



**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE**

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

**TESI DI LAUREA
DISTURBI D'ANSIA E FOBIE IN ETÁ EVOLUTIVA**

Relatrice :
Prof. Stefania Cristofanelli

Laureando:
Alessia Tarizzo 20D03237

INDICE

INTRODUZIONE

1. INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DEI DISTURBI D'ANSIA E FOBIE

- 1.1 Inquadramento diagnostico dei disturbi d'ansia secondo il DSM-5
- 1.2 Inquadramento diagnostico dei disturbi d'ansia nell'infanzia secondo il PDM 2 0/18
- 1.3 Inquadramento diagnostico dei disturbi d'ansia nell'adolescenza secondo il PDM 2 0/18
- 1.4 Inquadramento diagnostico del disturbo d'ansia di separazione secondo il DSM-5
- 1.5 Inquadramento diagnostico delle fobie specifiche secondo il DSM-5
- 1.6 Inquadramento diagnostico del disturbo dell'ansia sociale secondo il DSM-5
- 1.7 Inquadramento diagnostico dell'agorafobia secondo il DSM-5

2. DISTURBI D'ANSIA E FOBIE NELL'INFANZIA

- 2.1 Disturbo d'ansia di separazione
- 2.2 Caso clinico disturbo d'ansia di separazione
- 2.3 Inquadramento diagnostico delle fobie specifiche secondo il PDM 2 0/18
- 2.4 Fobia scolare
- 2.5 Caso clinico di Fobia scolare

3. DISTURBI D'ANSIA E FOBIE NELL'ADOLESCENZA

- 3.1 Disturbo d'ansia sociale
- 3.2 Caso clinico disturbo d'ansia sociale
- 3.3 Agorafobia
- 3.4 Caso clinico dell'agorafobia

CONCLUSIONE

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

INTRODUZIONE

L'interesse per il tema che verrà trattato nasce dalle esperienze lavorative realizzate a contatto con bambini e adolescenti e in virtù di un progetto lavorativo futuro.

Verranno trattati nello specifico quattro sotto categorie appartenenti al quadro clinico dei disturbi d'ansia e si cercherà di mantenere un filo conduttore tra di essi: nell'infanzia il primo dei disturbi che sarà sviluppato sarà il disturbo d'ansia da separazione in quanto è il primo ad insorgere e può essere anche un fattore di rischio dei quadri che lo seguono; successivamente troveremo le fobie specifiche, in particolare quella scolastica, che presentano un esordio prima dei 10 anni. Passando invece nell'adolescenza troveremo il disturbo d'ansia sociale e l'agorafobia. Il primo mantiene un collegamento con la fobia scolare, come potremo vedere in seguito, mentre l'interesse per l'ultimo disturbo nasce da un'errata credenza circa i sintomi e le cause che la determinano ma è comunque sempre presente una continuità logica in quanto il nocciolo centrale degli ultimi tre disturbi è una paura rivolta verso il mondo esterno.

Per ogni quadro presentato verrà implementato un caso clinico di esempio per poter approfondire e descrivere al meglio i quadri diagnostici che saranno trattati.

Sono stati scelti questi disturbi che ricoprono una fascia d'età che va dalla prima infanzia all'adolescenza, oltre che per le motivazioni precedentemente esposte, al fine di poter dimostrare come sia possibile formulare delle diagnosi in età precoce, nonostante le innumerevoli difficoltà legate al fatto che gli individui abbiano ancora una personalità in via di sviluppo.

CAPITOLO 1: INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DEI DISTURBI D'ANSIA E FOBIE

Questo primo capitolo presenterà un carattere tecnico di inquadramento diagnostico necessario per poter introdurre e comprendere cosa siano i disturbi d'ansia. Verranno utilizzati come riferimento diagnostico il DSM-5, per avere un inquadramento più generico, e il PDM 2 0/18 per poter entrare più nello specifico dei vari disturbi. Il DSM-5, infatti, presenta al suo interno diversi quadri clinici che sono trattati secondo un'ottica adulto-centrica: l'idea di fondo è che ogni disturbo si presenta nell'infanzia nello stesso modo in cui si manifesta durante l'età adulta, non prevedendo uno spazio dedicato in modo specifico allo sviluppo dei disturbi in senso evolutivo nelle varie fasce d'età. La differenza sostanziale rispetto al PDM-2 0/18 risiede proprio nel fatto che quest'ultimo tratta, al contrario del precedente manuale, minuziosamente i sintomi e descrive nel particolare come si presenta il quadro clinico nelle differenti fasce d'età, in particolare da 0 a 18 anni. Di conseguenza il primo manuale è stato scelto per poter introdurre il quadro clinico, mentre il secondo serve per poter specificare ed approfondire meglio che come si manifesta in una fascia d'età limitata e molto precoce.

1.1 Inquadramento diagnostico dei disturbi d'ansia secondo il DSM-5

‘I disturbi d'ansia comprendono quei disturbi che condividono caratteristiche di paura e ansia eccessive e i disturbi comportamentali correlati’ (DSM-5, 2013, p.217).

La paura e l'ansia sono due stati che si sovrappongono ma che presentano anche delle differenze: ‘la paura è una risposta emotiva ad una minaccia imminente, reale o percepita, mentre l'ansia è l'anticipazione di una minaccia futura’ (ibidem, p.217); la prima è contrassegnata da picchi di attivazione autonoma necessaria alla lotta o alla fuga, mentre la seconda da una tensione muscolare e vigilanza in preparazione al pericolo futuro e a comportamenti prudenti o di evitamento. Gli attacchi di panico rivestono un ruolo importante all'interno dei disturbi d'ansia in quanto costituiscono un particolare tipo di risposta alla paura.

I disturbi d'ansia si differenziano tra loro per ‘la tipologia di oggetti o di situazioni che provocano paura, ansia oppure comportamenti di evitamento, e per l'ideazione cognitiva associata’ (ibidem, p.217); nonostante ciò presentano un alto grado di comorbilità tra di loro.

‘I disturbi d’ansia differiscono dalla normale paura o ansia evolutive perché sono eccessivi o persistenti rispetto allo stadio di sviluppo. Essi differiscono dalla paura o dall’ansia transitorie, spesso indotte da stress, perché sono persistenti (durano tipicamente 6 mesi o più)’ (ibidem, p.217), questo criterio presenta comunque un certo grado di flessibilità di durata, infatti certe volte nei bambini è di durata minore. ‘La valutazione primaria per stabilire se la paura o l’ansia siano eccessive o sproporzionate è fatta dal clinico, tenendo conto di fattori culturali contestuali’ (ibidem, p.217). Molti dei disturbi d’ansia si verificano in età infantile, prevalentemente nelle femmine rispetto ai maschi, e tendono a protrarsi nel corso dello sviluppo se non vengono curati. Se i sintomi non sono attribuibili agli effetti di un farmaco/sostanza o non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale si può fare una diagnosi di disturbo d’ansia.

1.2 Inquadramento diagnostico dei disturbi d’ansia nell’infanzia secondo il PDM 2 0/18

‘Per i bambini e gli adulti l’esperienza dell’ansia dipende da una valutazione delle potenziali strategie di coping’ (PDM 2 0/18, 2018, p.156). L’ansia può essere intesa come uno stato d’animo che mette in moto le risposte di coping adattive ma anche le azioni disadattive. La capacità di affrontare l’ansia determina, in certa misura, il proprio benessere emotivo.

I fattori di rischio rilevanti nello sviluppo dei disturbi d’ansia sono: i fattori biologici, ‘evidenti nel temperamento già nei primi mesi di vita’ (ibidem, p.156); i fattori familiari, ‘attaccamento insicuro, conflitti coniugali ed elevati livelli di critica e ipercontrollo genitoriale’ (ibidem, p.156) ed infine i disturbi dell’apprendimento, il rifiuto da parte dei coetanei ed il bullismo. L’ansia può manifestarsi nei bambini sotto diverse forme, tuttavia la diagnosi di tale disturbo può essere formulata solo qualora ‘l’esperienza d’ansia di un bambino causa un disagio significativo per un esteso periodo di tempo e/o interferisce con la sua capacità di partecipare alle normali attività della vita quotidiana’ (ibidem, p.156).

Scendendo nel particolare possiamo analizzare quale sia l’esperienza soggettiva dei disturbi d’ansia nell’infanzia. I bambini ansiosi tendono a preoccuparsi eccessivamente risultando particolarmente richiedenti e “appiccicosi”, ma rischiano anche di mostrarsi come ostili e controllanti a causa delle richieste pressanti generate dal tentativo di evitare situazioni che possono renderli ansiosi. Questa varietà di comportamenti messi in atto rischiano talvolta di essere fraintesi dai genitori che spesso rispondono con punizioni o rabbia, causando l’attivarsi di un

‘circolo vizioso di interazioni negative, che conducono sia a continui stati ansiosi, sia a un aumento del conflitto familiare (ibidem, p.157).

L’immaginazione, il pensiero e il comportamento sono condizionati dall’umore ansioso ed è per questo che ‘i bambini ansiosi si aspettano o immaginano che possano accadere loro delle brutte cose; nel modo di comportarsi, evitano o si ritirano dalle attività comuni, o possono lanciarsi verso di esse in modo controfobico’ (ibidem, p.157). Incubi, disturbi del sonno e del comportamento alimentare e comportamenti regressivi sono espressioni comuni dell’ansia nei bambini’ (ibidem, p.157); per ridurre l’esperienza soggettiva dell’ansia vengono spesso utilizzati dei meccanismi di difesa (es negazione, spostamento). Tendenzialmente i bambini ‘negano di provare l’ansia, ma lamentano invece dei sintomi somatici’ (ibidem, p.157). Rilevare l’ansia nei bambini non è sempre facile in quanto essi possono mascherarla, involontariamente, attraverso un comportamento oppositivo o un atteggiamento di indifferenza.

1.3 Inquadramento diagnostico dei disturbi d’ansia nell’adolescenza secondo il PDM 2 0/18

‘I disturbi d’ansia con esordio in adolescenza possono persistere in età adulta o, in generale, esporre i giovani al rischio di altre patologie psichiatriche, tra cui i disturbi dell’umore e da uso di sostanze’ (PDM 2 0/18, 2018, p.289). L’elemento caratterizzante di questi disturbi è l’ansia persistente che interferisce con la gestione delle esperienze e con il funzionamento globale dell’adolescente. ‘I sintomi ansiosi possono variare in base all’età e alla fase di sviluppo dell’adolescente’ (ibidem, p.290) ed i fattori che influenzano la capacità di gestione di quest’ultimi e il decorso del disturbo sono: le caratteristiche individuali, i modelli familiari, le relazioni con i coetanei e l’ambiente scolastico.

Di particolare rilievo è l’esperienza soggettiva che gli adolescenti sperimentano. Spesso i sintomi ansiosi vengono interpretati come segno di una propria debolezza o di un fallimento personale; la vergogna e la paura di un giudizio negativo portano, di conseguenza, i ragazzi a non condividere le proprie esperienze. ‘L’ansia può arrecare un danno alla fiducia in se stessi, alla capacità di concentrazione e alla visione del futuro; può interferire con il sonno, l’alimentazione, l’apprendimento, le attività normali della vita quotidiana e le relazioni con i coetanei’ (ibidem, p.290). Tendenzialmente gli adolescenti con bassa autostima e scarse capacità interpersonali sviluppano un particolare disturbo ansiogeno denominato ‘ansia sociale’.

A livello somatico possono esserci diverse manifestazioni dell'ansia come ad esempio un'alterazione dell'attività motoria, della respirazione, un aumento della frequenza del battito cardiaco, dilatazione delle pupille etc. Gli stati cronici d'ansia possono contribuire allo sviluppo di diverse malattie fisiche, soprattutto eczemi e neurodermatiti (ibidem, p.291).

Un'altra sfera che viene colpita in modo significativo è quella relazionale in quanto l'ansia può rendere difficile o compromettere le relazioni: 'le relazioni possono essere perturbate in modo profondo a causa dell'incapacità dell'adolescente di occuparsi di qualsiasi cosa, se non dell'ansia e dei continui sforzi per contenerla e ridurla' (ibidem, p.291).

1.4 Inquadramento diagnostico del disturbo d'ansia di separazione secondo il DSM-5

'La caratteristica essenziale del disturbo d'ansia di separazione è una paura o ansia eccessiva riguardante la separazione da casa o dalle figure di attaccamento' (DSM-5, 2013, p. 220). Per diagnosticare tale disturbo è necessario che i soggetti presentino sintomi che soddisfino almeno tre dei seguenti criteri: (criterio A1) 'provano ricorrente ed eccessivo disagio quando si prevede o si verifica una separazione da casa o dalle principali figure di attaccamento' (ibidem, p.220), infatti quando quest'ultima avviene i bambini tendono ad essere apatici, tristi o mostrano un ritiro sociale.

(criterio A2 -A3) 'Mostrano preoccupazioni relative al benessere o alla morte delle figure di attaccamento, soprattutto quando si separano da loro' (ibidem, p.220), e 'si preoccupano anche di eventi imprevisti per se stessi' (ibidem, p.220); si può notare in relazione a ciò come i bambini, a seconda dell'età, possano sviluppare paure relative ad animali, persone reali che rivestono un ruolo negativo (es. ladri), personaggi immaginari o situazioni che vengono percepite come pericolose per se stessi o per la propria famiglia. I criteri A4- A5- A6 e A7 vanno a sottolineare ulteriormente la difficoltà che i bambini hanno di stare da soli e la paura che presentano nell'uscire dalle mura della propria dimora: il loro comportamento viene spesso percepito come "appiccicoso" in quanto tendono a richiedere la presenza di un adulto quando si spostano semplicemente da una stanza all'altra della propria casa e soprattutto nel momento dell'addormentamento; la notte i bambini piccoli possono avere delle 'esperienze percettive insolite' (ibidem, p.221), come ad esempio vedere creature spaventose, e questo li porta a rifugiarsi nel letto dei genitori. La paura persistente ed eccessiva di uscire da soli li porta ad es-

sere riluttanti nel dormire fuori casa con amici, andare in campeggio e potrebbe causare anche un rifiuto nell'andare a scuola, causando difficoltà scolastiche e isolamento sociale.

Possono essere presenti anche diversi sintomi fisici, come ad esempio dolore allo stomaco, 'quando si verifica o si prevede la separazione dalle principali figure di attaccamento' (ibidem, p.220) (criterio A8).

È importante sottolineare come questo disturbo non si verifichi con rigidità: le manifestazioni dell'ansia possono variare da soggetto a soggetto e anche per quanto riguarda l'esordio non vi è un'età precisa, può verificarsi in qualsiasi momento durante l'infanzia, in età prescolare o, anche se raramente, in adolescenza. È necessario però che il disturbo duri almeno 4 settimane nei bambini (criterio B) e che vada a causare un 'disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento in ambito sociale' (ibidem, p.220) (criterio C). Questo disturbo nei bambini presenta un alto grado di comorbidità con il disturbo d'ansia generalizzata e con le fobie specifiche, mentre negli adulti la comorbidità si presenta con diversi disturbi tra cui il disturbo d'ansia sociale e l'agorafobia.

In ultima battuta è necessario tener conto di quali potrebbero essere i fattori di rischio: 'il disturbo d'ansia si sviluppa spesso dopo un evento stressante (per es. morte di un parente)' (ibidem, p.222) ma vi è anche una percentuale di influenza genetica, infatti è possibile che venga trasmesso ereditariamente.

1.5 Inquadramento diagnostico delle fobie specifiche secondo il DSM-5

'La caratteristica chiave di questo disturbo è che la paura o l'ansia sono circoscritte alla presenza di una situazione o di un oggetto particolari, che possono essere definiti lo stimolo fobico' (DSM-5, 2013, p.228). Per fare una diagnosi di fobia specifica è necessario che la paura o l'ansia siano marcate, anche se la quantità della prima cambia in base alla prossimità con l'oggetto o situazione fobica, che 'siano evocate ogni volta che l'individuo entra in contatto con lo stimolo fobico' (ibidem, p.228) e che siano sproporzionate rispetto al reale pericolo.

Alcuni individui sono in grado di mettere in atto un evitamento attivo dell'oggetto o della situazione che genera in loro uno stato ansioso, spesso riescono anche 'a modificare le loro abitudini di vita in modo da evitare il più possibile l'oggetto o la situazione fobica' (ibidem, p. 228).

Un criterio molto importante che aiuta a distinguere il disturbo da semplici paure transitorie è quello temporale: per fare una diagnosi è necessario che ‘la paura, l’ansia o l’evitamento siano persistenti e durino tipicamente per 6 mesi’ (ibidem, p.229); questo aspetto è centrale soprattutto nei bambini piccoli in quanto la presenza di paure eccessive sono tipiche in questi ultimi e dunque per fare una diagnosi è necessario che si protraggano per un certo arco di tempo e che causino un determinato grado di compromissione non tipico dello stadio di sviluppo in cui il piccolo si trova.

Tipicamente l’età di insorgenza delle fobie specifiche è tra i 7 e gli 11 anni e una volta che si sono sviluppate, se si protraggono fino all’età adulta, difficilmente scompaiono; si possono generare ‘in seguito a un evento traumatico, all’osservazione di un evento traumatico occorso ad altri, a un attacco di panico inaspettato verificatosi in quella che sarà la situazione temuta oppure alla trasmissione di informazioni’ (ibidem, p.229). Gli individui con fobia specifica presentano un rischio maggiore di sviluppare, soprattutto a causa dell’insorgenza precoce, diversi disturbi come ad esempio disturbi d’ansia o un disturbo depressivo. In ultima analisi è bene considerare come i fattori temperamentali (es. affettività negativa o inibizione comportamentale), quelli ambientali (es. iperprotettività genitoriale o abuso fisico) ed infine quelli genetici e fisiologici (es. suscettibilità genetica per un certo stimolo fobico) rientrino tra i fattori di rischio per lo sviluppo del disturbo.

1.6 Inquadramento diagnostico del disturbo d’ansia sociale secondo il DSM-5

‘La caratteristica essenziale del disturbo d’ansia sociale è una marcata o intensa paura o ansia relative a situazioni sociali in cui l’individuo può essere esaminato dagli altri’ (DSM-5, 2013, p.234); i soggetti temono infatti, in modo sproporzionato, di essere giudicati negativamente da chi li circonda: hanno paura di arrossire, sudare o di apparire pazzi o deboli. A differenza di questi aspetti che si presentano con costanza, ‘il grado e il tipo di paura possono variare dalle differenti occasioni’ (ibidem, p.234) ed inoltre è anche possibile che vi sia una remissione dei sintomi. Esternamente un individuo che sperimenta un’ansia sociale appare remissivo, ‘con una postura del corpo eccessivamente rigida o un contatto visivo inadeguato’ (ibidem, p.235), tendenzialmente parla a voce molto bassa e rivela poco di se stesso.

Due criteri necessari per fare una diagnosi di disturbo d’ansia sociale sono la durata e il grado di compromissione che genera: per differenziarsi dalle paure sociali transitorie, è necessario

che si protragga per almeno 6 mesi e che il livello di interferenza con la routine giornaliera, con il funzionamento scolastico, o le relazioni sociali sia elevato. In correlazione a ciò si può osservare infatti come vi sia un'ampia possibilità che i soggetti abbandonino gli studi, evitino le attività ricreative e come generalmente tendano a rimanere single, in quanto, sperimentano ansia nel dover frequentare qualcuno, che spesso li porta a mettere in atto meccanismi di evitamento.

L'esordio può avvenire nella prima infanzia, anche se negli Stati Uniti è stato dimostrato come 'l'età media di insorgenza è di 13 anni e il 75% degli individui ha un'età di insorgenza tipica tra gli 8 e 15 anni' (ibidem, p.235), dopo un'esperienza stressante o umiliante (es. bullismo) (ibidem, p.236); è importante sottolineare come nei bambini 'la paura o l'ansia devono manifestarsi in contesti in cui vi sono coetanei e non solamente durante le interazioni con gli adulti' (ibidem, p.234).

Il disturbo d'ansia sociale presenta una ricorrente comorbidità con diversi disturbi tra cui soprattutto il disturbo depressivo maggiore, nei bambini invece è tendenzialmente correlato con l'autismo ad alto funzionamento e il mutismo selettivo. Per concludere occorre sottolineare quali possono essere i fattori di rischio principali, ovvero: i fattori temperamentali (es. l'inibizione comportamentale), quelli ambientali (es. maltrattamento e avversità infantili) ed infine quelli genetici e fisiologici (es. ereditabilità temperamentale).

1.7 Inquadramento diagnostico dell'agorafobia secondo il DSM-5

'La caratteristica essenziale dell'agorafobia è paura o ansia marcate, o intense, innescata dalla reale o anticipata esposizione a un'ampia gamma di situazioni' (DSM-5, 2013, pag.252).

A partire da questa prima definizione si può evidenziare quali sono i criteri necessari per fare una diagnosi di agorafobia, ovvero, in primo luogo è indispensabile che i sintomi che si verificano rientrino in almeno due delle seguenti situazioni: utilizzare i trasporti pubblici, trovarsi in spazi aperti, trovarsi in spazi chiusi, stare tra la folla ed infine essere fuori casa da soli. Durante questi eventi i soggetti sperimentano ogni volta una paura o ansia intese, sproporzionate rispetto al reale pericolo, dovute a pensieri che riguardano 'il fatto che potrebbe accadere qualcosa di terribile' (ibidem, p. 252) e che vi sia un'impossibilità di sfuggire da tale pericolo, o che 'potrebbe non essere disponibile soccorso' (ibidem, p.252). Nonostante la paura sia una costante, l'intensità con cui viene esperita può variare notevolmente: in alcuni casi 'può pren-

dere la forma di un attacco di panico completo o paucisintomatico (cioè un attacco di panico atteso) ' (ibidem, p.252). Alcuni individui sono in grado di mettere in atto un evitamento attivo, che può essere di carattere cognitivo o comportamentale delle situazioni sopra citate, con lo scopo di 'ridurre al minimo il contatto con le situazioni agorafobiche' (ibidem, p.252); nella sua forma più grave però questo aspetto può portare ad una costrizione in casa, ad un aumento di demoralizzazione e sintomi depressivi.

Altri due criteri necessari per fare una diagnosi sono, come nei disturbi precedenti, quello temporale e quello della compromissione: seppur con un certo grado di flessibilità la durata prevista per questo disturbo è di 6 mesi o più ed è necessario che vi sia 'un disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento in ambito sociale' (ibidem, p. 253).

Per quanto concerne lo sviluppo e il decorso bisogna sottolineare come raramente si verifichi il primo esordio in età infantile e questo comporta una difficoltà nel rilevare i sintomi qualora dovesse presentarsi in bambini piccoli; l'incidenza maggiore si rileva intorno ai 17 anni e nella prima età adulta; frequentemente l'insorgere dell'agorafobia è preceduto da diversi disturbi d'ansia, come ad esempio il disturbo d'ansia di separazione e le fobie specifiche, mentre ' i disturbi depressivi e i disturbi da uso di sostanze sono tipicamente secondari' (ibidem, p.256). A differenza del disturbo precedentemente trattato, il grado di remissione è molto basso: l'agorafobia è tipicamente cronica e persistente (ibidem, p.254).

Anche in questo caso l'ultimo aspetto da trattare riguarda i fattori di rischio: la sensibilità all'ansia e l'inibizione comportamentale, che sono i principali fattori temperamentali, gli eventi stressanti e un clima familiare costituito da un ridotto calore e un'eccessiva iperprotettività rientrano invece tra i fattori ambientali ed infine, in ultima battuta, troviamo all'interno dei fattori genetici un'ereditabilità del 61%. (ibidem, p.254).

In questa prima parte i primi tre paragrafi introducono il disturbo d'ansia secondo il DSM-5 e il PDM 2 0/18. Successivamente, sempre all'interno del primo capitolo, è stato utilizzato come unico riferimento il DSM-5 per trattare i quadri clinici che sono stati presi in esame. Questa scelta deriva dal fatto che quest'ultimo non tratta in modo differenziato le caratteristiche dei disturbi in base all'età d'esordio e quindi può essere utilizzato come strumento intro-

duttivo, di carattere più generico, degli aspetti che verranno approfonditi in seguito. Nei capitoli successivi verrà pertanto utilizzato come principale riferimento diagnostico il PDM 2 0/18, un manuale che segue un approccio psicodinamico che considera in modo più approfondito gli aspetti di funzionamento, ponendo un focus più puntuale sulle differenze tra i vari quadri diagnostici in base alla fase di sviluppo in cui l'individuo si trova.

È stata scelta la sezione 0/18 in quanto le sottocategorie del disturbo d'ansia che verranno analizzate si sviluppano entro il range temporale 0-18 anni.

CAPITOLO 2 Disturbi d'ansia e fobie nell'infanzia

All'interno di questo secondo capitolo verranno trattati in modo approfondito il disturbo d'ansia di separazione e le fobie specifiche, in particolare quella scolastica, seguendo l'ordine cronologico di esordio: l'età media di insorgenza del disturbo dell'ansia di separazione è in età prescolare, ma si può presentare in qualunque momento durante l'infanzia (DSM-5, 2013, p. 221), mentre per quanto concerne il secondo quadro clinico avviene intorno ai 10 anni (ibidem, p.229).

2.1 Disturbo d'ansia di separazione

L'ansia da separazione è una fase normale dello sviluppo, solitamente si presenta per la prima volta intorno agli 8 mesi e si risolve entro i 24 mesi (Elia, 2021). E' bene tuttavia fare una breve disamina di quale sia la differenza tra l'ansia di separazione e il vero e proprio disturbo d'ansia di separazione in quanto, nonostante i termini sembrino indicare la stessa cosa, in realtà è solo nel secondo caso che si può parlare di patologia.

L'ansia di separazione si presenta come una momentanea incapacità, adeguata per lo stadio di sviluppo del bambino, di comprendere il concetto di permanenza dell'oggetto: 'l'idea che qualcosa esiste ancora quando non è visto o sentito' (Elia, 2021). I neonati non possiedono ancora questa capacità, che tenderà a svilupparsi intorno ai due anni; alcune tecniche per valutarne la presenza prevedono di nascondere davanti ai bambini un oggetto "significativo", come il ciuccio, sotto una coperta: essi inizieranno a piangere temendo che l'oggetto a loro caro sia scomparso. Analogamente questo processo si verifica anche con i genitori: nel momento in cui i genitori non sono più presenti nel campo visivo del piccolo, perché usciti di casa o banalmente perché hanno cambiato stanza il bambino proverà paura e angoscia dovute al fatto che crederà che il caregiver non tornerà più da loro. 'L'ansia da separazione si risolve quando i bambini iniziano a sviluppare un senso di memoria' (Elia, 2021), ovvero la possibilità di interiorizzare il fatto che la figura di attaccamento in varie circostanze è sempre tornata da loro, creando un'immagine stabile e persistente nella memoria che genererà un senso di stabilità e sicurezza.

Nel caso in cui entro i 24 mesi il piccolo non sia riuscito a superare questa fase, e la paura di allontanarsi da una figura di riferimento fosse troppo intensa da causare un disfunzionamento

significativo e persistente, è possibile formulare una diagnosi di disturbo d'ansia di separazione.

Prima di approfondire quali siano i vissuti dei piccoli è bene tener conto del tipo di attaccamento che viene sperimentato e successivamente interiorizzato, in quanto può essere considerato come un fattore di rischio centrale. Attraverso la Strange Situation è stato dimostrato come i bambini di 1 anno con un attaccamento insicuro-ambivalente/resistente mostrano poca capacità di esplorazione e sono sospettosi nei confronti degli sconosciuti anche quando la figura di riferimento è presente; inoltre 'Il bambino mostra comportamenti di preoccupazione per il caregiver, intenso disagio durante la separazione, elevata emotività' (PDM 2 0/18, 2018, p. 78). I soggetti che hanno sperimentato questo tipo di legame vengono descritti come 'caratterizzati da una mancanza di accessibilità, da dipendenza eccessiva e da sentimenti di rifiuto e colpa, che rinforzano le azioni coercitive per ricevere sostegno' (ibidem, p.79). Tale quadro è generato dal tipo di comportamento che viene messo in atto sia dal piccolo che dall'adulto: i genitori non rappresentano una sicurezza costante, certe volte ci sono e altre volte no, venendo dunque percepiti come imprevedibili ed inaffidabili; tutto ciò si riflette successivamente sui bambini in quanto si può notare come 'quando il caregiver si allontana, spesso piangono forte e lo spingono via se al ritorno cerca di consolarli' (Santrock, 2017, p.359), generando così un'ambivalenza nel loro comportamento.

In contrapposizione a questa carenza affettiva genitoriale si può evidenziare come anche un comportamento iperprotettivo nei confronti dei propri figli possa essere disfunzionale e possa generare un disturbo d'ansia di separazione: questi genitori 'sono molto permissivi, non pongono chiari confini o precise regole che i bambini possano interiorizzare o compiti che possano dare loro una responsabilità adeguata all'età'(Cartia, 2021); ciò si traduce successivamente in un'incapacità di sgridarli per paura di farli piangere o farli soffrire. Questa iperprotettività può generare nel bambino una grande paura nei confronti del mondo esterno, che viene percepito come spaventoso e pericoloso inducendolo a ricercare l'aiuto e il supporto dei genitori costantemente, sia per le piccole cose, sia per quelle più complesse; si viene così a creare nel bambino una difficoltà a staccarsi dal nucleo familiare in quanto viene considerato l'unico luogo sicuro. Questi aspetti relazionali portano dunque a sottolineare come lo stile di attaccamento e i modelli educativi giochino un ruolo fondamentale nello sviluppo del disturbo, assumendo il ruolo di fattori rischio se, come delineato, il piccolo sperimenta un attaccamen-

to insicuro o uno stile educativo iperprotettivo; allo stesso tempo possono tuttavia costituire dei fattori protettivi qualora facciano interiorizzare nel bambino la possibilità di aver un porto sicuro a cui tornare mentre esplora l'ambiente permettendo in questo modo anche lo sviluppo di un'adeguata autostima. La caratteristica essenziale di questo quadro clinico è la difficoltà sproporzionata dei soggetti di lasciare le figure di riferimento a causa di una paura eccessiva e costante che possa accadere loro o a se stessi qualcosa di terribile, per questo motivo si rifiutano di lasciare l'ambiente familiare o di rimanere da soli e 'quando vengono separati, i bambini si focalizzano sul ricongiungimento con la figura di riferimento' (Elia, 2021). In caso il bambino fosse costretto a rimanere solo lontano da casa sperimenta 'un umore ansioso e depresso, apatia, disinteresse, irrequietezza, forte malinconia' (Morosini, 2021, p. 32); in ragione di ciò spesso vengono infatti rifiutate anche tutte quelle attività che presentano un carattere ludico che comportano una separazione, come ad esempio il campeggio con i coetanei o le gite scolastiche. Le scene che si verificano al momento della separazione sono spesso molto drammatiche, includono pianti e suppliche con una disperazione tale per cui il genitore non riesce a separarsi dal proprio bambino e questo genera una sorta di circolo vizioso che aumenta la difficoltà di quest'ultimo di imparare ad accettare l'allontanamento.

Affinchè possa essere diagnosticato un disturbo d'ansia di separazione 'i sintomi devono essere pervasivi e impedire al bambino che ne soffre di dedicarsi alle comuni attività tipiche dell'età (es. scolastiche, sportive etc. e devono essere persistenti per almeno 4 settimane' (ibidem, p. 32); i piccoli vengono generalmente portati per la prima volta dal medico nel momento in cui si presentano dei sintomi somatici o comportamenti di rifiuto nell'andare a scuola. Secondo alcune stime condotte da una serie di studi epidemiologici (Bruschi, Angelis et al. 2012) circa il 3-4% dei bambini in età scolare soffre di tale disturbo, mentre in adolescenza la stima è di circa l'1%.

Questo quadro clinico presenta un alto livello di comorbidità con altri disturbi, tra cui l'agorafobia, il disturbo d'ansia generalizzata, le fobie specifiche e il disturbo d'ansia sociale (DSM-5, 2013, p. 224).

Per concludere si può fare un breve cenno su quale trattamento sia considerato dalla letteratura di settore più efficace: diversi studi mostrano l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale, riportando buoni effetti sui soggetti che possiedono tale disturbo; accanto ad essa viene spesso prescritto anche un trattamento farmacologico (Bruschi et al. 2012). La terapia

cognitivo-comportamentale: ‘è finalizzata a modificare i pensieri e le credenze distorte, le emozioni disfunzionali e i comportamenti disadattivi, producendo la riduzione e l’eliminazione del sintomo e apportando miglioramenti duraturi nel tempo’ (Istituto A.T.Beck). Tale approccio terapeutico si basa sul modello cognitivo che sostiene che le emozioni e i comportamenti degli individui sono influenzati dalla percezione che hanno delle situazioni; dunque non è tanto l’evento in sé a determinare quello che viene esperito dai soggetti, ma il modo in cui viene interpretato (Istituto A.T Beck). La terapia cognitivo-comportamentale aiuta dunque ‘le persone a identificare i propri pensieri disfunzionali, ad esempio quelli angoscianti, e a valutare quanto siano realistici.’ (Istituto A.T Beck). Vengono dunque proposte alcune alternative alle narrazioni disfunzionali, ovvero delle spiegazioni più plausibili, realistiche ed integrate di ciò che è accaduto, in questo modo: ‘si produce una diminuzione quasi immediata dei sintomi. Infatti, una valutazione realistica delle situazioni e il cambiamento del modo di pensare producono un corrispondente miglioramento dell’umore e del comportamento’ (Istituto A.T.beck). Grazie ad uno studio condotto da Norton e Price (2007) è stata sostenuta e confermata la validità di questo approccio per il disturbo d'ansia di separazione e per tutti i disturbi d’ansia.

2.2 Caso clinico: il disturbo ansia di separazione

Il caso che verrà di seguito presentato è stato tratto dalla rivista Frattali (2021), nella sezione ‘l’ansia nei bambini e negli adolescenti’ redatta da Paola Morosini.

‘Kevin ha 7 anni e fin da piccolo ha manifestato paura del buio, difficoltà all’addormentamento, non voleva dormire da solo e non riusciva a restare a dormire neppure dai nonni. Piangeva e si buttava per terra fino a che i nonni chiamavano i genitori per riportarlo a casa. La nascita della sorellina, secondo i genitori, ha peggiorato la situazione per “gelosia”. Ora Kevin non riesce spesso ad andare a scuola, soprattutto il lunedì dopo essere rimasto a casa nel fine settimana. Non vuole frequentare l’oratorio e il centro estivo, nemmeno con i suoi amici riesce a separarsi per qualche ora di gioco fuori casa. Se in casa la madre si sposta dalla stanza spesso il bambino la segue, e la vuole vicino anche quando va in bagno. Quando la madre deve uscire la chiama continuamente al telefono per sapere quando torna. La madre si sente in ostaggio e talvolta si arrabbia con lui. (Morosini, 2021, p.31).

All'interno di questo caso sono presenti le principali caratteristiche citate nel paragrafo precedente, tra cui la difficoltà a separarsi dalle figure di attaccamento, talmente intensa da impedire a Kevin di stare con i nonni, che rappresentano tendenzialmente una sorta di porto sicuro e spesso rientrano tra le principali figure di riferimento. Un evento che acquisisce importanza all'interno di questo caso clinico è la nascita della sorellina: i genitori riportano come le condizioni di Kevin si siano aggravate esattamente dopo il suo arrivo in famiglia. Il piccolo teme che le figure di riferimento si allontaneranno da lui dedicarsi totalmente alla bambina, generando in lui un'intensa paura di essere abbandonato. Questo fa sì che i sintomi, già presenti precedentemente, si intensifichino. In conclusione un'altra caratteristica, riportata dal DSM-5, tipica dei bambini con Disturbo d'ansia di separazione è che spesso vengono definiti come "appiccicosi". Kevin, infatti, presenta dei comportamenti altamente morbosi nei confronti della madre che ha bisogno della sua presenza costantemente, seguendola ovunque all'interno delle mura domestiche (per esempio se non c'è la chiama per sapere quando rientra). Questi atteggiamenti messi in atto portano la donna a sviluppare nel corso del tempo importanti sentimenti negativi, in quanto riferisce di sentirsi quasi "in ostaggio".

2.3 Inquadramento diagnostico delle fobie specifiche secondo il PDM 2 0/18

‘Le fobie possono essere intese come simboli di ansie inconsce che riguardano la sparizione, il subire lesioni o la morte’ (PDM 2, 2018, p. 158); l'ansia sperimentata viene proiettata all'esterno sugli oggetti che risultano essere meno minacciosi e meno prossimi, e se si chiede ad un bambino da quando ha paura di un qualcosa di innocuo difficilmente sarà in grado di rispondere. ‘La fobia di un bambino si limita di solito a situazioni specifiche, tuttavia l'ansia del bambino può diffondersi da un oggetto a molti’ (ibidem, p. 158); i soggetti cercano di evitare le situazioni fobiche, qualora tuttavia ciò non possa accadere la paura viene espressa attraverso il pianto o i capricci, in alcuni casi possono anche venire messi in atto comportamenti di ipervigilanza in assenza dello stimolo fobico.

È possibile che si sviluppino ‘dei sintomi somatici associati all'anticipazione dell'esposizione fobica’ (ibidem, p.158), come ad es. mal di stomaco, aumento della frequenza del battito cardiaco; il grado di intensità con cui si presentano ‘dipende dal livello di paura del bambino’ (ibidem, p. 159) e tendono a scomparire quando l'oggetto fobico viene rimosso o la situazione evitata.

Anche a livello relazionale si possono notare alcune importanti alterazioni, infatti i bambini fobici tendono ad essere molto dipendenti dalle figure di riferimento.

Le fobie, infine, possono avere un decorso variabile e tendono a risolversi quando ‘il bambino diventa in grado di padroneggiare l’ansia originaria, rendendo lo spostamento non più necessario’ (ibidem, p.158).

2.4 Fobie specifiche: la Fobia scolare

Ogni essere umano almeno una volta nella vita ha sperimentato un certo grado di paura in relazione ad un oggetto o una situazione che riteneva pericoloso per la sua incolumità, tuttavia sono principalmente i bambini ad avere una molteplicità di paure che possono essere raggruppare in tre macro categorie: la paura di eventi esterni, di persone o animali; la paura di creature immaginare ed infine la paura delle proprie inadeguatezze (Istituto A.T.Beck). Come delineato nei capitoli precedenti, si può parlare di fobie specifiche solo quando l’ansia e la paura persistono nel tempo, ‘sono sproporzionate rispetto al reale pericolo rappresentato dall’oggetto o dalla situazione specifici’ (Morosini, 2021, pag 33.) e quando vanno ad interferire con il corretto sviluppo del soggetto; i bambini sono in grado di comprendere che la loro paura è esagerata solamente quando si allontanano dalla situazione fobica, ‘ciò nonostante non riescono né a eliminarla, né a ridurla quando ne sono in presenza’ (Istituto A.T. Beck). Tendenzialmente l’età d’esordio si colloca tra i 7 e i 14 anni per quanto riguarda la fobia specifica, mentre vi è un picco d’esordio intorno ai 5 e i 9 anni per le fobie di tipo ambientale e intorno ai 20 per le fobie situazionali (Zennaro, 2011, p.265).

La reazione del piccolo davanti a ciò che gli genera paura è costituita tendenzialmente da ‘pianto, scoppi di collera, immobilizzazione o aggrappamento (Morosini, 2021, pag. 33), tutti questi comportamenti cessano nel momento in cui la fobia scompare grazie alla capacità del bambino di imparare a padroneggiare l’ansia originaria (PDM 2, 2018,158).

All'interno della categoria delle fobie specifiche possiamo ritrovarne una in particolare che condiziona molto la vita dei ragazzi, ovvero la fobia scolare.

Essa ‘si verifica in circa il 5% dei bambini in età scolare e colpisce femmine e maschi allo stesso modo. In genere l’esordio si colloca tra i 5 e gli 11 anni’ (Sulkes, 2021); i campanelli d’allarme sono costituiti da ansia, balbuzie, vertigini, mal di testa, palpitazioni, diarrea e vomito, che si verificano quando bisogna andare a scuola e tendono a scomparire nel preciso

istante in cui il piccolo esce da scuola, oppure appena gli viene concesso, da parte dei genitori, di assentarsi da scuola (Gaggero, 2018). Tendenzialmente i sintomi somatici vengono manifestati prevalentemente dai bambini più piccoli in quanto non in grado di verbalizzare la paura che provano e la causa scatenante, mentre gradualmente con l'avanzare dell'età i soggetti riescono a rifiutarsi esplicitamente di andare a scuola. Uno spazio importante e particolare è da riservare per quei soggetti che non mostrano alcun tipo di sintomo somatico o ansioso nel momento in cui si recano a scuola, o in quello che immediatamente lo precede, ma che durante l'arco della giornata lamentano dolori e il bisogno ricorrente di andare in infermeria.

Gli adolescenti presentano un comportamento ancora differente, in quanto spesso mettono in atto comportamenti di vero e proprio evitamento del contesto scolastico. Essi, infatti, non si oppongono ai genitori per evitare di essere portati a scuola e non presentano sintomi somatici particolari, ma nel momento in cui arrivano nei pressi della struttura scolastica non vi entrano e passano le loro giornate altrove. Questo comportamento denominato spesso 'marinatura' 'è spesso presente in bambini con un disturbo della condotta' (Sulkes, 2021). Altre manifestazioni significative di tale fobia possono essere legate ai disturbi del sonno e alle difficoltà nel mantenere il ritmo sonno-veglia. Con il passare del tempo spesso i ragazzi si svegliano poco prima dell'inizio dell'orario scolastico in modo tale da 'evitare di fare i conti con le proprie mancanze, con le proprie inadeguatezze' (Rifiuti, 2021). I bambini che hanno una maggiore possibilità di sviluppare una fobia scolare sono coloro che hanno una madre che ha sofferto, o soffre ancora tutt'ora, di crisi d'ansia, in altri invece il terrore nasce nel momento in cui vi è una paura eccessiva di andare incontro ad un fallimento di fronte ai docenti, dei quali spesso si teme il giudizio, e la difficoltà di relazionarsi con i pari. Altri fattori scatenanti possono essere legati alla nascita di un fratellino/sorellina, problemi relazionali tra i genitori, un trasloco o la morte di un parente (Gaggero, 2018); anche il cambiamento da un grado scolastico all'altro può costituire un momento particolarmente critico da affrontare (Milone, 2022). E' bene dunque tener conto che tra le varie cause rientrano anche quella del contesto allargato, formato dalla famiglia, dal gruppo dei pari e dal team degli insegnanti' (Rifiuti, 2021). Un evento specifico che recentemente ha influenzato ed aumentato questa forma di disagio è stato il lockdown a seguito del Covid-19: 'dopo mesi di chiusura e di socialità azzerata molti bambini e

ragazzi, al momento dell'ingresso a scuola, hanno manifestato forti crisi di ansia e di profonda angoscia nel separarsi dai propri genitori' (Rifiuti, 2021).

I bambini e i ragazzi con questo disturbo non sembrano presentare inizialmente delle difficoltà di tipo scolastico: il livello di apprendimento è adeguato, le competenze sono buone e sono in grado di relazionarsi con i propri compagni facendo così esperienze positive, ma ad un certo punto tutto può crollare a causa di uno dei fattori scatenanti sopra citato. La fobia scolare si presenta tendenzialmente all'inizio dell'anno, ma è possibile si verifichi anche dopo il rientro che segue un periodo di festa, dopo una malattia, dopo un evento familiare o scolastico particolare (Rifiuti, 2021). Nel caso in cui la fobia si intensifichi troppo può costituire una spia di disturbi più gravi come ad esempio un disturbo depressivo dell'infanzia, un disturbo d'ansia tra cui quello dell'ansia sociale o ancora un disturbo di panico (Sulkes, 2021).

Francesca Rifiuti in tema di fobia scolare afferma:

“Fare i conti con la fobia scolare non significa soltanto aver paura di non ottenere buoni voti, di essere bocciati, di sbagliare. La scuola che fa paura a questi ragazzi non è solo lo spazio dove si deve imparare, ma anche e soprattutto quello in cui ci si incontra, ci si confronta, si fanno nuove esperienze, ci si allontana dalle mura di casa e dalla propria zona di comfort. In questo spazio si incontrano ostacoli e sofferenze che talvolta diventano intollerabili. [...] [Tutto ciò è accompagnato da] un forte calo dell'umore e un senso di tristezza che sembra non passare mai, alimentato dalla costante frustrazione del non riuscire mai” (Rifiuti, 2021).

Vanno così a crearsi di conseguenza 'sentimenti di scarsa autostima, svalutazione di sé e sensazione di inutilità e inadeguatezza' (Rifiuti, 2021).

In ultima analisi si può fare un breve cenno sul trattamento maggiormente supportato dalla letteratura. In proposito la Rifiuti afferma: 'può essere utile avviare un percorso di terapia familiare per riuscire ad affrontare il problema in tutta la sua complessità. Una presa in carico individuale non sempre è possibile, specialmente nei casi in cui il disturbo è caratterizzato dalla presenza di una forte ansia da separazione' (Rifiuti, 2021). Concentrarsi sulla famiglia è inoltre importante per due ragioni: la prima è costituita dal fatto che spesso i genitori diventano severi in quanto esasperati: 'tuttavia, i tentativi di costrizione aggravano ulteriormente la situazione; la fobia può diventare così intollerabile al punto di sfociare, per esempio, in con-

dotte aggressive e auto-aggressive' (Milone, 2022); la seconda invece è legata ad 'una forte ansia da separazione nei confronti dei caregivers' (Milone, 2022).

2.5 Caso clinico di fobia scolare

Il caso clinico che sta per essere trattato è stato attinto dalla rivista *Exâgère* (2021) e redatto da Francesca Rifiuti (2021); lo scopo principale è quello di andare a comprendere meglio le caratteristiche che sono state citate nel paragrafo precedente.

‘Sono le 7,30. Gianluca 12 anni, dovrebbe già essere pronto per uscire di casa, lo zaino in spalla, la faccia assonnata e gli ultimi sbadigli prima di varcare la porta e intraprendere un nuovo giorno di scuola. Eppure tutto questo, che all'apparenza è così semplice per un ragazzo di quell'età, per Gianluca è ogni mattina lo scoglio più grande. E, la maggior parte delle volte, è uno scoglio troppo grande per essere affrontato. Allora la porta di casa resta chiusa, lo zaino appoggiato in un angolo del salotto, la faccia assonnata diventa un volto pieno di lacrime e lo sbadiglio si trasforma in un urlo di delusione. Gianluca ha paura. Ha paura della scuola, dei compiti, delle interrogazioni. Ha paura dei compagni, dei professori, del giudizio che tutti potrebbero rivolgere a lui e soltanto lui. Teme gli sguardi, i commenti, si sente al centro dell'attenzione anche quando se ne sta in silenzio al banco. Teme che gli insegnanti lo ritengano inadeguato, impreparato, stupido.

Gianluca ha paura e, così come Gianluca, tanti ragazzi e ragazze ogni giorno hanno la stessa paura, la stessa forte ansia che a volte impedisce loro di svolgere delle attività che per tutti gli altri sembrano così naturali.

I genitori iniziano a vedere Gianluca debole, fragile, piccolo, incapace di affrontare le sfide e le responsabilità. Lo tengono stretto, si sostituiscono a lui nelle attività della vita quotidiana, tutta la loro vita ruota intorno a Gianluca e alla sua paura della scuola. E così la casa, da nido diventa prigione.

Gianluca al mattino è così disperato che arriva a supplicare i genitori di non portarlo a scuola, di non sottoporlo a questa sofferenza insostenibile. I genitori di Gianluca vedono davanti a loro occhi un figlio in condizioni di disperazione, inizialmente cercano di convincerlo, di spronarlo, si arrabbiano, provano a prenderlo con forza. I tentativi di costrizione a volte aggravano addirittura la situazione, mettendo il bambino in uno stato di agitazione ancora più

grande che potrebbe portare a condotte aggressive nei confronti dei genitori e anche di se stesso.

Insomma, niente funziona, vince sempre la paura. E allora i genitori si arrendono, non riescono a prendere in mano la situazione, si disperano a loro volta e ogni mattina, quando la scena riparte, il loro senso di inadeguatezza e impotenza aumenta.

Gianluca, come tutti i bambini che fanno i conti con la fobia scolare, la sera prima di andare letto è convinto: domani riuscirà a entrare a scuola, non ci sono dubbi. Promette ai genitori che non ci saranno scene drammatiche e che stavolta è pronto, se lo sente. Ma la mattina successiva tutto di nuovo si ripete, in un circolo vizioso che non fa che aumentare ancora di più l'angoscia e l'ansia genera dall'idea di rientrare in classe dopo tanto tempo' (Rifiuti, 2021).

Da questo breve caso che è stato riportato emerge come il disagio non rimanga incentrato solo sul piccolo, ma si estenda spesso anche ai genitori. Essi sperimentano un senso di inadeguatezza e impotenza poiché ogni giorno cercano di convincere Gianluca ad andare a scuola, cercano di limitarne e contenerne i pianti e la paura ma, nonostante gli innumerevoli sforzi, non riescono ad ottenere miglioramenti significativi. Un altro punto importante è relativo all'iperprotettività che, come già precedentemente delineato all'interno del disturbo d'ansia di separazione, può generare nei bambini una paura eccessiva nei confronti del mondo esterno in quanto temono di non potercela fare da soli in assenza dei propri genitori; l'autrice per spiegare quanto tutto ciò possa essere disfunzionale utilizza l'espressione: 'e così la casa, da nido diventa prigionia'. È fondamentale sottolineare che la paura di ciò che è fuori dalle mura familiari non è relativa solo a oggetti e situazioni, ma riguarda anche e soprattutto le persone e tutti gli aspetti relazionali ad esse connessi. I bambini con fobia scolare, temono infatti di essere costantemente sotto giudizio da parte dei pari e degli insegnanti: questa paura potrebbe nascere da un senso di costrizione eccessiva, messa in campo da parte dei genitori oppure dalla ripetute domande a cui vanno incontro i piccoli quando sono a casa. Essi passano gran parte del loro tempo o con le figure di riferimento o con altri adulti che ritengono significativi e frequentemente vengono interrogati sul perché si comportino così, rispetto al perché abbiano queste paure insensate. Quest'ultima viene razionalizzata dai bambini che tendono ad attribuirle ai loro compagni, alle materie e a chi li offende, aumentando così l'astio nei loro confronti; le ripetute domande possono portare anche ad entrare in contatto con un'altra seconda

angoscia: man mano che il tempo passa i bambini temono di tornare tra le mura scolastiche proprio in ragione delle eccessive richieste di spiegazioni che possono ricevere circa le assenze fatte e l'essere indietro con il programma. In relazione allo studio si possono così iniziare a sperimentare alcune difficoltà di apprendimento legate al numero di assenze e allo stato emotivo fortemente compromesso, determinato dal senso di inadeguatezza che Gianluca prova, la paura di ricevere giudizi negativi da parte dei compagni, degli insegnanti ma anche degli altri adulti con cui entra in contatto e che svalutano e rendono quasi ridicole le sue paure ed i suoi comportamenti, senza capire quanto per lui sia difficile affrontare tali vissuti, contribuendo a creare uno stato emotivo frustrato e connotato da bassa autostima, svalutazione di sé e da un senso generale di inutilità. Tutti questi vissuti aumentano la paura che il ragazzo prova per la scuola, diventando un ostacolo che gli impedisce di utilizzare strategie di apprendimento in modo efficace.

Tali aspetti relazionali possono anche essere complicati dall'utilizzo costante dei videogiochi; quando sono a casa i ragazzi tendono a chiudersi nella loro camera per passare il loro tempo in una dimensione virtuale, che può comportare un aumento della chiusura verso il mondo che li circonda e un aumento della difficoltà a relazionarsi con le persone reali. Il mondo virtuale diventa paradossalmente una dimensione sicura in cui potersi rifugiare, talvolta l'unica dimensione sicura, perché permette ai ragazzi di non entrare in contatto diretto con le persone e di potersi estraniare dal mondo reale ed immergersi in uno ideale di fantasia. I giudizi, gli epiteti ed i commenti a cui sono esposti hanno un peso differente e questo è dovuto al fatto che gli individui che si incontrano in questo spazio vengono percepiti sostanzialmente come non reali, poiché è molto difficile poi riuscire ad incontrarli concretamente, ed è più facile riuscire a evitare i confronti più stringenti in quanto è sufficiente bloccare i contatti oppure cercare di spostare il focus unicamente sul videogioco. Nel mondo reale tutto questo non può avvenire. I ragazzi si scontrano con i giudizi da cui non possono scappare, non sanno come rispondere, si sentono sempre più inadeguati perché dal loro punto di vista tutti riescono a condurre una vita lineare e semplice mentre loro si trovano a dover affrontare degli ostacoli che percepiscono come insormontabili. Le continue richieste a cui si sentono esposti, le "suppliche" ed i tentativi da parte dei genitori di aiutarli per cambiare la situazione, spesso rischiano di peggiorare le condizioni del ragazzo invece che migliorarle.

Il giocare ai videogiochi, inoltre, è vissuto come rassicurante perchè permette loro di rimanere all'interno delle mura domestiche generando un senso di protezione e sicurezza, sebbene la casa diventi spesso contemporaneamente un luogo sicuro che non si può lasciare. Nonostante i ragazzi sperimentino una doppia sicurezza, data dal luogo in cui si trovano e dalla possibilità di limitare le interazioni, rischiano spesso di aggravare senza accorgersene la loro condizione in quanto, più tempo passano a giocare in un mondo fantastico, più difficoltà riscontrano nel tempo ad interagire con le persone reali ed affrontare i problemi a cui quotidianamente dovrebbero essere esposti.

Il periodo del Covid-19 ha minato nel profondo l'aspetto inter-relazionale di bambini ed adolescenti. Come afferma Rifiuti (2021) durante il lockdown riuscire a socializzare con persone nuove era pressochè impossibile, mentre l'abitudine creatasi nel poter stare a casa e rimanere in contatto grazie alle tecnologie con i propri amici spesso invogliava a rimanere in un loop di pigrizia. Finito l'isolamento, causato dal periodo pandemico, per molti ragazzi, ed in particolare per coloro che presentano una fobia scolare, è stato difficile ritornare a relazionarsi con persone 'reali' (Rifiuti, 2021).

CAPITOLO 3 Fobie nell'adolescenza

Come per l'infanzia anche nell'adolescenza verranno approfonditi in modo specifico due disturbi: il disturbo d'ansia sociale e l'agorafobia. Il primo quando clinico che verrà presentato sarà quello dell'ansia sociale perché mantiene una continuità con la fobia scolare trattata nel capitolo precedente.

3.1 Disturbo d'ansia sociale

Questo primo disturbo sarà introdotto mostrando in primo luogo quale potrebbe essere la linea di continuità evolutiva in termini di traiettoria di sviluppo con la fobia scolare; attraverso le analogie e le differenze con quest'ultima verranno citate alcune delle caratteristiche del disturbo d'ansia sociale, che verranno poi approfondite attraverso il PDM 2 0/18.

Coloro che soffrono di tale disturbo temono 'di parlare davanti alla classe, interagire con i professori o con i propri compagni' (Morosini, 2021) perché hanno paura di essere giudicati. Una strategia che spesso viene utilizzata dagli studenti è quella di rimandare esami o interrogazioni in modo da evitare il confronto con l'esito negativo che può sopraggiungere; si può notare una forte analogia con la fobia scolare perché, anche in quel caso, il soggetto ha paura di essere costantemente sotto giudizio da parte di tutti coloro che compongono l'ambiente scolastico. Un'altra analogia di minore entità è data dall'utilizzo del mondo virtuale: la dipendenza 'dalle relazioni virtuali nel web è spesso una conseguenza dell'ansia sociale, risolta nella rete come una realtà alternativa di evitamento' (Morosini, 2021, p.34); giocando in rete, infatti, i soggetti tendono a sentirsi più sicuri, e prediligono per questo tali relazioni, in quanto le persone dall'altra parte dello schermo non verranno mai incontrate realmente e questo diminuisce notevolmente la possibilità di sentirsi giudicati. La differenza sostanziale è che nella fobia scolare la paura e l'ansia presenti sono rivolte soltanto alla scuola, mentre nel disturbo d'ansia sociale sono rivolte a diverse situazioni.

La definizione di tale quadro formulata nel PDM 2 0/18 (2018, p. 292), è la seguente: gli adolescenti che presentano tale disturbo 'temono o evitano le interazioni e le situazioni sociali che comportano la possibilità di essere giudicati dagli altri'; il nucleo centrale è costituito pertanto proprio dalla paura di ricevere rifiuti, provare imbarazzo o umiliazione.

Occorre tuttavia fare attenzione a non confondere il disturbo con una semplice timidezza non patologica: Morschitzky (2009) sottolinea come i ragazzi timidi siano solo dei bambini riservati, ‘ma non per questo isolati dal mondo o reticenti ad affrontare situazioni sociali’ (Morosini, 2021, p.33); al contrario, chi soffre di fobia sociale mostra notevoli difficoltà a relazionarsi ‘con persone al di fuori del contesto familiare, rifiuta di andare a scuola, cercando di diventare quasi invisibile’ (ibidem p.33).

Il fattore della timidezza potrebbe tuttavia essere interpretato come una sorta di campanello d’allarme, poiché alcuni adulti con tale fobia presentavano sin da piccoli un carattere molto riservato, in altri soggetti invece i sintomi ansiosi non si sono manifestati fin dopo la pubertà; secondo alcune stime circa il 9% delle femmine e il 7% dei maschi manifesta durante l’anno tale disturbo; queste stime sono state confermate da alcuni studi più recenti e viene inoltre sottolineato come siano le medesime per adulti ed adolescenti (Rose & Tadi, 2022).

L’aspetto nucleare è dato dal fatto che i soggetti temono che le loro azioni possano sembrare inappropriate agli occhi degli altri e che la loro ansia, legata a ciò, sia evidente; inoltre hanno paura che gli altri individui possano notare i sintomi del loro disagio, come ad esempio ‘sudare, arrossire, vomitare o tremare, oppure di aver la voce tremolante’ (Barnhill, 2020), è inoltre possibile che quando l’ansia diventa troppo intensa si presenti un attacco di panico (Borzi). Se i soggetti temono di perdere il filo del discorso, di non riuscire ad esprimersi o di compiere un’esibizione pessima, si parla di ansia sociale legata alla performance: l’ansia provata è in tal caso solo in stretta relazione con il parlare o con l’esibirsi davanti a delle persone (Morosini, 2021, p.34); alcune delle situazioni tipiche in cui si presenta questo tipo di ansia potrebbero essere: leggere in chiesa, suonare con uno strumento, esporre un argomento davanti alla classe e via dicendo. L’ansia oltre ad essere espressa con la paura e il timore può essere anche ‘espressa con il pianto, con scoppi di rabbia, con il ritiro (ibidem, p. 34).

Un altro punto da tenere in particolare considerazione consiste nel fatto che i ragazzi presentano paure rivolte non solo verso se stessi, talvolta sono spaventati anche dal fatto di non riuscire a soddisfare le aspettative che le altre persone hanno nei loro confronti e per questo temono di poterle offendere e farle star male; anche in questo caso l’attività che viene svolta gioca un ruolo cruciale non per la propria persona quanto piuttosto per i sentimenti di chi è esterno ed osserva il modo in cui viene svolta la prestazione (Barnhill, 2020). Per avere un quadro più chiaro su come differenziare le varie tipologie di ansia sociale possiamo tenere

conto della classificazione proposta dall'Istituto A.T.Beck: si può parlare di 'ansia sociale specifica' se l'ansia è collegata a 'una o due situazioni specifiche isolate, dove generalmente è prevista una performance o attività mentre si è osservati da altri' (Borzi); l' 'ansia sociale generalizzata' è invece caratterizzata dal 'timore di incontrare persone, conoscenti o estranee in qualsiasi contesto, formale o informale' (Borzi).

Per poter differenziare il disturbo da semplici paure transitorie e poter apportare una diagnosi è necessario che sia presente una durata dei vari sintomi per almeno 6 mesi. A livello fisiologico quest'ultimi si possono presentare sotto forma di sudorazione, palpitazioni, tremori, rossori, nausea e tensione muscolare; a livello cognitivo possono invece presentare un grande senso critico verso se stessi ricorrendo ad 'uno schema centrale sul Sè come incompetente, debole, ridicolo, noioso e maldestro' (Borzi), a cui può aggiungersi anche la sensazione costante e pervasiva di sentirsi osservati. Gli altri al contrario sono invece percepiti come abili, superiori, profondamente critici nei loro confronti, nella convinzione che gli altri non provino ansia sociale (Borzi)

A livello comportamentale le strategie che vengono utilizzate per evitare le situazioni che possono essere vissute come dolorose sono: condotte di evitamento (ad es. non mangiare in compagnia), di rinvio (ad es. rinviare un appuntamento), di rinuncia (ad es. rifiutare un incarico) e di ritiro sociale (ad es. non partecipare ad alcun tipo di festa); infine a livello emotivo i soggetti vivono spesso con una sensazione continua di agitazione e preoccupazione man mano che si avvicinano alla situazione che tanto temono, provando un' ansia accentuata ed imbarazzo durante la situazione stessa, mentre al termine i sentimenti principali sono di tristezza e senso di sconfitta (Borzi).

Le conseguenze principali del disturbo d'ansia sociale sono legate ad una vita molto ' isolata e solitaria, in cui si frequenta una cerchia molto ristretta di persone' (Borzi); può essere presente inoltre un abuso di alcolici e farmaci ansiolitici, utilizzati come tentativo di diminuire il proprio malessere ed infine si possono manifestare periodi di depressione (Borzi).

Un fattore di rischio rilevante, di cui è bene parlare, è costituito dalle pratiche genitoriali utilizzate per accudire i propri figli. E' stato dimostrato come l'iperprotezione, l'eccessivo criticismo, il rifiuto e la mancanza di affetto genitoriale siano tra le principali cause per lo sviluppo della fobia sociale (Mitroi, 2022); soprattutto i primi due fattori tendono ad avere un impatto molto rilevante. L'eccessivo controllo da parte dei genitori influenza lo sviluppo di un

senso di autoefficacia inadeguato nel bambino, il quale tenderà a percepire le attività che compirà come errate ed incomplete, vissuto che può portare allo sviluppo di un senso eccessivo di inadeguatezza e incompetenza. Come afferma Mitroi (2022) se i ragazzi non sono lasciati liberi di conoscere il mondo e fare le loro esperienze, avranno una costante paura di ciò che li circonda e di essere, in ogni istante della loro vita, giudicati negativamente dagli altri. Questo fattore è presente anche all'interno del disturbo d'ansia di separazione, ma in quel caso i bambini sono principalmente spaventati che possa accadere loro o alle figure di attaccamento qualcosa di terribile in quanto è il mondo stesso ad essere percepito come pericoloso; in questo caso invece il mondo viene vissuto come popolato di persone giudicanti e superiori a lui, da cui il ragazzo si sente emarginato poichè non possiede competenze sufficienti per essere al loro livello. Quest'ultimo aspetto porterà con sé una serie di ripercussioni che, come già delineato per la fobia scolare, andranno ad influenzare non solo la percezione che il ragazzo avrà dell'istituzione scolastica, ma anche della sua condotta all'interno di essa. Nonostante l'istituzione scolastica possa essere percepita come un luogo intimo e chiuso, rientra tra i principali luoghi fonte di critica a causa della valutazione scolastica da parte dei professori e della presenza di compagni che talvolta mettono in atto comportamenti di bullismo, che possono contribuire alla riduzione dell'autostima e di conseguenza anche del suo rendimento scolastico, incrementando spesso i comportamenti di evitamento, al fine di non andare incontro a tali sofferenze.

Il fattore del criticismo è molto rilevante nello sviluppo della fobia sociale in quanto influenza lo sviluppo dell'autostima. Esso 'è caratterizzato da un ricorso ripetitivo e pervasivo al rimprovero. Si manifesta con frequenti commenti critici ostentati anche da tono severo o perentorio; si esprime per mezzo di espressioni di disapprovazione, di sentimento, rifiuto e svalutazione (Mitroi, 2022). I genitori che mettono in atto questi comportamenti porteranno il figlio a non sentirsi in generale mai soddisfatto delle sue azioni e del suo comportamento, il quale sentirà di non essere mai all'altezza per ottenere un'approvazione da parte delle figure di riferimento. Così facendo si svilupperanno in lui convinzioni di incapacità personale, bassa autostima e propensione ad attribuzioni di colpa, sviluppando un forte senso di autocritica, che è anche uno dei caratteri distintivi delle persone timide (Mitroi, 2022).

I bambini con un disturbo d'ansia sociale hanno sperimentato un tipo di attaccamento insicuro. Gli studi disponibili in letteratura nel corso del tempo sono tuttavia insufficienti per de-

terminare con certezza se si tratti di un attaccamento insicuro evitante o insicuro ambivalente, in quanto chi presenta questo quadro clinico possiede delle caratteristiche che possono rientrare in ambo le tipologie. Dalle ricerche condotte da Mary Ainsworth e colleghi (1978) 'è stato rivelato come le madri degli insicuri non siano molto sensibili nelle interazioni, ma siano tendenzialmente intrusive e meno accessibili ai richiami dei figli' (Zennaro, 2011, p.123). Per evidenziare come sia difficile capire nello specifico il tipo di attaccamento sperimentato, occorre descrivere le caratteristiche dei caregivers, sia per quanto concerne lo stile insicuro evitante, sia per l'insicuro ambivalente: per quanto riguarda il primo i genitori mostrano 'un'avversione al contatto fisico quando sono ricercati dai figli, rabbia, atteggiamenti intimidatori e poche emozioni nelle interazioni con loro' (ibidem, p.123); i secondi invece 'tendono a rispondere in modo imprevedibile, inconsistente o poco adeguato alle richieste del figlio' (ibidem, p. 123); i comportamenti intimidatori e la rabbia sono spesso i principali aspetti presenti durante le critiche, mentre le risposte imprevedibili sono tra i fattori che portano ad un senso di autostima ed autoefficacia inadeguate e.

Un ultimo elemento da analizzare brevemente riguarda l'approccio terapeutico maggiormente supportato dalla letteratura, ovvero la terapia cognitivo-comportamentale affiancata da una terapia farmacologica a base di antidepressivi (Barnhill, 2020; Norton & Price, 2007).

3.2 Caso clinico: disturbo d'ansia sociale

Il caso clinico che sarà presentato è stato estratto dalla Rivista Frattali (2021), nella sezione 'l'ansia nei bambini e negli adolescenti' redatta da Paola Morosini.

'Giulia ha 16 anni, è descritta come una bambina timida e riservata, fin dalla scuola media inferiore ha poche amicizie frequentate solo a scuola. Ha provato a praticare sport e attività come danza ma spesso adduceva malesseri per non frequentare e poi interrompeva. Ora non riesce a frequentare il liceo in modo continuativo, quando esce di casa per raggiungere la scuola teme che tutti quelli che incontra giudichino il suo abbigliamento come ridicolo. L'esposizione alla cattedra durante le interrogazioni la preoccupa a tal punto che, quando studia a casa, si rappresenta continuamente la scena e non riesce a concentrarsi e ad apprendere. Sale quindi il timore di fare 'brutta figura' con professori e compagni. Nel contempo se non si presenta a scuola il giorno dopo teme che i compagni che saranno interrogati al suo posto la giudichino e se la prendano negativamente con lei. Durante la Pandemia e le lezioni in DAD non

riesce neppure a mostrarsi nella piattaforma scolastica. Non riesce a frequentare coetanei e rifiuta le ormai rare proposte di coinvolgimento dai compagni da molto tempo.

Persino la chat e i messaggi sul telefonino la preoccupano per la velocità a cui sarebbe esposta nel dover rispondere, per cui lo tiene spesso spento per non mostrare latenze a chi messaggia. Non sa cosa rispondere spesso e non vuole mostrare disattenzione verso gli altri perché sarebbe secondo lei pesantemente giudicata. In famiglia sente la critica e la delusione dei genitori che la incitano a superare i suoi 'blocchi' perché 'ora è grande' e non riesce nemmeno a uscire per andare al ristorante o in spiaggia con la famiglia durante le vacanze estive. Quando racconta con fatica e con un filo di voce ciò che le accade e i suoi sintomi piange e racconta che quando ha provato ad uscire con i suoi coetanei è rimasta muta tutto il tempo' (Morosini, 2021, p. 33-34).

All'interno di questo caso si può ritrovare la classificazione proposta dall'Istituto A.T.Beck: il primo timore che Giulia sperimenta è legato al dover incontrare persone a lei estranee in quanto teme che possano giudicarla per il modo in cui è vestita; si può qui ritrovare la caratteristica nucleare che descrive il disturbo d'ansia generalizzata, trattato nel paragrafo precedente, ovvero la paura di incontrare soggetti sconosciuti in qualsiasi tipo di contesto. Successivamente invece, andando più nello specifico, la sua ansia è strettamente collegata con l'ambiente scolastico. È possibile anche notare una similitudine, legata al vissuto della ragazza, con il caso precedentemente proposto. Il disturbo presentato da Giulia è molto accentuato, al punto che non riesce a svolgere quasi nessun tipo di attività che implichi l'interazione con gli altri o l'abbandonare le mura della propria dimora. In questo caso l'esterno prevale anche sulle figure genitoriali che non vengono percepite abbastanza sicure per poterle permettere di uscire, infatti non riesce nemmeno con loro ad andare al mare. Rispetto alle caratteristiche sopra riportate riguardanti il mondo virtuale si possono notare caratteristiche molto diverse: per evitare di ferire gli altri e per non andare incontro a timori e ansie circa i giudizi negativi che potrebbe ricevere, Giulia decide di non utilizzare il telefonino e questa scelta può essere vista come un mezzo di difesa in quanto è una strategia che viene utilizzata per proteggere se stessa, preoccupandosi però anche del benessere di coloro che cercano di contattarla.

Il ruolo dei genitori anche in questo caso è molto complesso in quanto talvolta anche semplici parole, utilizzate anche solo per spronare i propri figli, possono costituire una grande fonte di

malessere: in questo specifico caso la ragazza va incontro a grandi difficoltà a superare i blocchi che sa di possedere e il sentire i propri familiari sostenere che ormai lei è grande, e che dovrebbe riuscire per questo ad affrontare le sue paure mettendo in atto un comportamento differente che ai loro occhi risulterebbe più maturo, la fanno sentire inadeguata, come se non riuscisse a soddisfare le aspettative di chi l'ha cresciuta.

Un ultimo aspetto da considerare è relativo alla timidezza provata poiché, proprio come precedentemente delineato, spesso accade che gli adulti con un disturbo d'ansia sociale sin da piccoli abbiano avuto un carattere molto timido; se il temperamento di Giulia rimane costante nel corso del tempo potrebbe essere considerato come uno tra i vari fattori di rischio.

3.3 Agorafobia

L'ultimo disturbo che verrà preso in analisi è quello dell'agorafobia; la sua caratteristica essenziale è la presenza di 'un'ansia eccessiva innescata dalla reale (o anticipata) esposizione a situazioni da cui potrebbe essere difficile scappare o in cui potrebbe non essere disponibile alcun soccorso nell'eventualità in cui si verificasse un attacco di panico' (PDM 2, 2018, p. 292). 'Il disturbo agorafobico può manifestarsi a qualsiasi età, seppur si presenti con maggior frequenza in soggetti che ricadono nella fascia tra la tarda adolescenza e i primi periodi dell'età adulta' (Andrisani, 2020). Tale quadro clinico è spesso associato agli attacchi di panico connotati da intensa ed improvvisa paura con durata variabile, che può infatti persistere per alcuni secondi fino ad arrivare a 20 minuti circa. All'interno del DSM-5 e dell'ICD-10 la relazione tra l'agorafobia e l'attacco di panico è concepita in modo differente. Il DSM-5 infatti ritiene che l'agorafobia sia in una posizione secondaria rispetto all'attacco di panico; questo è dovuto al fatto che i soggetti cercano di evitare i luoghi da cui la fuga potrebbe essere difficile non tanto perchè questi rappresentano la loro paura più grande, ma piuttosto perchè temono che tali situazioni potrebbero suscitare un attacco di panico (Zennaro, 2011, p.264). Quest'ultimo dunque diventa la fonte principale della paura mentre l'agorafobia può essere vista come una sorta di sua conseguenza. L'ICD-10 invece propone l'esatto contrario: l'attacco di panico non ricopre più un ruolo primario e lo si può evincere dal fatto che in alcuni casi può anche non verificarsi, per questa ragione il manuale distingue due forme di agorafobia, una con e una senza attacco di panico. (Zennaro, 2011, p.264). È possibile inoltre che alcuni individui

sperimentino un semplice disagio nelle varie situazioni senza però sviluppare un attacco di panico (Barhill, 2020).

Per apporre una diagnosi di agorafobia è necessario che i sintomi presentino una durata di almeno 6 mesi ed abbiano ripercussioni significative sulla vita degli individui, i quali devono manifestare ansia o paura, che si presentano in modo sproporzionato rispetto al reale pericolo, in almeno due o più delle seguenti situazioni: usare i mezzi pubblici, stare in spazi aperti, stare in spazi chiusi, fare la fila o trovarsi in mezzo alla folla e trovarsi a casa da solo (Barnhill, 2020). Quando la paura diventa troppo intensa i soggetti tendono a cercare di evitare le situazioni di stress arrivando fino all'atto estremo di chiudersi in casa per evitare i pericoli (Barnhill, 2020). Se da un lato questa reclusione porta con sé aspetti positivi, come ad esempio il senso di sicurezza percepito, dall'altro può portare con sé diverse problematiche legate a diversi ambiti: gli individui per esempio tenderanno a non andare più a scuola e ciò avrà inevitabilmente delle ripercussioni sia sulla condotta scolastica sia sulla capacità di relazionarsi con gli altri oppure non svolgeranno altre attività ritenute normali come andare a lavoro o passare del tempo con i propri coetanei.

Si possono notare alcune analogie con i disturbi precedentemente trattati in quanto anche in questo caso i soggetti sono portati a limitare il contatto con il mondo esterno con una serie di ripercussioni, essendo adolescenti, sulla condotta scolastica. La differenza sostanziale si trova all'interno del modo in cui si manifesta l'evitamento: nel caso in cui i soggetti siano costretti ad affrontare le situazioni ansiogene, richiedono la presenza di qualcuno fidato che li accompagni (Andrisani, 2020). La semplice presenza di un altro individuo può costituire in questo caso quindi una fonte importante di assicurazione, nei quadri precedenti invece il sostegno di qualcuno di significativo per l'individuo non era sufficiente per ridimensionare il pericolo percepito e permettere di affrontare la situazione a cui si stava per andare incontro.

Un' ultima analogia riguarda l'iperprotettività genitoriale: a causa delle poche esperienze che i soggetti hanno modo di fare, sviluppano una paura costante del mondo esterno che li porta a temere per la loro incolumità ogni qual volta sono lontani da casa e a ricercare, per questo, un riparo.

Un punto importante da sottolineare è che i soggetti sperimentano l'ansia anche all'interno di spazi chiusi, mentre comunemente si pensa che questo disturbo sia caratterizzato unicamente da una paura degli spazi aperti. Tale credenza impropria è dovuta all'etimologia della parola:

l'agorà era il termine che indicava nell'antichità la piazza del mercato, che associato con la parola fobia che deriva dal greco 'phobos' e significa 'timore' danno origine al termine agorafobia ovvero 'la paura della piazza del mercato' (Andrisani, 2020).

Occorre a questo punto precisare quali siano i sintomi fisiologici che caratterizzano l'ansia anticipatoria dell'agorafobia, ovvero: difficoltà di equilibrio, vertigini, tachicardia, brividi e freddo improvviso, sensazioni di soffocamento, nausea. Il fulcro centrale del disturbo rimane tuttavia l'evitamento che viene messo in atto in seguito, a causa del quale si può considerare l'agorafobia come uno tra i disturbi d'ansia più invalidanti (Andrisani, 2020). Tra i principali fattori eziologici occorre menzionare 'l'iperprotettività genitoriale, la presenza di paure infantili o terrori notturni, esperienza di dolore o lutto negli anni di vita, infanzie infelici o traumatiche o predisposizione genetica' (Balaram & Marwaha, 2022). Possono essere considerati come fattori principali anche il soffrire di attacchi di panico o altre fobie, reagire agli attacchi di panico con eccessivi comportamenti di evitamento e un temperamento ansioso (Sanavio, 2019).

Secondo alcune stime (Balaram et al, 2022) l'agorafobia 'è presente in circa l'1,7% della popolazione generale, inoltre la maggior parte dei casi si presenta prima dei 35 anni'. Il National Institute of Mental Health inoltre stima che i tassi di prevalenza tra uomini e donne siano molto simili: i primi riportano infatti una percentuale dello 0,9%, mentre le seconde dello 0,8% (Balaram et al, 2022). Questo quadro clinico si trova in una relazione di comorbidità con diversi disturbi che tendono a svilupparsi in seguito, tra cui: il disturbo depressivo maggiore, il disturbo depressivo persistente (distimia) e i disturbi da uso di sostanze. Un ultimo punto da analizzare prima di concludere il paragrafo riguarda il trattamento consigliato per questo quadro clinico: nei casi di agorafobia lieve 'gli studi hanno generalmente concluso che la terapia cognitivo-comportamentale affronta e allevia efficacemente i sintomi target, riduce altri sintomi di ansia e migliora la qualità della vita del paziente' (Balaram et al, 2022). Qualora invece il disturbo sia più accentuato viene spesso fatto ricorso all'uso della farmacoterapia; in realtà 'ci sono anche dei dati che suggeriscono che la combinazione della terapia cognitivo-comportamentale con la farmacoterapia possa essere più efficace nella gestione sintomatica dell'agorafobia' (Balaram et al, 2022). La terapia cognitivo comportamentale risulta dunque efficace in quanto 'comporta l'educazione dei pazienti a riconoscere e controllare i propri pensieri distorti e i falsi convincimenti' (Barnhill, 2020; Norton & Price, 2007).

3.4 Caso clinico di agorafobia

Il caso clinico che sta per seguire serve per approfondire le dinamiche sopra citate ed è stato curato da Irene Massetti, una psicologa-psicoterapeuta di Grosseto (Massetti, 2017, p.1-4).

‘La protagonista di questo racconto si chiama Martina, una ragazza di 19 anni che frequenta il quinto anno del liceo Socio Psico Pedagogico. Attualmente vive a casa con la madre ed il fratello di 16 anni. I suoi genitori si sono separati da circa tre mesi. È fidanzata da pochi mesi con un ragazzo di 18 anni, anche lui studente.

Martina si rivolge spaventata al Pronto Soccorso per un'improvvisa tachicardia, un formicolio al braccio, oppressione al petto. Qui, dopo averle fatto i controlli medici opportuni, le riferiscono di essersi trattato di un attacco di panico e la invitano a fare un colloquio presso l'Ambulatorio dei Disturbi D'ansia dove la psichiatra le somministra lo Xanax e le consiglia un ciclo di sedute di psicoterapia. Martina accetta e vengono fissati gli incontri una volta alla settimana. Al primo colloquio si presenta accompagnata dalla madre. E' puntuale, ben curata nell'abbigliamento e nella persona. E' rigida nella postura stando seduta sul bordo della sedia, appare un po' intimorita. Il volto è teso e non sorride quasi mai. In base al protocollo previsto dalla struttura pubblica a cui Martina si è rivolta, vengono effettuati con la paziente 16 incontri. Per quanto concerne i problemi della paziente, Martina riporta frequenti attacchi di panico (circa un attacco di panico al mese) ed intensi vissuti di ansia che non riesce a gestire ed in cui teme il sopraggiungere di un attacco di panico. Inoltre riporta una profonda insoddisfazione per la qualità della sua vita, si vede limitata nelle cose che vorrebbe fare a causa della sintomatologia ansiosa e si autosvaluta per questa sua condizione che attribuisce ad una sorta di debolezza caratteriale.

La paziente esprime la necessità di voler risolvere la sua sofferenza legata allo stato di ansia che da qualche anno si trova ad affrontare. Il primo attacco di panico risale a quando Martina aveva 16 anni e, da questo momento in poi, alterna periodi in cui va tutto bene ed in cui riesce a svolgere la maggior parte delle cose che è solita fare (uscire con gli amici, andare a ballare, rimanere fuori fino a tardi) ad altri invece in cui, in preda all'ansia, si limita in molte cose e si sente come bloccata “Quando sto bene riesco a fare tutto sentendomi sicura di me ed indipendente. Sono sempre stata una persona iperattiva che fa mille cose e capace di andare dovunque. Ed in questo mi riconosco...io sono così. Quando invece ho l'ansia mi sento limitata,

come bloccata nelle cose che normalmente faccio e non mi riconosco più. Come faccio ad esempio a prenotare una vacanza dopo gli esami o ad andare a ballare se poi mi sento male? Non posso mica costringere gli altri ad andare via...sarebbe brutto. Ciò mi demoralizza molto e mi fa sentire una persona debole. Come sarà il mio futuro se continuerò ad essere così?”.

Questa condizione si è esasperata in conseguenza dell'ultimo episodio di ansia verso cui Martina si è molto spaventata e che l'ha spinta proprio ad intraprendere un percorso terapeutico. Racconta che, dopo aver parlato al telefono con un'amica (che le riferisce che il suo ex ragazzo con cui Martina è stata insieme 5 mesi e da cui si è lasciata due settimane prima ha un'altra ragazza), esce di casa insieme al suo cane e dopo un po' inizia ad avvertire una sensazione sgradevole di formicolio al braccio (sintomo inatteso e mai provato prima) che le suscita uno stato di forte ansia e spavento. A quel punto interpreta in maniera catastrofica le sensazioni somatiche che accompagnano lo stato ansioso (sensazione di oppressione al petto, tachicardia, respiro affannoso), le valuta come pericolose ed è convinta di trovarsi in procinto di un imminente attacco cardiaco.

Appena arrivata a casa, Martina riferisce di sentirsi un po' più sollevata sebbene ancora lo stato di ansia persista. La madre ritorna dal lavoro e vedendola in quello stato si allarma ulteriormente e la porta al Pronto Soccorso “Ho visto il terrore nei suoi occhi ed ho pensato che allora stava davvero male”.

Martina interpreta quello che le è accaduto come la conseguenza della particolare situazione stressante che da tempo si trova ad affrontare: il clima familiare caratterizzato da tensioni continue per la separazione dei genitori, l'essersi lasciata dal fidanzato che ha vissuto come abbandono, le difficoltà nello studio per la scarsa capacità di concentrazione (si distrae nello studio di alcune materie e passa interi pomeriggi sui libri non combinando nulla) unita al timore di poter ripetere nuovamente l'anno scolastico (lo scorso anno non è stata ammessa alla maturità). Riferisce di aver vissuto la bocciatura come un fallimento personale a cui ha fatto seguito un periodo (circa 3 mesi) in cui si sentiva particolarmente triste ed in colpa per quello che era successo. In questo periodo è dimagrita 8 Kg.

Per quanto riguarda le situazioni panicogene che la paziente riferisce, è opportuno fare una differenziazione. Martina descrive come vi siano delle situazioni che evita per il timore del sopraggiungere di un attacco di panico:

Ascensori: “Prendo sempre le scale perchè ho il terrore che si blocchi l'ascensore. Nel caso si bloccasse ho paura che mi possa venire il panico”. Martina mi riferisce però di prendere l'ascensore per andare a casa di un'amica che abita all'ottavo piano “In quel caso andare a piedi sarebbe peggio: fare otto piani di scale mi farebbe venire davvero un attacco di panico!”

Spazi con tanta gente ed affollati: ad esempio i concerti dove preferisce non andare per paura che le venga un attacco di panico e quindi “di potersi sentire male”. Evitamenti → Compra il biglietto per il concerto di Vasco e poi rinuncia ad andare, non va a Roma al concerto del 1° Maggio. Va però in discoteca o nei locali in centro.

Spazi chiusi e luoghi alti: la paziente riferisce come l'evitamento sia maggiore quando si trova ad affrontare queste situazioni da sola, anzichè quando è accompagnata da qualcuno.

Ci sono poi altre situazioni che le suscitano ansia, ma che riesce ad affrontare mettendo in atto comportamenti protettivi come per esempio:

Guidare in autostrada (non in città): “Sento che tutto parte dallo stomaco e mi sento in ansia. Inizio a pensare che se mi sentirò male e mi verrà un attacco di panico, provocherà un incidente dove danneggerò altre persone. → Cerco di distrarmi e cambio il pensiero pensando ad esempio a qualcosa di bello”.

Anche le situazioni di costrizione nelle quali vede ridotta la percezione di poter esercitare la propria volontà ed agentività (autodeterminazione) le provocano ansia: “Quando mi trovo a fare le cose che non voglio fare come andare a ballare in un certo posto o a cena in un determinato locale. Inizio a sentire qualcosa allo stomaco e mi sento in ansia...La maggior parte delle volte aspetto e rimango lì, ma appena qualcuno va via, me ne vado subito anche io”

Infine un ulteriore attivante dello stato ansioso sono le situazioni di solitudine ovvero quando si ritrova da sola a casa e non sa che cosa fare.

Martina lamenta anche difficoltà nello studio per la scarsa capacità di concentrazione anche se questa si manifesta solo verso quelle discipline (Pedagogia, Filosofia, Metodologia) in cui non ha un buon rapporto con gli insegnanti. I rapporti di Martina con questi insegnanti non sono buoni poiché, a suo giudizio, le fanno sempre notare di essere stata bocciata e che tutto quello che dice sia una cretinata. Non si sente così compresa, aiutata in nessun modo e vede il loro atteggiamento come ostacolante verso di lei “La prof di Filosofia mi demoralizza in tutto quello che faccio, mi ha detto che mi sono fatta bocciare per rimanere con la mia amica. In quarta, quando andavo bene nella sua materia ero nelle sue grazie, adesso si rivolge a me con

aria di sfida e questa cosa non la sopporto”. I rapporti con i compagni non sono ottimi; mi descrive la classe come un ambiente dove la maggior parte pensa a sé, non collabora (non passa le fotocopie che vengono distribuite), parla male alle spalle e “gode a vedere le persone in difficoltà”. Martina ha infatti legato con poche persone.

La paziente ad oggi non mai effettuato precedenti psicoterapie né alcun tipo di trattamento farmacologico. Non vi sono mai stati tentativi di suicidio. Il livello di funzionamento psicologico, sociale e lavorativo della paziente all’inizio della terapia valutato attraverso la VGF (scala di valutazione globale del funzionamento) ricopre un punteggio di 55.

In base ai colloqui di assessment è possibile affermare che Martina presenti, secondo i criteri del DSM IV TR, un Disturbo di Panico con Agorafobia” (Masseti, 2017, p.1-4).

Come si può evincere da questa narrazione la protagonista soffre del disturbo di agorafobia aggravato dalla presenza di attacchi di panico; sono presenti diverse delle situazioni che rientrano tra i principali criteri del disturbo, tra cui la paura dell’ascensore, degli spazi tanto affollati, di quelli chiusi e soprattutto della solitudine. L’elemento tuttavia che sembra più interessante è che Martina non è limitata completamente dall’agorafobia, infatti alcune situazioni riesce ad affrontarle: non va ai concerti, ma riesce ad andare in discoteca o nei locali in centro e riesce a prendere l’ascensore quando va dalla sua amica perché sa che fare otto piani di scale aggraverebbe molto di più la sua condizione e le farebbe venire un attacco di panico ancora più intenso rispetto al solito. Ciò permette di osservare che l’agorafobia non si presenta in tutti i soggetti allo stesso modo e soprattutto non si presenta sempre in maniera troppo invalidante; la capacità di resilienza gioca comunque un ruolo molto importante perché permette di avere il coraggio di chiedere aiuto e soprattutto di cercare di affrontare la paura che porterebbe, nei casi estremi, a chiudersi in casa apportando così, nel corso del tempo, danni ulteriori al loro funzionamento.

È anche importante sottolineare come l’aiuto proveniente dalle persone significative sia fondamentale: la loro presenza permette ai soggetti di riuscire ad affrontare alcune situazioni stressanti, ad esempio la protagonista riferisce di riuscire a rimanere maggiormente in spazi chiusi o altri luoghi se è accompagnata da qualcuno a lei caro; ciò può aumentare le possibilità di risoluzione del quadro in quanto, nel corso del tempo i soggetti possono imparare a controllare, fino a superare quasi totalmente, la paura che provano in certe circostanze.

Infine all'interno di questo caso clinico si può ritrovare una caratteristica presente anche nei quadri precedentemente trattati, ovvero la paura del giudizio delle altre persone, soprattutto in questo caso di alcune professoressa; nonostante la paura di essere giudicati non rientri tra i principali fattori alla base dell'agorafobia è un fattore che deve essere tenuto in considerazione in quanto potrebbe essere un elemento che aggrava il quadro clinico già presente.

CONCLUSIONE

L'obiettivo principale di questo lavoro è quello di poter mostrare come in età evolutiva siano osservabili disturbi già pienamente strutturati come ad esempio i Disturbi d'ansia e le fobie.

Molti quadri clinici tendono a raggiungere la loro piena configurazione in età adulta grazie alla progressiva strutturazione, che si delinea con la crescita del soggetto, dei vari sintomi che li compongono: alcuni di essi tendono a scomparire con lo sviluppo, nonostante avessero un'incidenza molto ampia nel momento in cui erano presenti; altri tendono a consolidarsi ed altri ancora si manifestano solo successivamente nel corso del tempo.

I disturbi d'ansia e le fobie invece, come descritto precedentemente, sono quadri clinici che raggiungono la loro piena configurazione in infanzia e in adolescenza risolvendosi tendenzialmente in tempi brevi grazie, sia allo sviluppo progressivo delle competenze del soggetto, sia all'aiuto proveniente dai genitori e dai terapeuti, qualora fossero chiamati ad intervenire.

Attraverso l'utilizzo del PDM 2 0-18 è stato possibile approfondire come sono configurati i disturbi presi in esame in età evolutiva in quanto questo manuale specifica come si manifestano i sintomi in termini evolutivi nelle differenti fasce d'età.

Nel disturbo d'ansia di separazione la sofferenza dei soggetti è generata da due matrici che sono legate tra di loro; da un lato troviamo il disagio sperimentato a causa dell'allontanamento dalle figure genitoriali, dall'altro la pura intesa che, durante questa separazione, possa accadere qualcosa di terribile a loro stessi o ai loro genitori.

La fobia scolare è caratterizzata da una paura intensa nei confronti di tutto ciò che caratterizza l'ambiente scolastico. I soggetti per sentirsi al sicuro e provare un senso di benessere tendono ad evitare lo stimolo fobico andando però a generare, senza rendersene conto, una serie di problematiche su diversi ambiti (come ad esempio minare la loro capacità inter-relazionare, o avere una rendita scolastica negativa che porterà a delle difficoltà lavorative future).

Nel disturbo d'ansia sociale la paura del soggetto non si limita ad una situazione specifica ma è estesa a diverse situazioni e si rivolge, in generale, a soggetti estranei al nucleo familiare tra cui docenti o compagni di classe.

L'agorafobia, infine, non è la semplice paura degli spazi aperti ma è legata a diversi aspetti di funzionamento (come ad esempio la paura di non poter scappare ed essere in trappola); questo quadro clinico riguarda dunque anche la paura degli spazi chiusi.

Un elemento significativo che accomuna questi quadri clinici è dato dal fatto che, nonostante la paura sperimentata dai soggetti sia legata a diverse motivazioni, vengono intaccate notevolmente le capacità relazionali e vi sono delle ripercussioni sull'ambito lavorativo futuro che, a loro volta, andranno a generare una serie di altre problematiche (come ad esempio un'assenza di autonomia).

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Quinta edizione (DSM-5), trad it. Cortina, Milano 2014.

Andrisani, A. (2020). *Agorafobia*. Disponibile in:
<https://istitutosantachiara.it/agorafobia/> (8 luglio, 2020).

Balaram, K., Marwaha, R. (2023). *Agoraphobia*. Disponibile in:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554387/> (last update 13 febbraio, 2023).

Barnhill, J.W. (2020). *Manuale MSD*. Disponibile in:
<https://www.msdmanuals.com/it-it/casa/disturbi-di-salute-mentale/disturbi-da-ansia-e-stress/fobia-sociale> (luglio, 2015).

Borzi, R. *Istituto A.T.Beck*. Disponibile in:
<https://www.istitutobeck.com/psicoterapia-disturbi-psicologici-terapie/ansia-disturbi-ansia/ansia-fobia-sociale>.

Bruschi, A., De Angelis, A., Grandinetti, P., Pascucci, M., Janiri, L. & Pozzi, G. (2012). *Disturbo d'ansia di separazione dell'adulto: evidenze di letteratura e implicazioni cliniche*. Disponibile in:
<https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/1175/articoli/13026/> (settembre, 2012).

Cartia, L. (2021). *Figli iperprotetti: chi di amore perisce*. Disponibile in:
<https://www.studiopsicologiaroma.com/figli-iperprotetti-chi-di-amore-perisce/> (31 marzo, 2021).

Elia, J. (2021). *Manuale MSD*. Disponibile in:
<https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/pediatria/disturbi-psichiatrici-nei-bambini-e-negli-adolescenti/disturbo-d-ansia-da-separazione/?autoredirectid=21811> (luglio, 2015).

Gaggero, R. (2018). *Fobia scolare: se la scuola diventa un incubo*. Disponibile in:
<https://www.gaggeroroberto.com/fobia-scolare> (28 settembre, 2018)

Istituto A.T. Beck. Disponibile in:
<https://www.istitutobeck.com/fobie-specifiche-bambini>

Lingiardi, V., McWilliams, N. & Speranza, A.M (2018). *Manuale diagnostico e psicodinamico 0/18*, Varese, Cortina; pp. 78-79; 156- 159; 289-292.

Milone, D., (2022). *Quando non è solo un capriccio, la fobia scolastica, un disturbo di cui parlare*. Disponibile in:
<https://www.stateofmind.it/2022/10/fobia-scolastica/> (4 ottobre, 2022).

Mitroi, F.A., (2022). *Che relazione esiste tra ansia sociale e pratiche genitoriali?* Disponibile in:
<https://www.stateofmind.it/2022/12/ansia-sociale-pratiche-genitoriali/> (6 dicembre, 2022).

Morosini, P., (2021). *Frattali: rivista semestrale di psicologia e psicoterapia individuale sistemica al tempo della complessità*, pp.32-34.

Norton, P.J. & Price, E. (2007). *A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral. Treatment outcome across the anxiety disorders*. Disponibile in:
<https://ebbp.org/resources/NortonPrice.pdf>

Rifiuti, F., (2021, Dicembre). *Rivista Exâgère : Le complessità della fobia scolare*. Disponibile in:
<https://www.exagere.it/le-complessita-della-fobia-scolare/> (dicembre, 2021).

Rose, G.M & Tadi, P. (2022). *Disturbo d'ansia sociale*. Disponibile in:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555890/> (gennaio, 2022).

Santrock, J.W, (2017). *Psicologia dello sviluppo*; Milano, Mc Graw-Hill education, Rollo, D. (a cura di).

Sulkes, S.B. (2021). *Manuale MSD*. Disponibile in:

<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/pediatria/disturbi-del-comportamento-nei-bambini/fobia-scolare> (luglio, 2015).

Zennaro, A. (2011). *Lo sviluppo della psicopatologia*, Bologna. Il Mulino.