie partendo da quelli che sono i comportamenti o stati fisici, più facili da riconoscere. A esempio si può notare e ragionare su semplici comportamenti protettivi, come evitare certe parole o situazioni, evitare il contatto oculare, per poi dare un'etichetta allo stato emotivo, per poi introdurre e collegare i pensieri, che sono solitamente pensieri di buon senso, dunque normalizzando (è normale pensare questo e sentirsi così, accadrebbe a molti). Lo stesso si può fare con le sensazioni fisiche, come la tensione corporea che accompagna la balbuzie o la sensazione crescente di balbettare collegandole a emozioni e pensieri, per esempio "balbetterò, gli altri rideranno di me".

Usare la creatività. Gli autori raccomandano, soprattutto con i bambini, l'uso della flessibilità e della creatività, al fine di rendere il percorso più adatto al singolo bambino, alla fascia d'età, e soprattutto a renderlo più interessante e motivante. In tal senso possono essere usate le storie citate nel paragrafo precedente, in cui situazioni familiari vengono riportate come vissute da un personaggio di fantasia in un contesto immaginario ma verosimile, e ciò permette al bambino di affrontare il percorso in maniera maggiormente giocosa, oltre a permettere di esternalizzare il problema, vedendolo vissuto in terza persona e quindi in maniera meno auto-critica. Allo scopo possono essere usati dei pupazzi che vivono situazioni problematiche simili e quelle del bambino, al quale si può chiedere di dare consigli per aiutarli, oppure suggerire loro dei pensieri più funzionali. È consigliabile utilizzare anche delle analogie al fine di spiegare concetti più astratti, come per esempio quella del vulcano arrabbiato per spiegare la rabbia. In questa ottica si può usufruire anche di disegni, a esempio si può fare disegnare la situazione problematica e poi commentarne insieme gli elementi salienti; questo a volte permette di avere maggiore accesso agli stati mentali rispetto al semplice parlarne.

Ristrutturazione Cognitiva. Una volta che si è in grado di identificare i propri pensieri disfunzionali alla base di emozioni e comportamenti è possibile metterli alla prova e ristrutturarli. Il pensiero viene messo alla prova verificandone il grado di convinzione (100%?), considerando pensieri alternativi e spiegazioni differenti della situazione. Nel caso i pensieri siano collegati a previsioni di scenari futuri temuti, valutandone la reale probabilità di accadimento, oppure riconsiderare quelle che sono le reali conseguenze dell'accadimento dello scenario temuto. In tal senso molto utili sono gli esperimenti comportamentali, che permettono di mettere alla prova negli ambienti quotidiani tali pensieri o aspettative disfunzionali. Utile anche aiutare a prendere in considerazione prospettive di pensiero decentrate benevole, del tipo "che cosa direbbe il tuo migliore amico?", anche usando metafore, come

quella dell'allenatore "Chi vorresti che fosse il tuo allenatore? Che consiglio ti darebbe?". Inoltre ci si focalizza sul migliorare le modalità con cui si parla a sé stessi, il dialogo interno, di modo che possa essere più positivo, comprensivo, saggio e funzionale.

Sviluppare strategie di coping. Altro passo importante stabilito dal protocollo è quello di sviluppare strategie di coping per affrontare in maniera più funzionale le situazioni critiche. Si parte con l'identificare quelle che già il bambino/ragazzo mette in atto in modo spontaneo, e premiare e potenziare quelle che funzionano, al fine di valorizzare le sue abilità e risorse. Attraverso strategie di problem solving si insegna a trovare soluzioni più efficaci a un problema posto, e a metterle in pratica, incoraggiando la flessibilità e favorendo un senso di locus di controllo interno, aumentando così il senso di auto-efficacia. Ai bambini più piccoli per esempio è possibile far utilizzare tecniche più pratiche, come quella definita dagli autori "helping hands", nella quale si fanno scrivere su una mano le persone che possono aiutarli all'interno della loro rete sociale, e sull'altra mano le loro strategie di coping, e si valutano le possibili soluzioni ai problemi integrando le possibilità, come parlarne con un amico, oppure scrivere le preoccupazioni su un foglio. Dunque si motiva a provare a metterle in atto nelle situazioni quotidiane, provandole a ordinare per grado di disagio secondo una gerarchia, in tal senso si possono usare metafore come quella della scala, e quindi iniziare da quelle in cui si è disposti ad ampliare la zona di comfort, in una zona di sviluppo prossimale in cui è possibile tollerare il grado di ansia. Queste situazioni possono aiutare sia a imparare a stare nelle situazioni di ansia per desensibilizzarle, ma anche ad accrescere quello che è il livello di fiducia e padronanza, focalizzandosi sulle capacità e i mezzi a disposizione. Queste esperienze inoltre possono aiutare a creare pensieri e aspettative più funzionali "Ho parlato davanti alla classe, quindi posso farlo". Tali nuove convinzioni possono essere fatte mettere in quella che è la cassetta delle credenze efficaci, come una cassetta degli attrezzi a nostra disposizione con strumenti di provata efficacia esperita. Le attività da svolgere durante la settimana è importante che siano concordate anche con le famiglie; tali attività possono variare da homework quali diari di registrazione del pensiero, esperienze comportamentali, attività di ampliamento della zona di comfort come per esempio rispondere a una domanda in classe, lettura di materiale informativo. Importante è che siano sempre calibrate e concordate insieme al bambino a seconda delle sue reali motivazioni e competenze, e che siano chiare, semplici e specifiche.

Piano d'azione. È importante che il lavoro, anche nella sua pianificazione, veda la partecipazione attiva del bambino, al fine di motivarlo e coinvolgerlo, e farlo sempre partecipe e padrone di ciò che si andrà a fare insieme. All'inizio di ogni seduta si stabilisce insieme su cosa e come andare a lavorare,

andando a impostare e risolvere assieme i problemi. Importante anche informare il bambino delle possibili criticità e battute d'arresto future per prepararlo a non esserne sopraffatto. Per illustrare le normali fluttuazioni del percorso è possibile usare delle metafore, come quella delle montagne russe. Inoltre è sempre importante, durante il lavoro, tenere presente le prospettive future e quindi aiutarlo costantemente a costruire un bagaglio di conoscenze e strumenti che lo rendano autonomo. Possono aiutare domande del tipo “quali sono state le cose più utili?; di cosa sei soddisfatto?; cosa hai fatto per farlo accadere?; cosa farò o dirò a me stesso quando le cose non andranno bene o perderò la fiducia?; quali nuove competenze ho per preparare le sfide?”, che aiutino il bambino a dare rilievo a ciò che gli è stato utile e prepararlo a utilizzarlo anche in futuro.

Coinvolgere il contesto del bambino. Abbiamo già accennato quanto sia importante coinvolgere il contesto del bambino, la sua famiglia, se possibile gli insegnanti, per mettere in pratica quanto appreso in terapia anche nel contesto quotidiano. Importante coinvolgerli per educarli a interagire nel migliore dei modi, per non mettere in atto cicli disfunzionali. Per esempio è molto comune che un bambino sperimenti ansia quando deve fare una richiesta, come ordinare qualcosa al ristorante, con la previsione e il terrore che balbutterà e delle conseguenze; la madre potrebbe vedere questa tensione e a sua volta sperimentare ansia, perché anche lei prevede esito negativo; a questo punto la madre, per lenire l'ansia e l'imbarazzo suo e del figlio, e per tirare il figlio fuori da tale situazione, potrebbe ordinare lei al posto suo. Questo, oltre a non fare mettere alla prova il figlio con le sue abilità, ha anche la conseguenza negativa di confermare e rinforzare tutte le sue previsioni negative di incapacità e insuccesso. Dunque è importante far riconoscere e comprendere alle famiglie questi meccanismi disfunzionali e dargli strumenti per metterne in pratica di nuovi in linea con il progetto terapeutico e i desideri del bambino/ragazzo.

4.2 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

L'ACT è un tipo di approccio terapeutico che, appartenente a quelli di terza ondata, attua il cambiamento non attraverso il lavoro sui contenuti mentali, ma sul rapporto che la persona intrattiene con essi. Si fonda sul concetto di flessibilità psicologica, che consiste nel gestire con la necessaria consapevolezza e flessibilità il rapporto con i propri contenuti mentali, di modo che non ostacolino il perseguimento dei propri valori, al fine di creare e vivere una vita ricca e significativa, accettando e contestualizzando gli inevitabili vissuti emotivi negativi. La flessibilità psicologica si fonda a sua volta su 6 pilastri, processi, abilità, che ne costituiscono l'essenza (Harris, 2006) (Hayes, 2004):

1 Sé come contesto, che permette alla persona di osservarsi attraverso la prospettiva più ampia di un sé osservante diverso dal sé pensante che è invece costituito da contenuti mentali cangianti, temporanei, situazionali, e quindi a imparare a non definirsi globalmente attraverso essi.

2 Defusione, che permette di sperimentare i propri contenuti mentali, i propri pensieri, come tali, come semplici pensieri e non come fatti, così da depotenziarne l'influenza, in particolare di quelli dolorosi e disfunzionali.

3 Accettazione, che permette di accettare e gestire le proprie emozioni e sensazioni dolorose e spiacevoli, in modo da facilitare la comprensione che possono essere meno fastidiose e che fluiscono più rapidamente di quanto si aspetti, e in modo che non compromettano il perseguimento dei propri valori.

4 Mindfulness che permette di essere realmente connessi in maniera non giudicante con ciò che accade nel qui e ora, con il momento presente, invece di indugiare sul passato o preoccuparsi del futuro.

5 Valori, che permette di scoprire ed entrare in contatto con ciò che è veramente importante per la persona, ciò che dà significato alla sua vita, i suoi valori appunto, che motivano a danno direzione all'esistenza.

6 Azione impegnata, che permette di agire in modo efficace, appunto, in direzione dei propri valori, di compiere i passi necessari per andare in direzione della persona che si vuole essere.

È dunque un approccio molto promettente da integrare nella terapia della balbuzie, che ben si adatta al trattamento di un disturbo così complesso, andando a lavorare su quello che abbiamo definito l'approccio comunicativo con tutte le sue fondamenta e implicazioni cognitive, emozionali e comportamentali, e andando a prendere in carico quello che è l'intero benessere della persona nelle sue molteplici sfaccettature, al di là della semplice fluenza. Sono sempre più frequenti gli studi che ne descrivono l'applicazione nel campo della balbuzie e che ne confermano l'efficacia. L'ACT permette alla persona di entrare in contatto con ciò che realmente è importante per la persona, a perseguirlo, a non identificarsi con l'essere balbuziente, ad accettare i pensieri e le emozioni negativi, riconoscendoli come tali, ovvero cangianti e transitori, e dunque a non identificarsi con essi, a non fare in modo che siano un ostacolo per diventare ciò che si vuole realmente essere, a favorire un atteggiamento di apertura, a non essere vittime di una incessante lotta contro la propria balbuzie (Beilby & Yaruss, 2108).

Di seguito viene riportato, ispirandosi al modello di Beilby e colleghi, come si possano adattare e applicare con successo i singoli processi dell'ACT alla balbuzie, potendo lavorare sia in gruppo sia

sul singolo (Beilby & Yaruss, Acceptance and Commitment Therapy for Stuttering Disorders, 2108) (Beilby & Byrnes, 2012) (Beilby, Byrnes, & Yaruss, 2012):

1- Sé come contesto. Le PCB tendono a definire sé stesse, a identificarsi in modo globale, con la loro balbuzie, “sono un balbuziente”, avendo difficoltà a riconoscere che essa è solamente uno dei molteplici aspetti del loro essere e della loro vita. In questo modo la balbuzie diventa una autodefinizione totalizzante, con la capacità di influenzare ogni esperienza attraverso il “contesto” dell’essere balbuzienti, con conseguenze emotive e comportamentali molto disfunzionali. È dunque intuitivo come sia importante cambiare questa percezione restrittiva e vincolante in direzione di una visione più ampia dove l’essere balbuziente è solo un aspetto, e spesso neanche il più importante rispetto ai propri valori. Dunque, attraverso il coltivare un sé osservante consapevole è possibile osservare come le definizioni “sono un balbuziente”, oppure “non sono capace a comunicare”, o peggio “non posso parlare” siano solamente pensieri del sé pensante, una semplice descrizione del loro comunicare, e non una definizione globale e totalizzante del loro essere. Un altro modo per favorire una maggiore prospettiva di flessibilità riguardo la propria balbuzie è stimolare la PCB a elencare e ragionare sulle molte sfaccettature della propria vita, il lavoro, lo studio, la famiglia, la coppia, gli interessi, gli hobby... e questo aiuta a relativizzare il peso del solo essere balbuzienti rispetto a tutta una serie di caratteristiche e valori che compongono la complessità della persona. La persona può continuare a credere al pensiero “sono balbuziente”, e questo può causare comunque emozioni negative di sofferenza, tuttavia se ne relativizza l’impatto e se ne mitigano gli effetti.

2- Defusione. Un esempio tipico tra fusione e defusione cognitiva per le PCB può essere rappresentato dal seguente pensiero “tutti stanno notando che sto balbettando” (fusione), invece di “sto avendo il pensiero che tutti stanno notando che sto balbettando” (defusione). Nel secondo è possibile notare l’assunzione di una certa distanza critica dal pensiero, riconoscendolo come tale tra tanti altri pensieri, e dunque cambiando il rapporto con esso, decidendone in un certo senso che farne rispetto ai propri valori e obiettivi, avendo così l’opportunità di rispondere in maniera più propositiva e positiva. Nel primo caso invece il pensiero è sperimentato come un fatto, come una assoluta verità, e questo comporta tutta una serie di conseguenze negative, cognitive, emozionali e comportamentali in cui il soggetto si trova incastrato, spesso preso in una strenua lotta con esso che ne aumenta e amplifica il peso. In terapia dunque si addestra la persona a comprendere che i pensieri non sono fatti, sono solo parole che esprimono convinzioni, che sono mutevoli e transitori, dunque non la realtà ma una possibile interpretazione della realtà. Più in generale, nel lavoro con la PCB, gli stati fusionali sui quali si può lavorare in modo mirato sono quelli legati alle situazioni di conversazione, come a

esempio il pensiero sopra menzionato, o anche pensieri anticipatori, che portano a emozioni negative quali paura, vergogna, evitamenti di vario tipo, nel timore di essere identificati come persone che balbettano, per esempio “le altre persone mi giudicheranno male per la mia balbuzie”. Altri pensieri frequenti sono quelli legati al fatto che si può avere successo e soddisfazione nella vita solo se si parla fluentemente. Dunque si insegna ai pazienti a osservare i loro pensieri e riconoscerli come tali, accettarli, fargli spazio per poi lasciarli scorrere, così come con tutti gli altri pensieri. Per aiutare a riconoscere la differenza tra fatti e pensieri è possibile ricorrere a esempi e metafore, come per esempio quella della pioggia: se io guardo fuori dalla finestra e vedo che piove, quello è un fatto, il pensiero “mi piace la pioggia” è una interpretazione di un fatto, che può essere diversa da persona a persona o mutevole in tempi diversi anche nella medesima persona.

3- Accettazione. Provare emozioni e sensazioni negative è normale, è parte della vita di ogni essere umano, tuttavia è possibile ridurre il loro impatto tramite il processo di accettazione, non una mera rassegnazione, ma una accettazione attiva orientata verso quelli che sono i propri valori. Nelle PCB l'accettazione è particolarmente indicata nelle situazioni in cui a causa dell'impatto delle emozioni negative, la persona, per gestirle, tende a modificare il proprio comportamento in modo disfunzionale, per esempio attraverso evitamenti di situazioni comunicative, riducendo l'iniziativa, inibendosi, oppure sviluppando ulteriori emozioni negative secondarie. È importante dunque riconoscere la normalità di queste emozioni e sensazioni, così come la loro transitorietà, che sebbene possano essere scomode e dolorose si possa scegliere più liberamente del loro destino affinché non influiscano sul perseguimento dei propri valori, orientando le proprie energie in modo costruttivo su altri aspetti della propria esistenza. In questo modo l'ansia per le situazioni comunicative non cesserà di esistere, ma si può comprendere che è normale, e si può comunque agire accogliendola, facendole spazio dentro di sé, invece di contrastarla in ogni modo possibile in una stenuante lotta per non balbettare e non esser ansiosi o non essere giudicati male. Si spiega ai pazienti che non esiste un pulsante nel cervello che possa cancellare le emozioni negative o le esperienze passate, tuttavia si può essere abili nel vivere con loro, accettandole, senza che esse abbiano conseguenze negative e disfunzionali. Le PCB hanno molta difficoltà nel tollerare il fatto che balbettino perché sentono che non dovrebbero farlo, o che dovrebbero essere in grado di smettere con il giusto impegno e la giusta terapia. In questa ottica il balbettare è vissuto in modo estremamente negativo, con forti emozioni negative, dovute al fallimento nella disperata lotta contro la balbuzie (e purtroppo questo viene talvolta rinforzato involontariamente da alcuni trattamenti della fluenza). L'accettazione serve proprio a comprendere che il balbettare è

un aspetto ineludibile della vita della PCB, sebbene è possibile diminuirlo non è possibile eliminarlo, e dunque è importante accettarlo quando accade, non combattere strenuamente con esso.

4- Mindfulness. La mindfulness incoraggia a essere presenti e attenti al momento presente, prestando attenzione a sé stessi e al mondo che ci circonda, in modo non giudicante, con apertura e curiosità. Insegna a essere presenti in modo totale nel qui e ora, invece di essere trascinati da pensieri negativi su ciò che è accaduto in passato o ciò che potrebbe accadere nel futuro. È particolarmente utile per la persona che balbetta focalizzarsi nel momento presente per viverlo nella sua interezza senza essere costantemente alimentato da preoccupazioni circa precedenti situazioni in cui potrebbe avere balbettato o situazioni future in cui potrebbe balbettare, consapevole che il momento presente è sempre fonte di nuove esperienze e possibilità. Permette di stare nella situazione, permette ai pazienti di stare con la propria balbuzie, sperimentarla, di stare nella situazione scomoda, consentendo così di riconoscere le proprie emozioni, sensazioni, pensieri, in una prospettiva privilegiata, lasciando uno spazio mentale che possa favorire anche gli altri processi sopra menzionati, come il sé come contesto, la defusione, l'accettazione.

5- Valori. I valori rappresentano le credenze su ciò che rende la vita significativa per ognuno di noi, che ci aiutano a stabilire le nostre priorità, che ci motivano a intraprendere azioni per diventare quel tipo di persona che vorremmo essere. Chiarire i propri valori è fondamentale per stabilire gli obiettivi che guidano le nostre scelte, le nostre emozioni, il nostro intero essere. È un processo particolarmente importante per le PCB poiché è molto frequente che ritengano che non possano diventare le persone che vorrebbero essere se balbettano, che non sia possibile perseguire le proprie inclinazioni con un tale handicap. Tuttavia è sorprendente come il balbettare sia spesso un elemento tra tanti, a volte marginale, nel perseguire i propri valori, che sia possibile benissimo perseguirli e raggiungere degli obiettivi significativi anche se non si è perfettamente fluenti come si crede, e che il valore di una persona vada oltre la fluenza dell'eloquio. Comprendere che evitare taluni suoni, parole, situazioni nel tentativo di essere a tutti i costi fluenti le porta spesso ad allontanarsi da chi vorrebbero essere. Al contrario ridurre gli evitamenti, motivate dagli scopi dettati dai propri valori, le aiuta ad allinearsi con ciò che per loro è significativo nella vita. Ci sono diversi esercizi e modi per chiedere ai pazienti cosa conti davvero per loro, la persona che vogliono essere e quali qualità personali vogliono incarnare. Una volta identificati i valori, possono essere sviluppati insieme gli obiettivi che permettono di muoversi concretamente verso tali valori. In tal modo le risorse che venivano investite nelle rinunce, negli evitamenti e negli sforzi spesso infruttuosi del lottare con la propria balbuzie possono essere indirizzate verso quelli che sono i propri obiettivi di vita. Ciò aiuta inoltre a comprendere come le

loro vite non sono così poi limitate e condizionate, un cumulo di opportunità perse a causa della balbuzie. Ciò porta a motivarsi a manifestare maggiore iniziativa e impegno sociali.

6- Azione impegnata. Nessun cambiamento è possibile senza che lo si metta in atto attraverso l'azione. Una volta stabiliti i valori, per perseguirli è necessario che vengano tradotti in piccoli passi concreti da compiere, realisticamente percorribili in base alle attuali capacità, risorse e situazioni di vita. A esempio con le PCB si può incoraggiare a scegliere delle situazioni quotidiane nelle quali possano intraprendere le azioni che riflettano i loro valori, nel discorso, nella comunicazione e nella vita in generale. Tali azioni portano spesso ad affrontare situazioni precedentemente evitate, ad essere più aperti, a sperimentare e mettere in atto le abilità sopra illustrate, sperimentare eventuali nuove modalità di essere, persino tecniche di gestione della fluenza. Questo permettersi di esprimersi liberamente, a prescindere dalla fluidità, può portare a sperimentare anche nuove modalità che possono avere funzione desensibilizzante per i propri vissuti di balbuzie.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - Quinta Edizione*. Raffaello Cortina Editore.
- Amster, B. J., & Klein, E. R. (2018). *More Than Fluency: The Social, Emotional, and Cognitive Dimensions of Stuttering*. San Diego: Plural Publishing.
- Bauerly, K. R., Jones, R. M., & Miller, C. (2019). Effects of social stress on autonomic, behavioral, and acoustic parameters in adults who stutter. *Journal of Speech*.
- Baxter, S., Johnson, M., Blank, L., Cantrell, A., Brumfitt, S., Enderby, P., & Goyder, E. (2015). The state of the art in non-pharmacological interventions for developmental stuttering. Part 1: a systematic review of effectiveness. *International Journal of Language & Communication Disorders*.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.)*. New York: Guilford.
- Beilby, J. M., & Byrnes, M. L. (2012). Acceptance and commitment therapy for people who stutter. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*.
- Beilby, J. M., & Yaruss, J. S. (2108). Acceptance and Commitment Therapy for Stuttering Disorders. In J. B. Amster, & K. E. R., *More than fluency*. San Diego: Plural Publishing Inc.
- Beilby, J. M., Byrnes, M. L., & Yaruss, J. S. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for adults who stutter: psychosocial adjustment and speech fluency. *J Fluency Disord*.
- Beilby, J. M., Byrnes, M. L., & Yaruss, J. S. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *Journal of Fluency Disorders*.
- Blood, G. W., Blood, I. M., Tramontana, G. M., Sylvia, A. J., Boyle, M. P., & Motzko, G. R. (2011). Self-Reported Experience of Bullying of Students Who Stutter: Relations with Life Satisfaction, Life Orientation, and Self-Esteem. *Perceptual and Motor Skills*.
- Bloodstein, O., Bernstein Ratner, N., & Brundage, S. B. (2021). *A handbook of stuttering, Seventh Edition*. San Diego: Plural Publishing Inc.
- Boyle, M. (2011). Mindfulness training in stuttering therapy: A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorders*.
- Boyle, M. P. (2013). Assessment of stigma associated with stuttering: Development and evaluation of the Self-Stigma of Stuttering Scale. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*.

- Bricker-Katza, G., Lincoln, M., & Cumming, S. (2013). Stuttering and work life: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Fluency Disorders*.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & S. F. R., *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Clarke, J. C., & Wardman, W. (1985). *Agoraphobia, a personal and clinical account*. Sydney: Pergamon.
- Cosentino, T., De Sanctis, B., & Luppino, O. I. (2021). Le procedure comportamentali: esposizione con prevenzione della risposta. In A. Gragnani, & C. Perdighe, *Psicoterapia cognitiva: comprendere e curare i disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Costantino, C. D., Eichorn, N., Buder, E., Beck, J. G., & Manning, W. H. (2020). The Speaker's Experience of Stuttering: Measuring Spontaneity. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*.
- Craig, A., & Tran, Y. (2014). Trait and social anxiety in adults with chronic stuttering: Conclusions following meta-analysis. *Journal of Fluency Disorders*.
- Craig, A., Blumgart, E., & Tran, Y. (2009). The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *J Fluency Disord*.
- Cream, A., Onslow, M., Packman, A., & Llewellyn, G. (2003). Protection from harm: The experience of adults after therapy with prolonged-speech. *International Journal of Language &.*
- Dworzynski, K., Remington, A., Rijdsdijk, F., Howell, P., & Plomin, R. (2007). Genetic Etiology in Cases of Recovered and Persistent Stuttering in an Unselected, Longitudinal Sample of Young Twins. *American Journal of Speech-Language Pathology*.
- Ezrati-Vinacour, R., & Levin, I. (2004). The relationship between anxiety and stuttering: A multidimensional approach. *Journal of Fluency Disorders*.
- Friedberg, R. G., & McClure, J. M. (2002). *The clinical practice of cognitive therapy with children & adolescents*. New York: Guilford Press.
- Fry, J. (2013). Therapy within a CBT framework. In C. Cheasman, R. Everard, & S. Simpson, *Stammering therapy from the inside: New perspectives on working with young people and adults*. Surrey, UK: J & R Press.
- Fuggle, P., Dunsmuir, S., & Curry, V. (2013). *CBT with Children, Young People and Families*. Sage.
- Gerlach, H., Totty, E., Subramanian, A., & Zebrowskia, P. (2018). Stuttering and Labor Market Outcomes in the United States. *J Speech Lang Hear Res*.
- Gragnani, A., Di Benedetto, S., & Couyoumdjian, A. (2021). Disturbo d'ansia sociale. In G. A., & C. Perdighe, *Psicoterapia cognitiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Harris, R. (2006). *Embracing your demons: An overview of Acceptance and Commitment Therapy*. Psychotherapy in Australia.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*.
- Hayhow, R., Cray, A. M., & Enderby, P. (2002). Stammering and therapy views of people who stammer. *Journal of Fluency Disorders*.
- Helgadottir, F. D., Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2014). Safety behaviors in speech treatment for adults who stutter. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*.
- Hugh-Jones, S., & Smith, P. K. (1999). Self-reports of short- and long-term effects of bullying on children who stammer. *British Journal of Educational Psychology*.
- Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., . . . Onslow, M. (2009). Screening for personality disorders among adults seeking speech treatment for stuttering. *Journal of Fluency Disorders*.
- Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, L., . . . Onslow, M. (2010). Mood and substance use disorders among adults seeking speech treatment for stuttering. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*.

- Iverach, L., Menzies, R., O'Brian, S., Packman, A., & Onslow, M. (2011). Anxiety and stuttering: Continuing to explore a complex relationship. *American Journal of Speech-Language Pathology*.
- Iverach, L., O'Brian, S., Jones, M., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., . . . Onslow, M. (2009). Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Iverach, L., Rapee, R. M., Wong, Q. J., & Lowe, R. (2017). Maintenance of Social Anxiety in Stuttering: A Cognitive-Behavioral Model. *American Journal of Speech-Language Pathology*.
- Jackson, E. S., Yaruss, J. S., Quesal, R. W., Terranova, V., & Whalen, D. H. (2015). Responses of adults who stutter to the anticipation of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*.
- Kelman, E., & Wheeler, S. (2015). Cognitive and behaviour therapy with children who stutter. *Procedia — Social and Behavioral Sciences*.
- Klein, E. R., & Amster, B. J. (2018). Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for People Who Stutter. In B. J. Amster, & E. R. Klein, *More than fluency: The Social, Emotional, and Cognitive Dimensions of Stuttering*. San Diego: Plural Publishing Inc.
- Klein, J., & Hood, S. B. (2004). The impact of stuttering on employment opportunities and job performance. *Journal of Fluency Disorders*.
- Koç, M. (2010). The effect of cognitive-behavioral therapy on stuttering. *Social Behavior and Personality*.
- Koedoot, C., Bouwmans, C., Franken, M.-C., & Stolk, E. (2011). Quality of life in adults who stutter. *Journal of Communication Disorders*.
- Lee, K., & Manning, W. H. (2010). Listener responses according to stuttering self-acknowledgment and modification. *Journal of Fluency Disorders*.
- Lowe, R., Guastella, A. J., Chen, N. T., Menzies, R. G., Packman, A., O'Brian, S., & Onslow, M. (2012). Avoidance of eye gaze by adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*.
- Lowe, R., Helgadottir, F., Menzies, R., Heard, R., O'Brian, S., Packman, A., & Onslow, M. (2017). Safety behaviors and stuttering. *Journal of Speech*.
- Lowe, R., Menzies, R., Packman, A., O'Brian, S., & Onslow, M. (2015). Observer perspective imagery with stuttering. *International Journal of Speech-Language Pathology*.
- McAllister, J., Collier, J., & Shepstone, L. (2012). The impact of adolescent stuttering on educational and employment outcomes: Evidence from a birth cohort study. *Journal of Fluency Disorders*.
- McNeil, C., Thomas, C., Maggs, B., & Taylor, S. (2003). *The Swindon Fluency Packs*. Swindon.
- Menzies, R. G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., St Clare, T., & Block, S. (2008). An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering. *Journal of Speech Language, and Hearing Research*.
- Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2009). Cognitive behavior therapy for adults who stutter: A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorders*.
- Messenger, M., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (2004). Social anxiety in stuttering: Measuring negative social expectancies. *Journal of Fluency Disorders*.
- O'Brian, S., Jones, M., Packman, A., Menzies, R., & Onslow, M. (2011). Stuttering severity and educational attainment. *Journal of Fluency Disorders*.
- Onslow, M. (2020). Stuttering, social anxiety, and mental health. In M. Onslow, *Stuttering and its treatment - Eleven Lectures*.
- Reddy, R. P., Sharma, M. P., & Shivashankar, N. (2010). Cognitive behavior study for stuttering: A case series. *Indian Journal of Psychological Medicine*.
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Wake, M., Bavin, E. L., Prior, M., . . . Ukoumunne, O. C. (2009). Predicting Stuttering Onset by the Age of 3 Years: A Prospective, Community Cohort Study. *Pediatrics*.
- Smith, A., & Weber, C. (2016). *Childhood Stuttering – Where are we and Where are we going?* Semin Speech Lang.

- St Clare, T., Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., Thompson, R., & Block, S. (2009). Unhelpful thoughts and beliefs linked to social anxiety in stuttering: Development of a measure. *International Journal of Language & Communication Disorders*.
- Stallard, P. (2002). *Think Good- Feel Good. A Cognitive Behaviour Therapy Workbook for Children and Young People*. John Wiley and Sons Ltd.
- Tudor, H., Davis, S., Brewin, C. R., & Howell, P. (2013). Recurrent involuntary imagery in people who stutter and people who do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*.
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of Stuttering: 21st Century Advances. *J Fluency Disord*.
- Yaruss, J. S. (2010). Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research. *Journal of Fluency Disorders*.
- Yaruss, J. S., & Quesal, W. R. (2006). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*.
- Yaruss, J. S., Quesal, R. W., Reeves, L., Molt, L., Kluetz, B., Caruso, A. J., . . . McClure, J. A. (2002). Speech treatment and support group experiences of people who participate in the National Stuttering Association. *Journal of Fluency Disorders*.
- Yaruss, S. J., & Quesal, R. W. (2004). Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders*.

Claudio Stefano Del Monte, Psicologo, Psicoterapeuta

Specializzato in psicoterapia cognitiva, SICC Roma

Training Romano-Monticelli

e-mail: claudiostefanodelmonte@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

