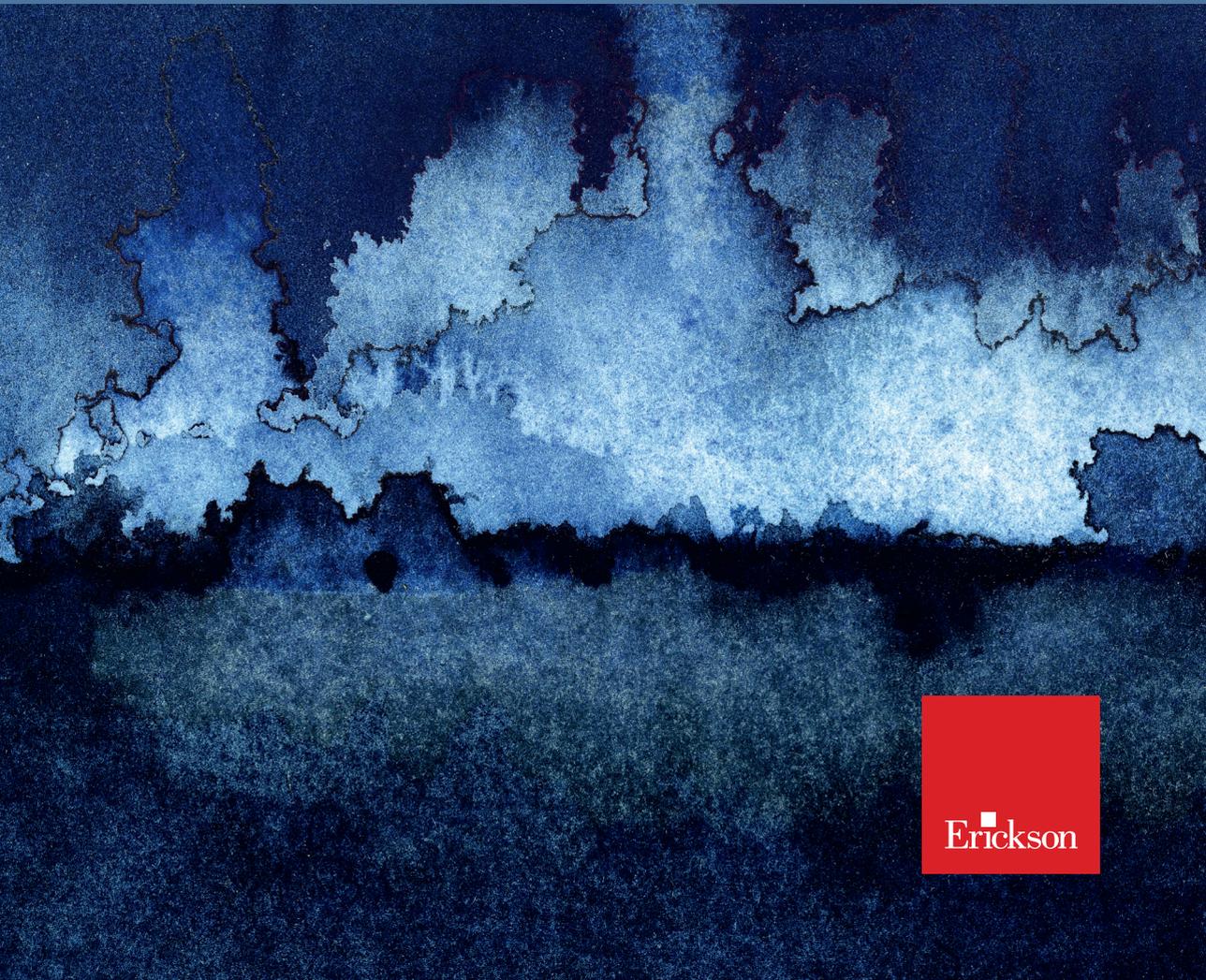


Michele Procacci e Antonio Semerari
(a cura di)

RITIRO SOCIALE

Psicologia e clinica



Erickson

I pazienti che soffrono di ritiro sociale sono allo stesso tempo poco capiti e mal curati. Questa psicopatologia è la risultante finale di un complesso di componenti che si combinano fra loro in misura differente e possono includere: ansia, depressione, anedonia, *rejection sensitivity*, problemi neurocognitivi, problemi nella mentalizzazione e nella *social cognition*, tendenza all'ideazione paranoide, disturbi del pensiero, sentimenti cronici di non appartenenza e non condivisione, carenze di abilità sociali. I primi cinque saggi di questo volume si propongono di fornire un quadro d'insieme di questa complessità.

I cinque saggi della seconda parte sono invece maggiormente rivolti ai clinici e approfondiscono l'individuazione e la valutazione del ritiro sociale in differenti disturbi mentali. Rispondono a domande come: la presenza di ritiro sociale è il precursore di un disturbo o ne costituisce una parte? Sono riportati alcuni casi per spiegare le modalità di valutazione e trattamento.

Il volume si chiude con un'appendice che passa in rassegna gli strumenti di valutazione utilizzabili dal clinico nei processi di diagnosi delle forme di ritiro sociale, sia nei pazienti affetti da disturbi psichici sia nel resto della popolazione.

ISBN 978-88-590-1912-1



9

€ 24,50

Eclipsi

Indice

- 9** Introduzione (*Michele Procacci e Antonio Semerari*)

PRIMA PARTE: PSICOLOGIA

- 15** CAP. 1 Il ritiro sociale nell'infanzia e nell'adolescenza. Concettualizzazione, sviluppo e collegamenti con la psicopatologia
(*Robert J. Coplan, Stefania Sette e Will E. Hipson*)
- 43** CAP. 2 Neurobiologia e neuroscienze del ritiro sociale
(*Stefano Luigi Porcelli*)
- 99** CAP. 3 Perdere il contatto. Ritiro sociale e teoria evuzionista delle motivazioni (*Maurizio Brasini*)
- 151** CAP. 4 Le dimensioni della condivisione sociale
(*Livia Colle*)
- 173** CAP. 5 Ritiro sociale e nuove tecnologie. Opportunità o svantaggio? (*Nicola Marsigli, Elena Grassi, Caterina Parisio e Michele Procacci*)

SECONDA PARTE: CLINICA

- 207** CAP. 6 Il ritiro sociale nei disturbi dello spettro dell'autismo. Modelli clinici e trattamento
(*Giuseppe Maurizio Arduino e Roberto Keller*)
- 231** CAP. 7 Il ritiro sociale nei disturbi dell'umore. Modello clinico e trattamento (*Brunetto De Sanctis, Stefania Fadda e Francesco Mancini*)
- 257** CAP. 8 Ritiro sociale e disturbi di personalità
(*Antonio Semerari, Antonino Carcione e Michele Procacci*)
- 283** CAP. 9 Il ritiro sociale nei disturbi psicotici
(*Sarah I. Tarbox-Berry*)

- 303** CAP. 10 Ritiro sociale: dalla concettualizzazione al trattamento (*Maria Pontillo, Prisca Gargiullo, Ornella Santonastaso, Maria Cristina Tata, Stefano Vicari e Giuseppe Nicolò*)

APPENDICE

- 321** Strumenti di valutazione delle forme di ritiro sociale (*Paola Mallozzi e Valentina Silvestre*)

Introduzione

Michele Procacci e Antonio Semerari

«Se ti senti solo quando sei da solo, sei in cattiva compagnia»

Jean-Paul Sartre

«Quando sono soli vogliono stare con gli altri, e quando sono con gli altri vogliono stare soli. Dopo tutto gli esseri umani sono così»

Gertrude Stein

Gli psichiatri che, come i curatori di questo volume, hanno iniziato qualche decennio fa il loro percorso professionale hanno avuto modo di assistere in questi anni a un significativo progresso nella comprensione e nella cura dei disturbi mentali. Questo progresso, tuttavia, è soprattutto appannaggio di quei disturbi che si presentano nella forma di drammaticità, di acuzie e con un corredo di sintomi positivi. Disponiamo oggi di terapie farmacologiche, di trattamenti psicoterapeutici e d'interventi psicosociali in grado di garantire il controllo di deliri e allucinazioni e di permettere a questi pazienti di avere un dignitoso stile di vita. Anche sul fronte dei disturbi di personalità contrassegnati dalla drammaticità nel comportamento e nelle emozioni, abbiamo assistito, negli ultimi anni, al moltiplicarsi di trattamenti efficaci per il disturbo borderline di personalità. Non altrettanto può dirsi per quelle patologie che si presentano sotto forma di carenze, di mancanze di qualcosa. Queste psicopatologie, non meno gravi dal punto di vista dell'adattamento e della qualità della vita, caratterizzano il ritiro sociale, l'inibizione interpersonale e il distacco dalle relazioni.

Crediamo non sia esagerato affermare che i pazienti che ne soffrono sono allo stesso tempo poco capiti e mal curati. Una delle ragioni di questo ritardo sta, probabilmente, in un approccio che somma i due difetti opposti della parcellizzazione e della semplificazione. Da un lato il ritiro viene considerato unicamente come una semplice espressione dei disturbi in cui si manifesta.

Cosicché studiamo il ritiro nei disturbi d'ansia, nella depressione, nella schizofrenia, eccetera, senza chiederci cosa abbiano in comune e cosa differenzi le diverse forme di ritiro. Dall'altro gli interventi si focalizzano su aspetti specifici del ritiro, ad esempio i *social skills training* o l'attivazione comportamentale, trascurando spesso le diverse componenti psicopatologiche che ne sono alla base. Come ci auguriamo emergerà dalle pagine di questo libro, il ritiro sociale è la risultante finale di un complesso di componenti psicopatologiche che si combinano fra loro in diversa misura nei vari disturbi e che includono: ansia, depressione, anedonia, *rejection sensitivity*, problemi neurocognitivi, problemi nella mentalizzazione e nella *social cognition*, tendenza all'ideazione paranoide, disturbi del pensiero, sentimenti cronici di non appartenenza e non condivisione, carenze di abilità sociali. Lo scopo di questo volume è, appunto, quello di fornire un quadro d'insieme di questa complessità.

Nel primo capitolo del libro Robert J. Coplan e colleghi descrivono il ritiro sociale nell'infanzia e nell'adolescenza. Negli studi condotti su popolazioni giovanili rilevante è la distinzione di tre forme di ritiro sociale:

- a) Una forma di ritiro sociale con alta inibizione del comportamento sociale (BIS – *Behavioural Inhibition System*) e alta attitudine al comportamento sociale (BAS – *Behavioural Attivation System*). Sono individui ansiosi, si vergognano del loro operato e si bloccano davanti a un impegno sociale.
- b) Una forma di ritiro sociale con alta inibizione del comportamento sociale (BIS) e bassa attitudine al comportamento sociale (BAS). Sono gli individui che nell'interazione sociale mostrano incapacità nel padroneggiare tali situazioni, con emozioni negative e percezioni di sé parimente negative, che utilizzano la modalità evitante come strategia di coping (ad esempio, il disturbo evitante di personalità).
- c) Infine, un'ultima forma di ritiro sociale con bassa inibizione del comportamento sociale (BIS) e bassa attitudine al comportamento sociale (BAS). Sono individui socialmente disinteressati (anedonici), che cercano poco o nulla le interazioni sociali né sembrano soffrire per questo. Questa preferenza al distacco è simile alla affinità alla solitudine durante l'adolescenza (Goossens, 2014) e per i giovani adulti sembra sviluppare le tipologie solitarie indifferenti agli stimoli sociali (Leary et al., 2003).

Le forme di ritiro sociale di solito vengono descritte come piuttosto stabili nell'adolescenza, infatti, solo se si rimane soli nel tempo questo porta a un danno cumulativo (Rubin et al., 2009). Si perde appunto la capacità di sviluppare competenze sociali e di sfruttare le opportunità sociali tipiche di

questo periodo della vita (amicizie, affetti, scambio tra pari, ecc.), inoltre si manifestano fenomeni tipici di questa età, come le forme di disadattamento scolastico fino ad abbandono di occasioni formative o riduzione delle prove di efficacia nel contesto scolastico. Il ritiro sociale può essere un sintomo presente in varie forme di psicopatologia o fattore predittivo di esordio di psicopatologia, quindi costituisce un fenomeno clinico importante da valutare e trattare nei principali disturbi mentali.

Le forme di ritiro sociale sono affrontate nel secondo capitolo in base ai substrati neurobiologici che contribuiscono alla loro costituzione. Stefano Porcelli ci fa conoscere le recenti scoperte delle neuroscienze e, grazie all'uso diffuso degli studi di neuroimaging, della valutazione dei circuiti dei neurotrasmettitori, afferma che il ritiro sociale è un modello unico per definire le alterazioni della regolazione emotiva, delle abilità di mentalizzazione, della cognizione sociale nelle persone. Tali studi aprono interessanti risvolti per i clinici, soprattutto nella comprensione delle forme di patologia più importanti, come la depressione, la schizofrenia e le demenze.

Ma se il ritiro sociale rappresenta un limite della capacità relazionale e sociale dell'individuo, Maurizio Brasini nel terzo capitolo descrive gli aspetti emotivi e motivazionali che permettono all'individuo di creare legami significativi e di sentire in modo più o meno marcato il bisogno di affiliazione con i propri conspecifici. La cornice della teoria evolutiva delle motivazioni — per la quale siamo debitori a Giovanni Liotti — viene qui ampiamente riportata e posta in relazione alle questioni precedentemente descritte.

Quanto l'individuo riesca a stabilire rapporti significativi fin dalla nascita e come questo caratterizzi il suo procedere nella evoluzione della sua vita è materia del quarto capitolo, dove si descrivono e spiegano le dimensioni della condivisione sociale. Livia Colle è interessata alle forme della condivisione; illustra le caratteristiche psicologiche, di tempo, di opportunità che servono agli individui per costituire una esperienza umana condivisa e migliorare la quota di benessere psicologico che ne deriva. Il ritiro sociale è, del resto, ancora una volta, nella sua valenza transdiagnostica, la forma «disfunzionale» di tali competenze.

Una analisi delle forme di relazione e della loro difficoltà a sostenerle non poteva, per essere contemporanei, esimersi dal riferirsi alle nuove tecnologie (personal computer, tablet, smartphone, ecc.) che caratterizzano con i loro applicativi «social» buona parte del tempo di molti individui, soprattutto se appartenenti alle nuove generazioni (i cosiddetti «nativi digitali»). Nicola Marsigli e colleghi nel quinto capitolo si occupano della questione, mostrando che le tecnologie possono svolgere non solo un ruolo di limite della socialità

ma anche, se opportunamente utilizzate, una nuova forma di comunicazione sociale da sfruttare per raggiungere e curare chi si isola dal mondo senza un'apparente motivazione.

La seconda parte del libro è maggiormente rivolta ai clinici, per l'individuazione e valutazione del ritiro sociale in differenti disturbi mentali, chiarendo se la presenza del ritiro sociale ne costituisce parte oppure ne è precursore. Alcuni casi clinici sono riportati per spiegare le modalità di valutazione e trattamento. Abbiamo posto agli autori di questi capitoli alcuni quesiti: se sosteniamo che il ritiro sociale è presente nei casi di spettro dell'autismo (Giuseppe Maurizio Arduino e Roberto Keller) è sempre così? O possiamo individuare quei casi in cui sia in infanzia sia in adolescenza il ritiro si mantiene stabile nel disturbo dello spettro dell'autismo? Quali implicazioni ne derivano per il trattamento?

Simili domande sono state poste per casi di ritiro sociale nei disturbi depressivi (Brunetto De Sanctis e colleghi), nei disturbi psicotici (dall'esordio alla stabilizzazione) per Sarah I. Tarbox-Berry, Maria Pontillo e colleghi, nei disturbi di personalità (almeno in quelli in cui il ritiro sociale è parte stabile e costituente) per Antonio Semerari, Antonino Carcione e Michele Procacci.

Ogni autore, in base alla sua competenza scientifica ed esperienza clinica, ci aiuterà a rispondere a questi quesiti in modo esaustivo. Il libro si chiude con una rassegna di Paola Mallozzi e Valentina Silvestre sugli strumenti di valutazione che sono utilizzati dal clinico nei processi di diagnosi delle forme di ritiro sociale, sia negli individui in generale sia in quelli affetti dalle forme di disturbi psichici illustrati nella seconda parte del libro.

Il ritiro sociale, anche quando non è parte di uno specifico disturbo, caratterizza in negativo la socialità dell'individuo in modo rilevante, e, quindi, va correttamente individuato e trattato. Perché vivere bene con gli altri è la chiave per il benessere psicosociale dell'individuo.

Bibliografia

- Goossens L. (2014), *Affinity for aloneness in adolescence and preference for solitude in childhood: Linking two research traditions*. In R.J. Coplan e J. Bowker (a cura di), *Handbook of solitude: Psychological perspectives on social isolation, social withdrawal, and being alone*, Malden (MA), Wiley-Blackwell.
- Leary M.R., Herbst K.C. e McCrary F. (2003), *Finding pleasure in solitary activities: Desire for aloneness or disinterest in social contact?*, «Personality and Individual Differences», vol. 35, pp. 59-68.
- Rubin K.H., Coplan R.J. e Bowker J. (2009), *Social withdrawal in childhood*, «Annual Review of Psychology», vol. 60, pp. 141-171.

Il ritiro sociale nell'infanzia e nell'adolescenza

*Concettualizzazione, sviluppo e collegamenti
con la psicopatologia*

Robert J. Coplan, Stefania Sette e Will E. Hipson

Nel suo libro *Politica*, il filosofo greco del IV secolo a.C. Aristotele descriveva gli esseri umani come «animali sociali». Di fatto, si ritiene che questa propensione all'interazione sociale sia stata un elemento essenziale per la sopravvivenza e la proliferazione della nostra specie (Campbell, 1983). Anche l'assunto correlato, ovvero che una mancanza di interazione sociale possa avere conseguenze negative, può essere fatto risalire a migliaia di anni fa («Poi il Signore Dio disse: "Non è bene che l'uomo sia solo"» *Genesi 2,18*). Queste nozioni antichissime rimangono una pietra angolare delle teorie psicologiche contemporanee che pongono l'accento sia sulla fondamentale necessità di appartenenza sociale (Baumeister e Leary, 1995), sia sugli effetti dannosi della solitudine (Hawkley e Cacioppo, 2010).

Secondo gli psicologi dello sviluppo, l'interazione con gli altri è anche parte integrante dell'infanzia (Rubin, Bukowski e Bowker, 2015). A questo proposito, fare nuove amicizie, giocare con un gruppo di coetanei e farsi apprezzare e accettare dai compagni di classe rappresentano esperienze formative relevantissime per i bambini. Infatti, le esperienze positive con i pari forniscono ai bambini opportunità importanti e uniche nel loro genere per apprendere e perfezionare abilità sociali, emotive, cognitive e linguistiche. Per la maggior parte dei bambini, l'esperienza (spesso quotidiana) di trascorrere del tempo con i coetanei è piacevole e appagante. Tuttavia, per diverse ragioni, alcuni gruppi di bambini scelgono di astenersi dall'intera-

zione sociale anche in presenza di potenziali compagni di gioco. Questo sottrarsi alle opportunità di interazione con i coetanei è definito *ritiro sociale* (Rubin, Coplan e Bowker, 2009).

In questo capitolo andremo a esaminare lo sviluppo e le implicazioni del ritiro sociale nell'infanzia e nell'adolescenza. Inizieremo con una panoramica concettuale e storica di questo complesso e poliedrico costruito, che comprende una vasta gamma di fattori motivazionali, emotivi e cognitivi combinati tra loro. Prenderemo quindi in considerazione il ruolo del ritiro sociale sia come presunta causa sia come potenziale conseguenza della psicopatologia dello sviluppo. Descriveremo anche i fattori di rischio e di protezione che possono modulare i rapporti tra il ritiro sociale e le difficoltà socio-emotive, con particolare attenzione alle implicazioni per la prevenzione e l'intervento precoce. Infine, andremo a ipotizzare alcuni ambiti per la ricerca futura e la pratica clinica.

Panoramica concettuale e storica del ritiro sociale

Ritiro sociale è un termine ombrello che racchiude una vasta gamma di motivazioni, emozioni e comportamenti associati al sottrarsi alle opportunità di interazione sociale con i coetanei (Rubin, Coplan e Bowker, 2009). Questa concettualizzazione distingue il ritiro sociale dal processo di isolamento attivo, in cui i bambini vengono ostracizzati o esclusi dai coetanei (impedendogli così di partecipare alle interazioni sociali; Rubin e Mills, 1988). Ciononostante, il ritiro e l'isolamento sembrano essere processi transazionali che si influenzano a vicenda nel tempo (Rubin et al., 1991). Ad esempio, le persone possono reagire all'ostracismo sociale ricercando la solitudine (Ren, Wesselmann e Williams, 2016) e, similmente, i comportamenti di ritiro sociale possono suscitare risposte negative nei pari, come il rifiuto e la vittimizzazione (Coplan, Ooi e Rose-Krasnor, 2015).

Lo studio psicologico del ritiro sociale ha radici storiche estese e diversificate. Ad esempio, nella prima metà del XX secolo, teorici e ricercatori della psicologia dello sviluppo sottolinearono l'importanza di studiare le relazioni e le interazioni tra pari nell'infanzia (Cooley, 1902; Mead, 1934; Piaget, 1926). Queste opere fondamentali evidenziarono i rilevanti e particolarissimi contributi delle interazioni tra pari allo sviluppo dei bambini, ma richiamarono l'attenzione anche sull'idea che poteva essere importante considerare i bambini che non interagivano spesso con i pari.

Anche altre importanti teorie psicologiche successive sottolinearono la rilevanza delle relazioni strette per soddisfare i bisogni sociali, come

la Teoria Interpersonale della Psichiatria (Sullivan, 1953) e l'Ipotesi di appartenenza (Baumeister e Leary, 1995). Su queste basi, si ritiene che l'incapacità di soddisfare i nostri bisogni di intimità, compagnia e accettazione porti a disadattamento psicologico. Infatti, oggi ci sono sempre più evidenze a sostegno dell'idea che il semplice stare in compagnia di altri ci renda generalmente più felici e più sani che passare il tempo da soli (si veda Coplan, Zelenski e Bowker, 2018, per una rassegna recente). Ad esempio, il tempo trascorso in solitudine è associato a livelli elevati dell'ormone cortisolo, che è coinvolto nelle sensazioni di stress (Matias, Nicolson e Freire, 2011). Al contrario, l'interazione con gli altri è generalmente associata a stati d'animo positivi (Vittengl e Holt, 2000) e studi sperimentali indicano che le situazioni sociali sono percepite come più soddisfacenti e piacevoli rispetto alla solitudine (Epley e Schroeder, 2014; Sandstrom e Dunn, 2013). Anche in queste teorie è implicito che gli individui che non riescono a interagire con gli altri in modo significativo possono perdere importanti opportunità di sviluppo e soffrire psicologicamente.

Da un punto di vista clinico, il costrutto di ritiro sociale dell'infanzia è stato vistosamente e ampiamente ignorato per molti anni (Rubin e Coplan, 2004). Negli anni Venti del XX secolo, alcune ricerche indicavano effettivamente che i bambini socialmente ritirati potevano avere bisogno di maggiore attenzione (Craig, 1922; Dealy, 1923). Inoltre, Lowenstein e Svendsen (1938) condussero quello che è considerato il primo programma di intervento per i bambini socialmente ritirati. Selezionarono 13 alunni maschi di scuola elementare identificati come ritirati e li mandarono in campeggio per 6-8 settimane in una piccola fattoria, dove erano presenti anche altri bambini. Le valutazioni di follow-up evidenziarono miglioramenti in 10 dei 13 bambini. Ciò nonostante, per diversi decenni dopo questa ricerca, la letteratura clinica ha considerato il ritiro sociale come poco importante per lo sviluppo.

Un motivo può essere il fatto che, fino alla fine degli anni Sessanta, la teoria psicoanalitica prevalente suggeriva che i problemi internalizzanti (come la depressione) potevano emergere in adolescenza, solo dopo il pieno sviluppo del super-io (Kashani et al., 1981). Inoltre, i pochi studi empirici sul ritiro sociale dell'infanzia condotti in questo periodo non rilevarono nessi con la psicopatologia (Janes et al., 1979; John, Mednick e Schulsinger, 1982; Michael, Morris e Soroker, 1957). Ad esempio, Morris, Soroker e Burruss (1954) condussero uno studio di follow-up su un gruppo di 54 adulti che 16-27 anni prima erano stati seguiti da un centro di salute mentale perché socialmente ritirati. È interessante notare che questi autori definivano i

bambini socialmente ritirati come «quelli che badano a se stessi anziché agli altri» (p. 743). Concludevano che gli adulti esaminati se la cavavano «nel complesso piuttosto bene», che davano «l'impressione di essere per la maggior parte [...] persone nella media/normali sotto moltissimi aspetti» e che molto probabilmente ci si «preoccupava troppo per queste caratteristiche di personalità» (p. 753).

Alcuni autori hanno poi affermato che questi primi studi sul ritiro sociale condividevano dei limiti metodologici e concettuali. Ad esempio, Rubin e Coplan (2004) hanno evidenziato tre limitazioni importanti di questa letteratura empirica: (1) l'uso di campioni clinici o di campioni ad alto rischio, che riduce la gamma di comportamenti osservati e può portare a sottovalutare i possibili esiti successivi; (2) l'utilizzo di misure del ritiro sociale basate sulla valutazione degli insegnanti prive di riscontro scientifico (la cui validità era in gran parte sconosciuta); e (3) l'attenzione esclusiva alle misure di esito relative a disturbi esternalizzanti o schizofrenia, trascurando la valutazione dei problemi internalizzanti (concettualmente più rilevanti). Questa attenzione esclusiva ai disturbi legati a un controllo insufficiente degli impulsi (ad esempio problemi esternalizzanti) non sorprende, dato che solo negli anni Ottanta i problemi legati a un controllo eccessivo degli impulsi (ad esempio problemi internalizzanti) nell'infanzia sono stati riconosciuti diffusamente come categoria psicopatologica importante (ad esempio Achenbach e Edelbrock, 1981) che richiedeva un intervento (ad esempio Conger e Keane, 1981).

Infine, va anche notato che, storicamente, il ritiro sociale è stato concepito e valutato come costruito unidimensionale. La teoria e la ricerca contemporanee sostengono ampiamente l'idea che il ritiro sociale sia invece un costruito eterogeneo, con un insieme complesso di substrati motivazionali, emotivi e comportamentali sottostanti (Coplan, Ooi e Nocita, 2015). In altre parole, i bambini possono scegliere di ritirarsi da situazioni sociali per diversi motivi. Ad esempio, alcuni bambini si ritirano dalle interazioni sociali perché sono timidi e, pur volendo giocare con gli altri, provano anche paura e ansia sociale (Crozier, 1995). Altri bambini possono interagire poco con gli altri perché asociali, per cui semplicemente preferiscono stare da soli e stanno bene da soli. Infine, altri ancora possono essere socialmente evitanti, e non solo desiderano la solitudine, ma cercano anche attivamente di evitare le interazioni sociali presumibilmente sgradevoli e/o non gratificanti (Asendorpf, 1990). Come discuteremo in una sezione successiva, questi diversi motivi alla base dei comportamenti socialmente ritirati hanno implicazioni molto diverse per

il funzionamento socio-emotivo e il benessere dei bambini, e sembrano associarsi a differenti aspetti della psicopatologia.

Il ritiro sociale come sintomo della psicopatologia dello sviluppo

La tendenza a isolarsi, a ritirarsi dagli altri e a evitare le interazioni sociali è associata a diversi disturbi psicologici. Per questo motivo, il ritiro sociale è stato concettualizzato come *sintomo* di disturbi clinici anziché come disturbo specifico con eziologia e prognosi proprie. In questo senso, il ritiro sociale è stato incluso tra i sintomi di vari disturbi psicologici, come indicato sia nel *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition* (DSM-5[®], APA – American Psychiatric Association, 2014) sia nella *Classification of mental and behavioral disorders* (ICD-10; World Health Organization, 1992). Anche se un elenco esaustivo va al di là degli obiettivi di questo capitolo, alcuni disturbi caratterizzati da ritiro sociale sono l'autismo, l'ansia, il mutismo selettivo, la fobia, la depressione maggiore, la distimia, la personalità evitante e la schizofrenia.

Quello forse più rilevante per il tema del ritiro sociale è il disturbo d'ansia sociale (SAD – *social anxiety disorder*, definito nel DSM-IV-TR *fobia sociale*). Il disturbo d'ansia sociale è caratterizzato dalla paura marcata e persistente di azioni e situazioni sociali in cui ci si trova di fronte a persone sconosciute o a un possibile esame da parte di altri (APA, 2014). I bambini che sperimentano sintomi clinici o subclinici di ansia sociale possono evitare di intrattenere relazioni allo scopo di ridurre la loro ansia, frenando così la propria capacità di intrecciare rapporti con gli altri e di sviluppare abilità sociali. Il ritiro sociale può quindi rafforzare l'ansia sociale nei bambini, portandoli a percepirsi socialmente inadeguati (Nelson, Rubin e Fox, 2005). Di conseguenza, i bambini socialmente ansiosi possono evitare la scuola o altre attività sociali per paura di una valutazione negativa, con il rischio di sviluppare nel futuro difficoltà scolastiche e sociali (Ranta et al., 2016). In relazione a quanto esposto, le persone con disturbo di personalità evitante possono evitare situazioni sociali a causa di un forte senso di inadeguatezza e paura del rifiuto da parte degli altri (Eikenaes et al., 2013). Tuttavia, sul piano concettuale, il disturbo d'ansia sociale si sovrappone ampiamente al disturbo di personalità evitante, che si ritiene sia diverso solo per l'eziologia, legata ad abusi fisici ed emotivi (Mineka, Watson e Clark, 1998).

A differenza dell'ansia sociale, che implica forti sensazioni di paura e ansia sociale, il ritiro sociale è coinvolto anche in disturbi caratterizzati da una ridu-

zione del tono dell'umore, come il disturbo depressivo maggiore o la distimia. Il disturbo depressivo maggiore, che comporta basso tono dell'umore, bassa autostima e distorsioni socio-cognitive, può indurre gli individui a ritirarsi dalle situazioni sociali per evitare ulteriori danni psicologici (Holahan et al., 2005). In parole povere, i bambini e gli adolescenti depressi possono evitare gli altri allo scopo di fronteggiare i propri pensieri e sentimenti negativi, cosa che a sua volta aggrava la depressione e l'ansia. Gli individui che soffrono di disturbi dell'umore e della personalità possono anche sperimentare *anedonia*, ossia l'incapacità di trarre piacere da situazioni di solito gratificanti. Secondo alcuni autori, le forme gravi di ritiro sociale nell'infanzia rappresentano un antecedente precoce dell'*anedonia sociale* (cioè una ridotta capacità di trarre piacere dalle relazioni sociali; Brown et al., 2007), che è alla base di vari disturbi della personalità e affettivi, tra cui la depressione e i disturbi dello spettro schizofrenico (Coplan, Ooi e Nocita, 2015).

Infine, anche alcuni disturbi cognitivi e dello sviluppo possono portare i bambini a trascorrere molto tempo da soli. Ad esempio, i bambini con disturbi dello spettro dell'autismo (ASD – *autism spectrum disorders*) possono avere scarse abilità sociali, soprattutto quando si tratta di comprendere forme di comunicazione non verbale, come il linguaggio del corpo (APA, 2014). Alcuni bambini con disturbi dello spettro dell'autismo, in particolare quelli con funzionamento più basso, possono anche presentare deficit cognitivi, il che rende difficile per loro relazionarsi con i coetanei (White e Roberson-Nay, 2009). A causa di queste difficoltà socio-cognitive, i bambini con disturbi dello spettro dell'autismo sono spesso più isolati dai loro coetanei e di conseguenza possono avere meno amicizie (Chamberlain, Kasari e Rotheram-Fuller, 2007). Questi fattori possono a loro volta indurre i bambini con disturbi dello spettro dell'autismo a isolarsi per prevenire ulteriori sentimenti di emarginazione (si veda Kasari e Sterling, 2014, per una rassegna della letteratura).

In conclusione, i comportamenti di ritiro sociale possono manifestarsi in vari disturbi psicologici. I comportamenti solitari pongono spesso particolari problemi a chi presenta sofferenza psicologica, perché ostacolano la loro volontà di impegnarsi nel trattamento psicologico e trarre beneficio da esso.

Il ritiro sociale come predittore della psicopatologia dello sviluppo

Da una prospettiva evolutiva, ci sono motivi per ritenere che lo stesso ritiro sociale possa contribuire sia direttamente sia indirettamente

Neurobiologia e neuroscienze del ritiro sociale

Stefano Luigi Porcelli

«L'uomo è per sua natura un animale sociale»

Aristotele, 383-322 a.C., *Politica*, Libro I

Introduzione*

Fin dai primi istanti di vita, l'essere umano riceve un costante e immenso allenamento per imparare a riconoscere e interpretare correttamente gli stimoli sociali (Dunbar e Shultz, 2007). Dalle prime istintive interazioni con la madre alle complesse interazioni sociali presenti nella società moderna, l'individuo deve infatti progressivamente sviluppare una serie di capacità di processazione e interpretazione delle interazioni sociali per poter vivere adeguatamente all'interno della società. L'allenamento costante che tutti noi riceviamo per sviluppare tali abilità può però portare a sottostimare la complessità dei singoli processi che le sostengono, risultando per lo più scontati dato il continuo e progressivo apprendimento degli stessi fin dalla nascita. Tuttavia, se confrontiamo tali processi con quelli necessari a rispondere ad altre necessità primarie, quali trovare fonti migliori di cibo, evitare pericoli o esplorare l'ambiente, ci rendiamo conto che i processi che sostengono le interazioni sociali sono infinitamente più complessi. Basti pensare che tra questi vi sono, solo per citarne

* Il presente capitolo è il risultato di un ampio adattamento e traduzione della revisione della letteratura sull'argomento effettuata da Porcelli e colleghi e pubblicata su «Neuroscience and Biobehavioral Reviews» (Porcelli et al., 2018).

alcuni, la capacità di identificare e processare gli stimoli sociali significativi presenti nell'ambiente, l'attività di mentalizzazione, la formazione e il mantenimento di legami sociali e relazioni affettive, l'apprendimento di norme sociali e così via (Dunbar, 2009). Tutti questi processi sono estremamente rilevanti per le specie sociali quali l'*Homo sapiens*, al punto che alcuni autori hanno ipotizzato che la complessità dell'ambiente sociale, mediando tutti gli aspetti di problem solving legati alla vita in comunità, sia la principale pressione evolutiva per queste specie (Dunbar, 2009; Semendeferi et al., 2002). In accordo con questa teoria evolutiva, il cervello umano mostra un alto grado di specializzazione per la processazione degli stimoli sociali, che può essere identificata a vari livelli, dai singoli sistemi neurotrasmettitoriali ai complessi network neuronali (Porcelli et al., 2018). L'insieme dei sistemi specializzati nella processazione degli stimoli sociali rappresenta quello che viene comunemente chiamato *cervello sociale*. Siccome l'evoluzione della specie è per sua intrinseca natura un processo *economico*, molte delle strutture neuronali e dei sistemi neurotrasmettitoriali coinvolti nel cervello sociale hanno adattato la loro funzione generale anche al processamento degli stimoli sociali. Esistono tuttavia alcune strutture neuronali (ad esempio, il nucleo del letto della stria terminale – BNST) e alcuni neurotrasmettitori (come l'ossitocina – OXT) che mostrano un alto grado di specializzazione per il processamento di questa tipologia di stimoli, svolgendo probabilmente un ruolo di modulazione sugli altri sistemi coinvolti nel cervello sociale.

Sfortunatamente, tale grado di complessità determina anche una maggiore vulnerabilità del cervello sociale verso una varietà di eventi patogeni che possono alterare la sua funzionalità a vari livelli. Il risultato clinicamente evidente di tali alterazioni è il manifestarsi di difficoltà interpersonali e sociali. A riprova dell'alta vulnerabilità del cervello sociale vi è l'osservazione clinica che alterazioni della socialità spesso rappresentano i primi sintomi di diversi disturbi neuropsichiatrici, manifestandosi molto prima della comparsa del corredo sintomatologico completo (N.I.C.E., 2014). Possiamo definire come alterazioni della socialità, o disfunzioni sociali, l'insieme dei deficit che determinano una riduzione della capacità del soggetto di integrare abilità comportamentali, cognitive e affettive al fine di adattarsi flessibilmente ai diversi contesti e alle richieste sociali (Bierman e Welsh, 2000). Tale disfunzione può risultare in comportamenti inadeguati, giudicati come negativi secondo gli standard di uno specifico contesto sociale (cioè una riduzione della competenza sociale del soggetto) (Dirks, Treat e Weersing, 2007).

Nonostante la maggior parte degli studi condotti in passato sulla disfunzione sociale si siano principalmente focalizzati sullo studio della schizofrenia

(SCZ), in cui sono stati identificati numerosi deficit nel processamento degli stimoli sociali (Fett et al., 2011; Green, Horan e Lee, 2015), negli ultimi anni deficit simili sono stati sempre più riconosciuti e descritti anche nel contesto di altri disturbi neuropsichiatrici. I principali sono sicuramente i disturbi dello spettro dell'autismo (ASD) e la «sindrome di hikikomori», dove i deficit nel funzionamento sociale sono un aspetto predominante del quadro clinico (Barak e Feng, 2016; Li e Wong, 2015). Tuttavia, deficit nel funzionamento sociale sono stati riconosciuti e descritti anche nel contesto di altri disturbi neuropsichiatrici, quali il morbo di Alzheimer (AD) e le altre demenze (Dickerson, 2015; Havins, Massman e Doody, 2012), il disturbo depressivo maggiore ricorrente (DDM) (Bora e Berk, 2016; Kupferberg, Bicks, e Hasler, 2016), i disturbi d'ansia (Plana et al., 2014) e i disturbi di personalità borderline e antisociale (Beeney et al., 2015; Cotter et al., 2018; Jeung e Herpertz, 2014).

Curiosamente, un altro disturbo, la sindrome di Williams, contraddistinto da un comportamento incongruamente allegro e da inappropriata familiarità con gli estranei (Barak e Feng, 2016), si caratterizza per un pattern di disfunzioni sociali contrastante rispetto alle patologie sopra citate. Questa patologia genetica ci fornisce un chiaro esempio di come diverse alterazioni del cervello sociale possano determinare esiti comportamentali diversi, che variano dall'evitamento sociale sino a un'esagerata familiarità con soggetti estranei. Tuttavia, tutti questi comportamenti possono risultare in infruttuose interazioni sociali che, ripetendosi nel tempo, possono determinare un progressivo ritiro dalle relazioni e dalla vita sociale in generale.

A sua volta, l'isolamento sociale e la deprivazione conseguente possono provocare un peggioramento sia dei sintomi neuropsichiatrici sia dei deficit nella cognitività sociale, intesa come quell'insieme di operazioni mentali che sostengono le interazioni sociali, incluse la percezione, l'interpretazione e la generazione di risposte alle intenzioni, disposizioni e comportamenti degli altri (Green et al., 2008) generando un circolo vizioso di peggioramento progressivo (Cacioppo e Hawkley, 2009; El Haj et al., 2016; Tremeau et al., 2016; Zhong et al., 2017). Il funzionamento sociale rappresenta però un fenotipo complesso, influenzato da una varietà di fattori sociodemografici, così come da deficit cognitivi in domini di base, come l'attenzione, la memoria e il processamento sensoriale. Quindi, un'ipotesi alternativa potrebbe essere che i differenti disturbi neuropsichiatrici causino (almeno in parte) comuni deficit in alcuni domini cognitivi di base, che a loro volta determinano la disfunzione sociale osservata clinicamente. Ciononostante, un crescente numero di evidenze suggerisce che la disfunzione sociale sia in larga parte indipendente da altri sintomi/deficit, inclusi i deficit cognitivi e perfino i deficit specifici

della cognitiv  sociale. Perci , le disfunzioni sociali osservate clinicamente nei diversi disturbi neuropsichiatrici potrebbero riflettere, quanto meno parzialmente, alterazioni a livello del cervello sociale stesso, che sono a loro volta indipendenti dagli altri effetti patogeni dei rispettivi disturbi.

Tra i diversi possibili esiti comportamentali secondari a disfunzioni del cervello sociale, nel presente capitolo ci focalizzeremo principalmente sul ritiro sociale, in quanto tale sintomo sta emergendo in maniera preponderante nella clinica attuale e rappresenta una causa importante di disabilit  e di costi indiretti nella gestione dei pazienti affetti da disturbi neuropsichiatrici (Pensions, 2013). Inoltre, il ritiro sociale rappresenta un indicatore concreto di disfunzione sociale, essendo un comportamento misurabile oggettivamente nel mondo reale e non solo in condizioni sperimentali (van der Wee et al., 2018), a differenza ad esempio di alcuni aspetti di cognitiv  sociale (Torralva et al., 2013).

Lo scopo del presente capitolo   quello di fornire una visione globale dei substrati neurobiologici che sostengono il funzionamento sociale e delle loro relazioni con alcuni domini cognitivi di base. Discuteremo inoltre, prendendo ad esempio il DDM e la SCZ, come differenti disturbi neuropsichiatrici possano alterare tali substrati, determinando un esito clinico comune di progressivo ritiro sociale (seppur con diversi gradi di severit ). Nel fare ci , sottolineeremo come il ritiro sociale stesso possa quindi rappresentare un fenotipo clinico comune tra i diversi disturbi, sotteso da simili alterazioni neurobiologiche e in parte indipendente dalle altre conseguenze dei rispettivi disordini.

Substrati neuroanatomici del cervello sociale

Le pi  recenti concettualizzazioni del cervello sociale da un punto di vista neuroanatomico e funzionale lo descrivono come un sistema dinamico e gerarchico di circuiti coinvolti in pi  semplici forme di processamento principalmente automatico, come l'identificazione di stimoli sociali rilevanti, e di parziale sovrapposizione con sistemi coinvolti in ordini di processamento pi  complessi, come riflettere sui propri e altrui stati mentali. Le principali aree cerebrali attualmente considerate coinvolte nel cervello sociale sono la corteccia orbito frontale (OFC), l'amigdala, la corteccia temporale (in particolare il solco temporale superiore – STS; Brothers, 1990), la corteccia mediale prefrontale (mPFC) e la corteccia cingolata anteriore (ACC) (Bickart, Brickhouse et al., 2014; Frith e Frith, 2006).

Una influente review di Bickart e colleghi (Bickart, Dickerson e Barrett, 2014) (figura 2.1) ha recentemente identificato le regioni chiave del cervello

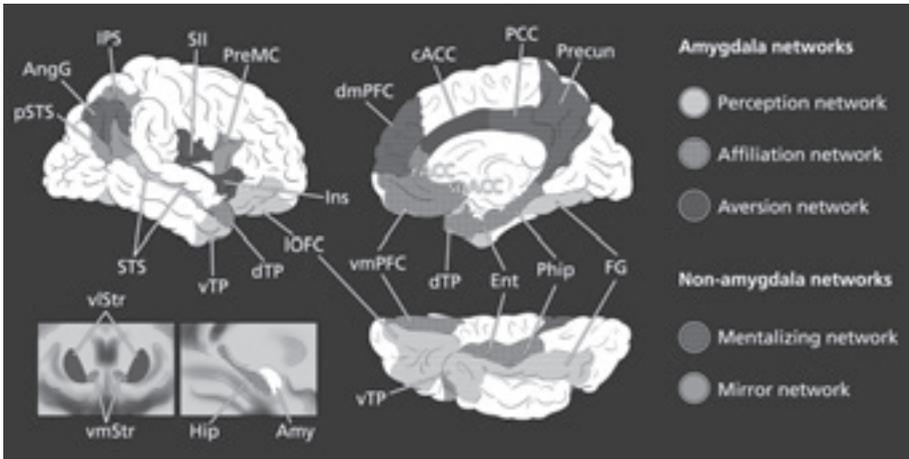


Fig. 2.1 Riprodotta con il permesso del BMJ Publishing Group Ltd. Immagine tratta da Bickart K.C., Brickhouse M., Negreira A., Sapolsky D., Barrett F.F. e Dickerson B.C. (2014), *Atrophy in distinct corticolimbic networks in frontotemporal dementia relates to social impairments measured using the Social Impairment Rating Scale*, «Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry», vol. 85, n. 4, pp. 438-448.

Network per la percezione sociale: IOFC = corteccia orbito-frontale laterale; vTP = polo temporale laterale; FG = giro fusiforme; STS = solco temporale superiore. Network per l'affiliazione sociale: dTP = polo temporale dorso-mediale; rACC = area rostrale della corteccia cingolata anteriore; sgACC = area subgenuale della corteccia cingolata anteriore; vmPFC = corteccia prefrontale ventero-mediale; Ent = corteccia entorinale; PHip = corteccia para-ippocampale; vmSt = Striato ventero-mediale. Network per l'avversione sociale: cACC = area caudale della corteccia cingolata anteriore; Ins = insula; SII = operculum somato-sensoriale; vlSt = Striato ventero-laterale. Network per la mentalizzazione: dmPFC = corteccia prefrontale dorso-mediale; PCC = corteccia del cingolo posteriore; Precun = precuneo; AngG = giro angolare (giunzione temporo-parietale). Network dei neuroni specchio: pSTS = parte posteriore del solco temporale superiore; IPS = solco intraparietale; PreMC = corteccia premotoria.

sociale e, aspetto più importante, i circuiti neurali coinvolti. Gli autori hanno infatti identificato cinque principali network neurali coinvolti nel cervello sociale: tre di essi, parzialmente distinti, sono ancorati all'amigdala (i così detti network per la percezione sociale, per l'affiliazione sociale e per l'avversione sociale); i restanti due network coinvolti, ampiamente descritti in precedenza, sono il network dei neuroni specchio (Rizzolatti e Craighero, 2004) e il network coinvolto nei processi di mentalizzazione (Frith e Frith,

2006). Questi network si sovrappongono in parte agli otto network neuronali tradizionalmente identificati (Yeo et al., 2011). Ad esempio, il network per l'avversione sociale è parzialmente sovrapposto al network ventrale per l'attenzione e la salienza, mentre i network per l'affiliazione e la percezione sociale si sovrappongono al default mode network (Bickart et al., 2014). Questo suggerisce che molte delle strutture coinvolte nel cervello sociale siano coinvolte anche in diversi altri processi mentali. Probabilmente esistono quindi molte interconnessioni e interdipendenze tra i diversi processi cerebrali che debbono essere ancora identificate e chiarite.

Nel presente capitolo, utilizzeremo il modello proposto da Bickart e colleghi (Bickart, Dickerson et al., 2014) (figura 2.1) per discutere il funzionamento del cervello sociale da un punto di vista neuronale. La scelta di tale modello è dovuta al numero crescente di evidenze che lo supportano (Kerestes et al., 2017) e alla stretta correlazione osservata tra il funzionamento di tali network neuronali e il funzionamento sociale (Bickart, Brickhouse et al., 2014; Deuse et al., 2016; Hampton et al., 2016). Sebbene tale scelta implichi in parte una semplificazione della realtà (si vedano ad esempio gli studi preclinici di Bergan, 2015; Newman, 1999), riteniamo che tale modello possa fornire uno schema utile per discutere le altre evidenze presenti riguardo le possibili basi neuronali della disfunzione sociale.

La percezione sociale: identificazione e processamento degli stimoli sociali

L'identificazione degli stimoli sociali nell'ambiente che ci circonda è essenziale per dare inizio a un'adeguata interazione sociale. Questo processo è largamente integrato con il sistema mnemonico, al fine di identificare rapidamente gli stimoli salienti in base alle esperienze precedenti (Adolphs, 2009; Bickart, Dickerson et al., 2014). Nel modello esposto precedentemente (figura 2.1) è stato ipotizzato che l'amigdala svolga un ruolo essenziale di coordinamento del network che sostiene la percezione sociale (Bickart, Dickerson et al., 2014). Le informazioni vengono processate da questo network in modo rapido e automatico, anche attraverso una modulazione della vigilanza verso stimoli potenzialmente importanti (Herry et al., 2007; Whalen, 2007). Nella modulazione della vigilanza, il network della percezione sociale interagisce verosimilmente con il network per la salienza, con cui mostra aree di parziale sovrapposizione (Seeley et al., 2007). Il network per la salienza identifica l'importanza di segnali interni ed esterni, attivando successivamente altri circuiti neuronali coinvolti in controlli cognitivi superiori (Menon, 2011).

Perdere il contatto

*Ritiro sociale e teoria
evoluzionista delle motivazioni*

Maurizio Brasini

*«Non è la coscienza degli uomini che determina la loro esistenza, ma
al contrario è la loro esistenza sociale che determina la coscienza»*

Karl Marx

La matrice evoluzionista nello studio delle relazioni sociali: cenni storici

Considerato quanto sia antica e di senso comune la nozione che l'uomo è un animale sociale, l'esplosione dell'interesse nei confronti delle ricadute sulla psicopatologia della perdita dei legami col gruppo sociale è sorprendentemente recente. Nel 1973, un anno dopo la pubblicazione del secondo volume della sua trilogia, quello dedicato alla separazione, John Bowlby scrive a proposito della solitudine: «Essere isolati dal proprio gruppo e, specialmente da giovani, essere isolati da chi si cura di te è una situazione portatrice dei più grandi pericoli. Possiamo supporre che tutti gli animali siano dotati di una disposizione istintiva a evitare l'isolamento e a mantenere la prossimità?» (Bowlby, 1973)¹. Passerà un altro ventennio prima che uno psicologo sociale, Roy Baumeister, proponga l'ipotesi che l'ansia sia una forma innata e adattiva di segnalazione del pericolo di essere esclusi dal proprio gruppo sociale; in questa ipotesi il riferimento all'ansia di separazione di Bowlby è esplicito. Non è dunque un caso se, in uno degli articoli che più hanno contribuito all'avvio della felice

¹ Le traduzioni dall'inglese delle citazioni sono a cura dell'autore.

stagione di riscoperta del bisogno di appartenenza a cui stiamo assistendo, ci si riferisce alla teoria dell'attaccamento per parlare dei legami significativi tra gli individui e il loro gruppo sociale, sostenendo che «la mancanza di legami (*attachments*) si collega a una serie di effetti negativi sulla salute, sull'adattamento e sul benessere» (Baumeister e Leary, 1995, p. 497).

In questa riscoperta, la matrice evoluzionista ha fatto da *fil rouge* per studiosi provenienti da diversi ambiti, principalmente quelli della psicologia sociale e delle neuroscienze oltre che della psicologia cognitiva, portando alla nascita di una nuova disciplina, quella delle neuroscienze sociali (Cacioppo e Berntson, 1992), saldamente ancorata al presupposto darwiniano che lo sviluppo straordinario del nostro cervello e, di conseguenza, delle potenzialità cognitive siano dipesi da una strategia evoluzionistica mirata a potenziare le abilità sociali (l'ipotesi del *cervello sociale*; cfr. ad esempio Dunbar e Schulz, 2007; Dunbar, 2009).

Tuttavia, la traiettoria che ha ricondotto allo studio del senso di appartenenza, della sua compromissione e del relativo impatto sulla salute e sulla malattia incrocia il paradigma evoluzionistico di Bowlby in circostanze peculiari, non particolarmente favorevoli a chiarificare il ruolo delle diverse motivazioni interpersonali su base innata nella formazione e rottura dei legami di gruppo. Infatti, la confluenza della teoria dell'attaccamento nel dominio della psicologia sociale avviene originariamente grazie alla sua applicazione allo studio delle cosiddette *romantic relationships* (Hazan e Saver, 1994; Griffin e Bartholomew, 1994), suggerendo un uso quantomeno lasco del costrutto di attaccamento, inteso come legame: una forma di relazione intima e significativa. La chiarificazione di questo possibile equivoco rientra negli scopi più generali del presente contributo: considerare il fenomeno del ritiro sociale alla luce di una teoria evoluzionistica delle motivazioni, nella quale sono centrali i processi di sviluppo in una prospettiva interpersonale.

Prima di procedere, è appena il caso di accennare ad altre due circostanze concomitanti, favorevoli alla riscoperta della nostra comune natura sociale. La prima circostanza è nota, e riguarda i notevoli progressi effettuati nelle tecniche e nelle metodiche per osservare il funzionamento del cervello *in vivo*; la seconda circostanza è meno conosciuta da chi non si occupa di psicologia sociale, ed è l'invenzione di un paradigma sperimentale particolarmente efficace nel suscitare il dolore della non-appartenenza: il *cyberball game*² (Williams e

² Nel *cyberball game* gli ignari soggetti sperimentali credono di partecipare a un gioco virtuale in cui sono coinvolte altre due persone, consistente nel passarsi una palla. Poiché gli altri due partecipanti virtuali (in realtà gestiti da un software) giocano tra loro senza passare la palla ai soggetti, costoro sono esposti a un'esperienza di esclusione.

Sommer, 1997; Williams, Cheng e Choi, 2000). Grazie a questo semplice ed efficacissimo paradigma sperimentale si è potuta avviare una feconda linea di ricerca sugli effetti deleteri dell'esclusione sociale (Williams, 2001; 2007). Infatti, l'ostracismo praticato attraverso questa procedura si è dimostrato di formidabile efficacia nel mettere in crisi alcuni bisogni umani fondamentali: il controllo sull'ambiente, il sentire che la vita ha senso, l'autostima e il senso di appartenenza (Nezlek et al., 2012). Applicando il *cyberball game* in uno studio neurofisiologico, si è proposto che il cervello risponda all'esclusione come se si trattasse di dolore fisico (Eisenberger et al., 2003). Sebbene studi successivi abbiano mostrato che i circuiti neurali attivi in queste circostanze sembrano più legati alla violazione di aspettative (Somerville et al., 2006) e che le rappresentazioni cerebrali coinvolte nel dolore fisico e nel rifiuto siano in realtà distinte (Woo et al., 2014), l'idea che l'isolamento faccia male, anche fisicamente, ha disvelato tutto il suo potere evocativo e si è fatta largo non solo in ambito scientifico, ma anche nel senso comune.

In questo capitolo si tenterà di affrontare quello che, alla luce di una teoria evuzionistica delle motivazioni, si presenta come un apparente paradosso: come mai, se è vero che siamo esseri ipersociali e che la separazione dai nostri simili ci fa male, alcune persone, pur avendo l'opportunità di stare in relazione con gli altri, se ne ritirano?

La solitudine motivante: una visione cognitivo-evuzionista

Attualmente, il valore evuzionistico del senso di appartenenza, nonché delle reazioni negative all'esclusione, all'isolamento e al senso di solitudine, è consensualmente riconosciuto dagli studiosi (cfr. ad esempio Baumeister et al., 2007; Cacioppo et al., 2011; DeWall et al., 2011), e può essere riassunto in questi termini: il mantenimento di legami affiliativi di reciproca protezione e collaborazione con il proprio gruppo sociale è cruciale per la sopravvivenza dell'individuo e vantaggioso per la specie; pertanto, i segnali di distress alla separazione e la motivazione alla ricongiunzione sono i modi principali in cui si esprime questa strategia evolutiva.

L'isolamento sociale ha mostrato effetti analoghi nell'uomo e in altre specie sociali: essere fuori dal gruppo costituisce una minaccia per la sopravvivenza, aumenta la vigilanza e la sensibilità ai pericoli ambientali, incide negativamente sull'assetto neurovegetativo e neuroendocrino e, in ultima analisi, compromette il benessere e la salute fisica e mentale, il funzionamento cognitivo, l'aspettativa di vita (Cacioppo et al., 2011; Cacioppo e Caciop-

po, 2016). Tali effetti sono ormai così noti da aver portato a riconoscere l'isolamento sociale come una variabile rilevante a livello epidemiologico; secondo una recente rassegna, la mancanza di contatti sociali si associa a tassi di mortalità più elevati, comparabili a quelli di altri fattori di rischio noti come l'obesità e il fumo (Holt-Lunstad, 2015; Wang et al., 2018).

Nella concettualizzazione di Cacioppo, il sentimento della solitudine esiste appunto per motivare l'individuo a porre rimedio a questo stato di disconnessione così potenzialmente dannoso. Questa naturale propensione ad avvertire la solitudine viene definita da Cacioppo un *fenotipo motivazionale* (Cacioppo et al., 2014), vale a dire l'espressione di una motivazione *ambientalmente labile* (Bowlby, 1969) dal valore adattivo per una specie ipersociale come quella umana.

Una importante osservazione a questo punto riguarda la distinzione tra isolamento sociale e solitudine. Mentre l'isolamento è un parametro quantificabile (ad esempio, attraverso il numero di persone con cui si convive), la solitudine è un sentimento, vale a dire una condizione soggettiva, uno stato d'animo che comprende aspetti emotivi e cognitivi (ad esempio, di convinzioni o di valutazioni sui rapporti). Ciò implica che, grazie alla capacità di attribuire significato all'esperienza, possiamo sentirci soli anche in mezzo alla folla (Cacioppo et al., 2009). Per questo motivo si è proposto di considerare la solitudine come uno stato di *percezione cronica di isolamento sociale* (Hawley e Cacioppo, 2010, p. 10), che coinvolge processi attentivi, cognitivi ed emotivi; si noti che, tenendo presente questa distinzione tra isolamento e solitudine, è possibile individuare non soltanto persone che si sentono sole in mezzo alla folla, ma anche persone isolate che non si sentono sole (Newall e Menec, 2017).

La solitudine può essere anche una condizione desiderata e soggettivamente piacevole. Per esigenze di spazio e pertinenza, si rinuncia ad affrontare in questa sede il tema da un punto di vista filosofico. Solo una breve digressione, per iniziare a mostrare come una corretta applicazione della teoria evolucionistica dell'attaccamento possa fornire una chiave di lettura semplice alle apparenti contraddizioni relative alla solitudine. Lo psicanalista inglese Anthony Storr (1988), nel dedicare un saggio elogiativo alla solitudine, sceglie il termine *solitude* anziché *loneliness*; la distinzione è utile per distinguere tra due diversi stati mentali: il primo positivo, caratterizzato dal dispiegamento del proprio potenziale derivante dall'indipendenza; il secondo negativo, orientato alla perdita del conforto e della sicurezza. Per chi scrive (ma apparentemente non per l'autore del saggio) è inevitabile il rimando agli stati mentali relativi all'attaccamento codificati nell'AAI – *Adult Attachment Interview* (George et

al., 1985; Mainet et al., 2002). Storr sembra proporre che l'accettazione della propria condizione di solitudine sia il presupposto per la conquista dell'indipendenza. Le autrici dell'AAI propenderebbero piuttosto per valutare di caso in caso se lo stato mentale relativo all'attaccamento che porta a considerare positivamente la solitudine sia *libero-autonomo*, e quindi basato su memorie episodiche che favoriscono l'acquisizione di una fiducia di base nella possibilità di ricercare e ottenere vicinanza protettiva in caso di necessità, oppure *distanziante*, imperniato su una valutazione semantica della poca rilevanza delle questioni di attaccamento, sconnessa da memorie episodiche.

Tornando alla solitudine, naturalmente esiste una certa correlazione con i parametri oggettivi di isolamento, come ad esempio vivere soli e avere scarsi contatti amicali e familiari; ma la solitudine si correla soprattutto con una serie di altri parametri soggettivi, come ad esempio l'insoddisfazione per le proprie condizioni di vita, la mancanza di intimità emotiva o la conflittualità con il partner, la cattiva qualità dei rapporti interpersonali (Cacioppo e Patrick, 2009). Numerose ricerche confermano che la percezione soggettiva di isolamento (cioè la solitudine) sia un predittore più rilevante, rispetto all'isolamento sociale oggettivo, di una serie di esiti negativi sulla salute (Pennix et al., 1997; Seeman, 2000; Hawkey et al., 2006; Cole et al., 2007).

Più difficile è stabilire in quali casi l'isolamento sociale produca solitudine, e in che misura possa essere vero anche il contrario; ad esempio, se si pensa alla correlazione nota tra divorzio e solitudine, invertendo i termini della spiegazione più intuitiva (*Tizio si sente solo perché ha divorziato*), si può altrettanto legittimamente ipotizzare che una disposizione stabile a sentirsi soli in presenza del partner influisca negativamente sul rapporto e renda più probabile un esito negativo dello stesso. In altri termini, è utile pensare la relazione tra isolamento e solitudine come bidirezionale.

Un efficace esempio del suddetto rapporto di causalità circolare è fornito dal *circolo autorinforzante della solitudine* (Cacioppo e Hawkey, 2009; Hawkey e Cacioppo, 2010), secondo il quale le persone con maggior percezione di isolamento sociale saranno inconsapevolmente più vigili nei confronti delle minacce sociali, e andranno incontro a una serie di distorsioni cognitive: vedranno le relazioni come più pericolose, avranno aspettative più negative nei confronti delle interazioni sociali, e una memoria selettiva per le informazioni sociali negative. Tutto ciò influenzerà negativamente i tentativi di connessione con gli altri secondo la logica propria dei cicli cognitivi interpersonali (Safran e Segal, 1993; Semerari, 2000), provocando una *profezia che si autoavvera* in cui la distanza tra sé e gli altri è percepita come una condizione ineludibile. Pessimismo, ansia, depressione, bassa

autostima e ostilità saranno alcuni dei possibili esiti prossimali di questo meccanismo, mentre gli esiti a lungo termine porteranno a una spirale di ritiro dalle relazioni e ulteriore malessere.

In una recente rassegna (Valtorta et al., 2016) sono stati elencati oltre 50 strumenti per misurare solitudine e isolamento, concentrati in varia misura su aspetti quantitativi (ad esempio, il numero dei componenti il nucleo familiare) o qualitativi (ad esempio, il grado di soddisfazione), e caratterizzati da un variabile grado di soggettività; questo dato renderà forse una misura non soltanto dell'interesse suscitato dal tema, ma anche della sua complessità, dato che ci invita a considerare l'intreccio tra aspetti oggettivi, soggettivi e interpersonali del ritiro sociale. Appare condivisibile la proposta di Coplan e collaboratori (Rubin et al., 2009; Coplan et al., 2015) di considerare il ritiro sociale come un costrutto eterogeneo, che può dipendere da articolati processi motivazionali, e può essere concepito sia una causa sia un esito del disagio (si veda anche il primo capitolo di questo libro).

Il dilemma del porcospino e la ricerca della giusta distanza

Una volta postulata una funzione adattiva e motivante del *dolore di non appartenere* (Procacci e Semerari, 1998; Procacci, 2001), e stabilito che questo stato d'animo ha un rapporto lasco con le condizioni oggettive di isolamento, il passo successivo è domandarsi a cosa sia attribuibile la variabilità tra gli individui, ovvero: perché qualcuno può sentirsi solo tra la folla e altri all'opposto si sentono connessi anche mentre sono soli?

Una prima ipotesi è che la disposizione innata alla solitudine possa manifestarsi diversamente nella popolazione anche in ragione di una componente ereditaria. Questa ipotesi ha di recente ottenuto qualche supporto empirico in studi che considerano la solitudine come un tratto poligenico (Goosens et al., 2015; Gao et al., 2017; Abdellaoui, 2018; Dayet et al., 2018). I risultati attualmente suggeriscono un modesto grado di ereditabilità, distribuita su un'architettura genetica ampiamente poligenica, e probabilmente soggetta a influenze epigenetiche. In altri termini, semplificando un po', le conoscenze attuali lasciano supporre che le esperienze interpersonali abbiano un ruolo predominante sugli aspetti disposizionali e genetici, influenzando l'espressione di questa tendenza innata. Ancora una volta, se consideriamo la solitudine come uno stato mentale che serve a esprimere e a organizzare le condotte individuali secondo una motivazione adattiva (la connessione al proprio gruppo sociale), ci troviamo dinanzi a un quadro di informazioni

compatibile con quanto previsto dal modello dei *sistemi comportamentali a base innata* originariamente proposto da Bowlby (1969; 1983) per l'attaccamento, nei quali l'orientamento a uno scopo è prestabilito in modo invariante per la specie, mentre le modalità espressive saranno ampiamente variabili, tendendo ad adattarsi alle diverse circostanze ambientali.

Un secondo ordine di ipotesi pone in relazione la differente sensibilità alla separazione dal gruppo sociale con le vicissitudini dell'attaccamento. Il presupposto è che sussista una continuità o quantomeno un'analogia tra il bisogno di vicinanza protettiva nei confronti del *caregiver* e il bisogno di appartenenza al proprio gruppo sociale. Alla luce di una teoria evolutiva ed evoluzionista delle motivazioni questo presupposto richiede alcune specifiche, che considereremo in un paragrafo successivo dedicato all'esposizione della teoria evoluzionista delle motivazioni; in ogni caso, a favore dell'ipotesi di un nesso tra attaccamento e accesso alla dimensione relazionale estesa, esistono numerosi studi che attestano una generica associazione positiva tra l'insicurezza nell'attaccamento e l'ansia sociale (Manning et al., 2017).

A un livello di specificità appena maggiore, Yaakobi e Kipling (2016) hanno osservato che i soggetti con punteggi più alti di evitamento nella *ECR scale* (*Experiences in Close Relationships*; Brennan et al., 1998) — uno strumento derivato dall'applicazione della teoria dell'attaccamento alle *romantic relationships* — risultano più a disagio quando vengono inclusi e meno quando vengono esclusi. Da studi come questo si ricava che, per iniziare a orientarsi sul tema delle molteplici possibili risposte individuali alla disconnessione dal proprio gruppo sociale in un'ottica informata alla teoria dell'attaccamento, è necessario considerare un fenomeno basilare evidenziato dalla suddetta teoria: non solo la separazione può costituire motivo di disagio, ma anche l'intimità; in quest'ultimo caso, il ritiro dalle relazioni diventa un tentativo disadattivo di soluzione.

La scoperta che la vicinanza può metterci a disagio tanto quanto la separazione ci riconduce a un antico e ben noto problema filosofico: il dilemma del porcospino. Schopenhauer (1851) utilizza una parabola in cui due porcospini non riescono a stabilire tra loro una giusta distanza per parlare della difficoltà nel conciliare il bisogno di stare vicini gli uni agli altri per *riscaldarsi* reciprocamente, con l'inevitabile fastidio (gli aculei) che ci provochiamo vicendevolmente nell'intimità. A questa concezione invero poco ottimistica dei rapporti interpersonali farà umoristicamente eco Freud nel suo *Psicologia delle masse e analisi dell'Io* (1921), in cui si riprende un tema centrale della prima psicologia sociale per sostenere che «la psicologia individuale è al tempo stesso, fin dall'inizio, psicologia sociale» (Freud,

1921, p. 261). In realtà, nella psicologia sociale statunitense la prospettiva sovra-individuale (quella interessata alle masse più che agli individui) avrà una posizione minoritaria fino, appunto, alla riscoperta del dolore dell'esclusione, quando Baumeister e altri colleghi (Maner et al., 2007), utilizzando il paradigma del *cyberball* (quello descritto inizialmente in cui si viene esclusi dal gioco della palla), si accorgono che la tendenza a impegnarsi in vario modo per essere nuovamente inclusi nel gruppo non si manifesta quando prevalgono le aspettative di ulteriori rifiuti o è più elevata l'ansia sociale (intesa come la paura di essere valutati negativamente).

Una disamina del vastissimo filone di ricerca sull'esclusione esula dagli intenti di questo contributo, che si concentra sulle dinamiche del ritiro sociale. Vale la pena comunque di accennare al fatto che si è riscontrata una notevole varietà negli effetti dell'esclusione: dall'ottundimento emotivo (DeWall e Baumeister, 2006), all'evitamento delle relazioni (Williams et al., 2000), all'aggressività (Twenge et al., 2001), alla condiscendenza (DeWall et al., 2010), solo per citare alcuni tra gli esempi principali. È interessante notare che uno dei punti di maggiore accordo nel tentare di spiegare questa grande eterogeneità di risposte è che essere esclusi crea una condizione di minaccia percepita; le differenti risposte dipenderanno dalle opportunità, valutate soggettivamente e in modo automatico, di ristabilire condizioni di relativa sicurezza.

È ancora una volta uno psicologo sociale, Ken Rotenberg (2018), a indicare la fiducia come variabile essenziale per distinguere tra chi affronterà la solitudine tentando una riconnessione e chi adotterà strategie più difensive, come il ritiro o l'aggressione. Rotenberg ha osservato, per esempio, che deboli convinzioni in merito alla fiducia (ad esempio, l'aspettativa che le persone non mantengano le promesse) comportano maggiore solitudine lungo tutto l'arco della vita (Rotenberg et al., 2010). O, per fare un altro esempio, stavolta in ambito psicopatologico, che la tendenza al ritiro sociale delle pazienti con bulimia nervosa è spiegata dalla mancanza di fiducia e dà luogo a sentimenti di solitudine (Rotenberg et al., 2013; Rotenberg e Sangha, 2015).

In sintesi, se adottiamo una spiegazione evuzionistica del dolore di non appartenere considerandolo come una risposta analoga all'ansia di separazione nell'attaccamento, dobbiamo tenere presente che, così come le diverse esperienze di relazione porteranno alcuni bambini a esprimere questa ansia in modo esasperato e altri invece a non darne alcun segno visibile, analogamente, non soltanto la percezione soggettiva dello stato di isolamento potrà variare da individuo a individuo, ma dovremo aspettarci grandi differenze anche nel modo in cui le persone faranno fronte a questa condizione. Ed è confortante scoprire che prospettive teoriche sostanzial-

mente indipendenti da quella cognitivo-evoluzionista puntino sulla fiducia come elemento che può fare la differenza.

Appartenenza e affiliazione nelle teorie evoluzioniste delle motivazioni

Nonostante il lodevole intento di fondare le neuroscienze sociali su una teoria evoluzionista della motivazione (Berntson e Cacioppo, 2008), quando si tratta della motivazione all'appartenenza questo ancoraggio sembra esprimersi in modo piuttosto generico. Da una parte, nel considerare attaccamento e appartenenza come sostanzialmente analoghi, sembra essersi smarrito persino il classico riferimento alla piramide di Maslow (1973; Kenrick et al., 2010), nella quale i bisogni di sicurezza sono distinti e posti alla base dei successivi bisogni di amore e appartenenza. D'altro canto, nel considerare le dinamiche di ricerca/ritiro dalle relazioni che scaturiscono dalla percezione soggettiva di solitudine, non è difficile trovare riferimenti al classico modello *approach/avoidance*, forse la più generale tra le teorie motivazionali, che dalla filosofia di Democrito (l'uomo ricerca il piacere e rifugge il dolore) è transitata fino a Freud e, nell'ambito della psicologia sociale, a Kurt Lewin (1935). Questa visione dominante in ambito di motivazioni riecheggia, ad esempio, in alcune concettualizzazioni secondo le quali il ritiro dalle relazioni può dipendere da un conflitto tra un alto livello di tendenza all'avvicinamento e un'altrettanto elevata tendenza all'evitamento che darà luogo a timidezza (Asendorph, 1990), oppure da bassi livelli di *approach* ed elevata *avoidance* che condurrà all'evitamento (Coplan et al., 2006), o infine da bassi livelli sia di *approach* sia di *avoidance* che comporteranno asocialità (Coplan et al., 2004). Una revisione critica di questo approccio suggerisce che le manifestazioni di ritiro dalla relazione possano essere spiegate più efficacemente dalla mancanza di esperienze e aspettative favorevoli che non dai livelli alternanti di *approach* e *avoidance* (Bowker et al., 2017).

Incidentalmente, ricordi e aspettative sulle relazioni sono gli ingredienti costitutivi dei «modelli operativi interni» (MOI) di cui parla John Bowlby, ed è appunto lo psicanalista britannico ad aver gettato le basi per una teoria evoluzionista delle motivazioni. Insomma, la sensazione è che questa riscoperta della motivazione all'appartenenza in chiave evoluzionistica abbia attinto all'eredità bowlbiana in modo solo parziale o indiretto, e comunque senza coglierne sempre appieno implicazioni e potenzialità.

Il punto di partenza dello studio delle motivazioni alla luce della teoria dell'evoluzione può essere individuato nelle osservazioni di Charles Darwin

sull'espressione delle emozioni (1872); Darwin ipotizzò che la capacità innata di esprimere le emozioni in forme invariante fosse il modo in cui la selezione naturale aveva provveduto a organizzare gli scambi tra conspecifici secondo alcune mete dotate di valore adattivo. Dopo oltre un secolo di ricerca, non soltanto le intuizioni di Darwin si sono rivelate corrette (Ekman, 1973), ma si è cominciato anche a comprendere in che modo emozioni e comportamenti si organizzino in funzione di alcuni obiettivi utili alla sopravvivenza della specie, o mete evoluzionistiche.

Il sistema dell'attaccamento è adatto, appunto, al perseguimento di una di queste mete evoluzionistiche. È utile rammentare che, quando Bowlby descrive l'attaccamento come un *sistema di controllo del comportamento*, ha in mente, oltre agli insegnamenti di Darwin, l'applicazione della cibernetica alla cognizione umana, basata su obiettivi e piani per tentare di raggiungere questi obiettivi (Miller et al., 1973). In termini più pratici, Bowlby ritiene che esista una meta innata vantaggiosa per la sopravvivenza della specie e invariante: mantenere la prossimità a una figura protettiva. A partire da questo obiettivo, un sistema cognitivo di valutazione ricorsiva della discrepanza tra lo stato desiderato (la vicinanza) e lo stato attuale adatterà continuamente i piani più utili a perseguire la meta prestabilita, a partire dalle condizioni variabili in cui ci si viene a trovare. Schemi costituiti da ricordi e aspettative relativi alle esperienze interpersonali di perseguimento di questa meta vanno a formare i sovramentionati modelli operativi interni, che agiscono come una sorta di (inconsapevole) bussola per orientare e organizzare le condotte. Questo, in estrema sintesi, è il modo in cui il sistema dell'attaccamento è stato inteso da chi lo ha teorizzato per primo.

Nelle linee di sviluppo della sua teoria, Bowlby (1969) aveva contemplato l'esistenza di altri analoghi sistemi di controllo del comportamento (Liotti, 2011a; 2015), e auspicava che la teoria dell'attaccamento ispirasse un'estensione della ricerca sulle basi evoluzionistiche delle differenti motivazioni umane (Bowlby, 1982a).³

³ Nel primo volume della trilogia bowlbiana si possono rintracciare numerosi riferimenti ad altri sistemi motivazionali oltre l'attaccamento (si veda Liotti, 2011; 2015). Quando la teoria dell'attaccamento inizierà a diffondersi, Bowlby indicherà chiaramente la necessità di studiare altri «sistemi di controllo del comportamento»; per esempio, riferendosi al sistema dell'accudimento, nel 1982 Bowlby scrive: «Lo studio dell'accudimento come sistema comportamentale è un'impresa degna di attenzione. Altrove (Bowlby, 1982) ho suggerito che potrebbe rivelarsi fruttuoso studiare il suo sviluppo all'interno della stessa cornice concettuale adottata per lo sviluppo dei comportamenti di attaccamento, vale a dire come il prodotto dell'interazione tra una forte disposizione genetica a sviluppare certi tipi di comportamento e una particolare sequenza di ambienti, dalla nascita in poi, in cui lo sviluppo ha luogo» (Bowlby, 1982, p. 299).

Il ritiro sociale nei disturbi dell'umore

Modello clinico e trattamento

Brunetto De Sanctis, Stefania Fadda e Francesco Mancini

Il ritiro sociale

Le relazioni sociali sono una componente fondamentale della vita di un essere umano. Infatti, una rete di buone e soddisfacenti relazioni sociali contribuisce a far sentire la persona supportata emotivamente, fornisce aiuto nelle situazioni problematiche e porta la persona a percepire la propria vita piena di senso e valore. Le relazioni sociali, quindi, possono influenzare, sia positivamente sia negativamente, la salute di una persona (Hawkey e Cacioppo, 2010) e l'assenza delle stesse è definita *ritiro sociale*. Ricercatori e clinici tendono a impiegare termini come ritiro sociale, isolamento, timidezza e inibizione sociale in modo intercambiabile (Coplan e Rubin, 2008); in questo scritto useremo esclusivamente il termine ritiro sociale. Quest'ultimo non costituisce, di per sé, un disturbo psichiatrico, sociale o emotivo. In effetti, alcuni soggetti sembrano contenti di trascorrere la maggior parte delle loro ore o giorni lontani dalle altre persone, impegnati, ad esempio, in lavori di progettazione o nella scrittura di poesie o libri. Spesso questi soggetti hanno un preciso bisogno di solitudine. Al contrario, vi sono persone che, quando sono in compagnia di altri, evitano di relazionarsi a causa del disagio psicologico esperito e, di conseguenza, scelgono una vita di solitudine per sfuggire a tali relazioni. Infine, ci sono soggetti per i quali

il ritiro sociale non è una scelta, ma il risultato di una condizione di isolamento o rifiuto da parte di altri, nelle comunità sociali di appartenenza. In questo capitolo concentreremo la nostra attenzione sulla tipologia di ritiro sociale che riflette difficoltà sottostanti di natura psicologica e/o sociale.

Il ritiro sociale è caratterizzato, secondo Serman (1996), da un generale disimpegno dai legami sociali, dalle connessioni istituzionali o dalla partecipazione alla vita comunitaria, il quale può comportare la mancanza o la riduzione al minimo dei contatti e delle comunicazioni sociali sino ad arrivare alla solitudine. Quest'ultima in sé per sé, e la relazione che intercorre col ritiro sociale, si rivelano particolarmente utili per meglio comprendere il ritiro sociale stesso.

Nelle scienze sociali, la più vecchia pubblicazione sulla solitudine è *Über die Einsamkeit* (Zimmermann, 1785-1786), a cui fanno seguito negli anni Cinquanta e Sessanta del XX secolo le pubblicazioni di Fromm-Reichmann (1959), per poi arrivare con Perlman e Peplau al concetto di solitudine (1981, p. 31) quale «esperienza spiacevole che si verifica quando la rete di relazioni sociali di una persona è carente in modo importante, sia quantitativamente che qualitativamente». Tale definizione tiene esplicitamente in considerazione gli elementi cognitivi al centro del processo di valutazione, mettendo in risalto come: «La solitudine si prova in una situazione in cui il numero di relazioni esistenti è più piccolo di quanto sia considerato desiderabile o ammissibile, così come in situazioni in cui l'intimità che una persona desidera avere rispetto a un'altra persona e/o persone non risulta essere presente» (De Jong Gierveld e Havens, 2004). In entrambe le definizioni, la solitudine è considerata uno stato mentale in cui l'esperienza soggettiva di mancanza di relazioni positive e intime produce sentimenti negativi. Tale stato mentale si fonda sul presupposto che gli esseri umani sono essenzialmente animali sociali, con un innato bisogno di formare connessioni significative con gli altri e mantenerle per facilitare la sopravvivenza (Baumeister e Leary, 1995). La solitudine segnala una mancata soddisfazione di tale bisogno. Tuttavia, sebbene ritiro sociale e solitudine spesso si presentino congiuntamente, vi sono casi in cui le persone ritirate socialmente non sperimentano solitudine e casi in cui viene esperita solitudine in presenza di connessioni sociali (Hawkey e Cacioppo, 2010; Golden et al., 2009).

Alcuni ricercatori si sono dedicati all'indagine dei fattori di rischio per il ritiro sociale, mettendo in luce come un'elevata attivazione dell'amigdala e delle strutture a essa collegate in presenza di relazioni sociali possa portare a un'inibizione del comportamento sociale già in età infantile (Degnan e Fox, 2007). Inoltre, uno stile genitoriale ipercontrollante o iperprotettivo

che non consente al bambino di esprimere la propria personalità e la qualità delle relazioni con i pari può giocare un ruolo chiave nel mantenimento del ritiro sociale (Rubin et al., 2009). Da un punto di vista genetico, invece, studi su gemelli monozigoti e dizigoti suggeriscono che nell'isolamento sociale possa essere presente una componente ereditaria (McGuire e Clifford, 2000). In età adolescenziale e adulta fattori sociali, psicologici o psicopatologici influenzano l'assenza di socialità delle persone. Negli anziani il ritiro sociale risulta perlopiù correlato a problemi di salute, morte del coniuge, assenza di reti sociali e fattori economici (British Columbia Ministry of Health, 2004).

Il ritiro sociale nelle fasi della vita

Il ritiro sociale assume configurazioni differenti nelle varie fasi della vita. Durante l'infanzia, in particolare, due processi possono essere alla base della mancanza di interazione sociale da parte dei bambini (Rubin, 1982). Il primo prende il nome di *isolamento attivo* e indica il processo mediante il quale alcuni bambini trascorrono molto tempo da soli in quanto rifiutati dai loro pari. Tale rifiuto è spesso la conseguenza di comportamenti aggressivi o impulsivi del bambino, di una sua immaturità nelle competenze sociali o di fattori quali l'appartenenza a gruppi minoritari (Rubin, Bukowski e Parker, 2006). Il secondo, definito propriamente *ritiro sociale*, si riferisce all'isolamento intrapreso da parte del bambino rispetto al gruppo dei pari. Quest'ultimo si configura come il risultato di fattori quali ansia, depressione, bassa autostima e difficoltà nelle abilità sociali (Rubin e Asendorpf, 1993). Un terzo caso è quello in cui il bambino ha poche interazioni con i coetanei a causa di un disinteresse verso la socialità e una preferenza verso le attività solitarie (Coplan et al., 2004).

In età evolutiva, il ritiro sociale è collegato a due classi di disturbi psichiatrici: i disturbi d'ansia e i disturbi dell'umore. Ciò che avviene nel primo caso è che, in contesti relazionali, interpretazioni in termini di minaccia da parte del bambino portano lo stesso a esperire ansia e a utilizzare l'evitamento come strategia per abbassare l'arousal. Come costo, tuttavia, vi saranno per il bambino l'allontanamento, il ritiro progressivo dalle relazioni sociali. Inoltre, quest'ultimo interferirà con lo sviluppo delle abilità sociali comportando ritardi nell'acquisizione di competenze sociali essenziali per una positiva valutazione di sé e della propria autoefficacia in ambito relazionale (Crozier e Alden, 2005; Nelson, Rubin e Fox, 2005). Ciò che avviene, invece, nei disturbi dell'umore e, nello specifico, nel disturbo depressivo e nella distimia è che spesso i bambini vengono rifiutati in quanto, proprio a causa della

sintomatologia depressiva, non offrono una piacevole esperienza sociale ai propri compagni (Mullins et al., 1986). Le conseguenze di tale rifiuto sono rilevanti sul piano emotivo e sociale. Infatti, spesso ne derivano valutazioni negative su se stessi, gli altri e il futuro, con un conseguente aggravamento della sintomatologia depressiva. In entrambi i casi, possono verificarsi cicli interpersonali disfunzionali con i genitori i quali, con l'intento di risolvere i problemi relazionali dei propri figli, potrebbero intervenire con modalità sventanti o rimproveranti, o sostituirsi a essi nella gestione delle difficoltà relazionali, con un conseguente mantenimento e aggravamento del ritiro.

La tendenza al ritiro dalle relazioni sembra essere stabile nel tempo: inizia nell'infanzia, prosegue nell'adolescenza, si stabilizza nell'età adulta e permane sino alla terza età (Rubin, Coplan e Bowker, 2009).

L'adolescenza è un periodo di disorientamento e scoperta che richiede come compito evolutivo quello di adattarsi alla vita sociale, essendo accettati e ricevendo approvazione da persone significative diverse dalla famiglia d'origine (Tiwari e Ruhela, 2012). Gli adolescenti manchevoli di adeguate capacità di adattamento corrono il rischio di sentirsi isolati in ogni ambito della propria vita, di sviluppare una bassa autostima e di ritirarsi per evitare il dolore proveniente dalle relazioni interpersonali (Morgan, Shaw e Forbes, 2013). Questo tipo di ritiro sociale risulta essere associato alla presenza di sintomi depressivi (Compas, Connor-Smith e Jaser, 2004) o al disturbo depressivo maggiore (Rubin, Coplan e Bowker, 2009). In particolare, il ritiro sociale può portare a un aumento della probabilità di sviluppare un disturbo depressivo o può essere la conseguenza di un disturbo depressivo (Rubin, Coplan e Bowker, 2009). In generale, per specificare al meglio la relazione tra ritiro sociale e depressione in adolescenza, Katz e colleghi (2011) sottolineano non solo come i bambini con ritiro sociale non abbiano più probabilità di quelli non-ritirati di sviluppare disturbi depressivi, ma anche come i problemi interpersonali conseguenti al ritiro, quali l'assenza di relazioni amicali e sentimentali (Matthews et al., 2016), rappresentino un fattore di rischio per lo sviluppo di un disturbo depressivo (Katz et al., 2011).

Ritiro sociale, scarsa rete relazionale e basso supporto sociale percepito sono aspetti associati alla depressione negli adulti (Lakey e Cronin, 2008). Tale sintomatologia è mantenuta da cicli interpersonali nei quali le persone con disturbo depressivo si pongono nei confronti dell'ambiente sociale in modo disfunzionale, ad esempio richiedendo eccessive rassicurazioni (Joiner, Metalsky, Katz e Beach, 1999), tale modalità genera nell'altro comportamenti di chiusura, allontanamento e rifiuto i quali, a loro volta, provocano nella persona pensieri ed emozioni negativi con un globale aggravamento della

sintomatologia depressiva. In età adulta, la presenza di un buon supporto sociale si configura quale importante fattore protettivo e di resilienza; viceversa, quando lo stesso è carente, quantitativamente o qualitativamente, si vengono a delineare una serie di condizioni di rischio. Un esempio di supporto da parte del contesto sociale può essere la passeggiata con un amico. Tale attività può contrastare gli effetti deleteri della ruminazione o diluirli grazie all'attivazione comportamentale che la passeggiata stessa richiede, alla percezione dell'affetto da parte dell'amico, agli effetti della comunicazione e così via. La sola presenza dell'amico e del legame affettivo della diade crea un contesto sociale e interpersonale che attenua il processo mentale ruminativo (Marroquín e Nolen-Hoeksema, 2015).

In ultimo, vari aspetti caratterizzano il ritiro sociale nella terza età. Quest'ultima rappresenta la parte finale della vita, comporta una serie di cambiamenti a cui una persona deve adattarsi e per i quali è richiesto lo sviluppo di nuove abilità (Warnick, 1995). Anche in questa fase, la presenza di relazioni sociali aumenta il senso di benessere e si configura quale fattore protettivo verso lo stress psicologico conseguente ai cambiamenti. George (1996) mette in risalto come, negli anziani, l'aumento dell'età, l'appartenenza a gruppi minoritari, il basso status socioeconomico e la bassa quantità e qualità di relazioni sociali siano correlati con l'aumento dei sintomi depressivi. Durante la terza età, cambiamenti quali il pensionamento e i lutti possono portare a una perdita dei ruoli sociali (Weiss, 2005) e i problemi di salute possono limitare la partecipazione alle attività sociali; in entrambi i casi il bisogno di supporto sociale aumenta (Li e Ferraro, 2006). In assenza dello stesso, il rischio è il ritiro sociale, le cui conseguenze in questa fase sono devastanti e portano a una diminuzione del funzionamento del sistema immunitario, al deterioramento cognitivo e, più in generale, a un aumento della mortalità (Barnes et al., 2004; Brummett et al., 2001; House, 2001; Seeman, 2000; Uchino, Cacioppo e Kiecolt-Glaser, 1996).

La reazione depressiva e la depressione clinica

Il termine *depressione* viene spesso usato in modo ambiguo per riferirsi all'emozione della tristezza, al complesso stato psicologico quale reazione a perdite o fallimenti oppure alla condizione psicopatologica denominata un tempo depressione maggiore (Gut, 1989; Welling, 2003) e ora disturbo depressivo maggiore (APA, 2014). In ambito clinico si rivela particolarmente utile distinguere la reazione depressiva (RD) dalla depressione clinica (Man-

cini e Rainone, 2018). La RD è causata da un fallimento o dalla perdita di un bene rispetto al quale non vi è speranza soggettiva di recupero o valida sostituzione. La RD può anche derivare dalla delusione di un'aspettativa o dalla percezione di una distanza tra lo stato percepito e l'obiettivo che si sta perseguendo (Carver e Scheier, 1983; 1990; Miceli e Castelfranchi, 2002a; 2002b). La perdita può essere affettiva, come la morte di una persona cara, o materiale, come la bellezza fisica o una casa. La perdita di un bene può avvenire anche a livello concettuale: basti pensare alla perdita di autostima, della speranza di raggiungere la felicità, della fede in Dio o della fiducia nell'altro (Welling, 2003).

La RD include componenti emotive, cognitive e comportamentali. A livello emotivo, vengono esperiti tristezza, talvolta ansia, irritabilità e senso di colpa. A livello cognitivo, le valutazioni circa la possibilità di determinare il futuro o influenzare l'ambiente sono spesso negative. A livello comportamentale, l'attivazione è ridotta e vengono meno appetito e pulsioni sessuali. La RD può comportare inizialmente dolore per il bene perduto e una riduzione delle attività dirette a scopi. Tali componenti si presentano in misura e con modalità diverse da individuo a individuo. In particolare, la RD è caratterizzata principalmente dal dolore se è il risultato di una perdita affettiva e da inattività se è il risultato di un fallimento (Keller, Neale e Kendler, 2007; Keller e Nesse, 2005; 2006; Couyoumdjian et al., 2011). Il dolore per il bene perduto, la tristezza, può assumere forme quali crisi di disperazione, nostalgia, senso di vuoto e mancanza, può presentarsi con pianto e lamenti, con una ruminazione sistematica e difficoltà a distaccarsi dal bene perduto (Parkes, 1972). In questa fase, infatti, il bene perduto è ancora desiderato e la sua importanza non è diminuita dopo la perdita. L'inattività è spesso la risultante di un senso di inutilità e dell'incapacità di godere di piaceri o provare interessi.

Nella RD, il pessimismo riguarda la probabilità di raggiungere il bene, in particolare gli ostacoli vengono sopravvalutati, mentre le risorse esterne e le abilità personali sottovalutate. Il pessimismo, inoltre, influenza il valore dei risultati che si potrebbero ottenere, sminuendo quelli positivi ed enfatizzando quelli negativi. La RD, di solito, si risolve con il recupero del bene perduto o con l'accettazione della sua perdita. L'accettazione implica l'investimento in beni sostitutivi, o in beni che fanno parte del bene perduto, come un successo minore o in beni che possono portare al raggiungimento di altri obiettivi, come accade a coloro che puntano al successo lavorativo in seguito a una delusione amorosa. Pertanto, la RD può essere considerata un processo, non uno stato, che parte dalla rappresentazione di una perdita senza speranza e termina con il suo recupero o accettazione. Tale processo,

di solito, comporta diverse fasi: allarme, ricerca, mitigazione, rabbia, depressione e infine accettazione e riorganizzazione (Parkes, 1972). Ci chiediamo, tuttavia, poiché la mente è un sistema scopistico che tende a massimizzare i guadagni e minimizzare le perdite: come mai nella reazione depressiva si continua a investire su qualcosa che si è perso in modo definitivo, per giunta pagando una sofferenza emotiva, piuttosto che aumentare gli sforzi per superare la perdita? Alcune riflessioni possono aiutare a comprendere questo meccanismo (Mancini e Rainone, 2018).

La prima risponde alla domanda: *perché investire in un bene anche quando si è perduto per sempre?* L'investimento si manifesta con il dolore, la ruminazione e la difficoltà dallo staccarsi da tutto ciò che ricorda il bene perduto. Ad esempio, rispetto a una perdita relazionale l'investimento non consiste nel recuperare il bene, ma nell'evitare di perderlo completamente e definitivamente. Una donna con RD dopo la morte di suo marito riferiva: «Se dovessi smettere di frequentare i nostri luoghi preferiti, o di vedere le cose che ci piacevano, sarebbe come perderlo una seconda volta»; e aggiungeva: «Se dovessi smettere di pensare a lui o non soffrire più per la sua mancanza, sarebbe come chiudere la nostra storia e perderei definitivamente anche ciò che c'era stato tra noi». La spiegazione della donna mette in evidenza punti diversi, ma strettamente associati: innanzitutto, il suo investimento non era quello di riavere indietro suo marito, ma di evitare di perderlo «una seconda volta». Infatti, disinvestire in ciò che riguardava suo marito equivaleva a decretarne la perdita definitiva, perdendo anche ciò che era stato per lei. Disinvestire o dimenticare avrebbe creato un costo aggiuntivo.

La seconda riflessione risponde alla domanda: *perché le persone depresse rinunciano a obiettivi positivi e raggiungibili?* Nella persona depressa l'anedonia comporta l'abbassamento di desideri e interessi verso attività o risultati che potrebbero dare piacere; essa implica la disattivazione di scopi alternativi al fine di mantenere lo scopo del recupero del bene perduto. L'anedonia ha la funzione di evitare che la persona che ha perso un bene, allontanandosi dalla ricerca del bene perduto paghi un costo maggiore.

La terza riflessione risponde alla domanda: *perché nella RD vi è un generale abbassamento della percezione soggettiva dei risultati positivi ottenuti?* Questa questione è descritta da frasi del tipo: «sì, è buono, ma avrebbe potuto essere migliore», «in realtà non è molto», «non è proprio quello che volevo» e così via. Quando le persone con RD valutano i risultati conseguiti, probabilmente hanno il bene perduto nella loro mente come punto di riferimento e confrontano il risultato ottenuto con esso, chiedendosi quanto il primo compensi la loro perdita. Se lo standard di riferimento, ovvero il valore attribuito al bene

perduto è elevato, la risposta sarà probabilmente negativa (Scott e Cervone, 2002).

La quarta riflessione nella RD risponde alla domanda: *perché un sistema orientato da scopi favorisce aspettative pessimistiche quando valuta la probabilità che un'iniziativa personale abbia successo o che gli eventi si sviluppino positivamente?* Presumibilmente intervengono fattori doxastici¹ e motivazionali. Infatti, attraverso il bias confermatario, le iniziative e attività personali tendono a essere percepite negativamente: tale percezione rende credibili le credenze pessimistiche e, mediante *generalizzazione*, influenza le valutazioni in domini diversi da quello in cui si è verificata la perdita. Le valutazioni pessimistiche sono valutazioni di inutilità e non di danno. Infatti, come già affermato, le persone depresse rinunciano alla maggior parte delle attività perché le considerano inutili più che pericolose o dannose e perché le stesse non sembrano degne di essere affrontate. In altre parole, esse ritengono che non valga la pena investire risorse in quella direzione perché sarebbero sprecate. L'orientamento pessimistico nella valutazione delle possibilità di successo può essere spiegato dall'obiettivo di evitare scelte che potrebbero allontanare in modo ingiustificato la persona dal bene perduto e quindi contribuire alla sua ulteriore perdita. Secondo vari autori, tra cui Beck (2008), i disturbi dell'umore sarebbero una reazione depressiva inappropriata, vale a dire: più facilmente attivabile, più intensa e più duratura di quella che avviene normalmente in seguito a cambiamenti significativi dell'ambiente o di se stessi.

La depressione clinica si distingue dalla RD per la presenza di un fenomeno che porta con sé conseguenze negative significative: la valutazione negativa del proprio stato depressivo e i conseguenti tentativi disfunzionali di risolverlo. Si tratta, in termini cognitivisti, di un *problema secondario*, ovvero un problema che si struttura su quello iniziale. Il problema secondario mantiene e aumenta la depressione in un circuito di autoinvalidazione ricorsiva (Mancini e Rainone, 2008). In particolare, la persona che soffre di disturbo depressivo si critica aspramente per la propria depressione. Tale autocritica si sviluppa su due livelli: il primo concerne valutazioni di

¹ La soluzione doxastica nella depressione è la spiegazione psicologica utilizzata dalla terapia cognitiva standard per affrontare alcune questioni relative al paradosso depressivo. La premessa della soluzione doxastica è che nella reazione depressiva vi è una rappresentazione negativa della possibilità di recuperare il bene perduto. Ciò di conseguenza modifica l'orientamento dei processi cognitivi in modo confermatario. Più una rappresentazione sfavorevole è credibile, più facilmente sarà confermata dai processi cognitivi. Inoltre, vi è una tendenza alla generalizzazione, quindi le conclusioni negative saranno estese anche a domini diversi di quello della perdita.

Ritiro sociale e disturbi di personalità

Antonio Semerari, Antonino Carcione e Michele Procacci

Introduzione

Come dimostrano i contributi di questo volume, il ritiro sociale costituisce in ultima analisi la manifestazione fenomenica di condizioni psicopatologiche diverse. Da questo punto di vista il ritiro sociale basato sulla personalità, più precisamente su un disturbo di personalità, sembra rappresentare una sorta di crocevia. In esso troviamo gli aspetti ansiosi del ritiro legati al timore del giudizio e alle preoccupazioni per la propria immagine sociale. Accanto all'ansia, del resto, gioca in questi disturbi un ruolo importante anche la depressione, sia come conseguenza stessa del ritiro, sia a sua volta come elemento che lo favorisce. Ma oltre ad ansia e depressione, alla base del ritiro sociale incentrato sulla personalità sono presenti fattori psicopatologici comuni ai disturbi più gravi: problemi nella *social cognition* e nella *mentalizzazione*, inibizione primaria nelle relazioni, angosce di tipo paranoico e, talvolta, disturbi del pensiero. Al centro di questo crocevia si trova, a nostro avviso, il disturbo evitante di personalità (DEP), che qui utilizzeremo come disturbo paradigmatico del ritiro basato sulla personalità. In questo capitolo cercheremo di presentare un modello del DEP che cerca di connettere in modo coerente le varie sfaccettature di una patologia complessa.

Una diagnosi complessa

Per prima cosa confronteremo due casi clinici, uno con disturbo d'ansia sociale e l'altro con DEP, per illustrare somiglianze e differenze tra quest'ultimo e i disturbi d'ansia.

Successivamente, attraverso l'esame della letteratura, discuteremo le varie componenti psicopatologiche del DEP e, di seguito, il modello clinico da noi proposto, concludendo con le considerazioni terapeutiche che da tale modello conseguono.

Giovanni

«Dotto', non le posso dire quanti soldi c'ho fatto vendendo quel negozio, che mi vergogno». Forse era una spaccinata, ma detta in modo tale che il terapeuta scoppì in una risata franca quanto lo era stata la dichiarazione del paziente. Indubbiamente quell'uomo sulla cinquantina, vestito con un'eleganza casual e con un lieve accento dell'Italia centrale, gli stava simpatico.

Quella era la seconda volta che l'incontrava. Nel primo incontro Giovanni gli aveva esposto il problema che l'aveva spinto a chiedere l'aiuto di uno psicoterapeuta. Trema, accidenti! No, non era un tremore diffuso e permanente, nessun segno di Parkinson o di qualche complicazione neurologica. Giovanni trema solo in circostanze particolari. Trema quando deve scrivere qualcosa, peggio se deve apporre la sua firma davanti a qualcuno. Il fatto è che, essendo proprietario e titolare di uno dei più noti negozi del centro cittadino, tra ordini, ricevute e assegni, di firme ne deve mettere parecchie. E gli scoccia maledettamente che qualcuno si accorga che trema mentre appone la sua firma. Questo qualcuno potrebbe pensare che è in imbarazzo, che si vergogna della sua scrittura elementare, che si vergogna delle sue umili origini, e ciò gli risulta insopportabile al punto da farlo vergognare. Per essere precisi, Giovanni non si vergogna delle sue origini. Si vergogna all'idea che qualcuno possa pensare che se ne vergogni. Un problema di metaverogna allo stato puro. Giovanni si ricorda perfettamente l'inizio della vicenda. Stava per apporre una serie di firme e pensò che la persona presente avrebbe notato che la scrittura rivelava l'assenza di studi superiori. Non avrebbe avuto difficoltà ad ammetterlo, ma sarebbe sembrata una scusa, una dichiarazione che rivelava un imbarazzo. E fu all'idea di mostrarsi imbarazzato che incominciò a tremare. Di lì l'ansia anticipatoria ogni volta che doveva scrivere qualcosa davanti a dei potenziali osservatori e un insieme di sotterfugi per celare il tremore che finivano, inevitabilmente, col peggiorare le cose.

In effetti, ascoltando la sua storia, il terapeuta avvertiva un misto di simpatia e ammirazione. Era una storia fatta di intraprendenza, laboriosità e sagacia. Era emigrato giovanissimo in città dal paese d'origine insieme col padre, entrambi per fare i camerieri. Alcuni anni di sacrifici per mettere da parte un piccolo gruzzolo, un mutuo, e poi l'acquisto di un negozietto in periferia. Il luogo era periferico ma la scelta oculata. «Nel palazzo dove stava il negozio c'erano più abitanti che al mio paese». In poco tempo il mutuo viene pagato, il negozio viene venduto con un notevole guadagno. Altri negozi vengono acquistati e venduti spostandosi sempre più dalla periferia al centro. Ora non gli manca nulla. *Agiatezza*, una bella famiglia con due figli che studiano, una casa al mare dove nei fine settimana ci sono sempre amici o parenti per passare il tempo in lieta compagnia. Accidenti a quel tremore! «Via» pensò il terapeuta «non credo sarà difficile risolvere il problema».

Renato

Era stata una fatica tirar fuori le informazioni e al terapeuta l'ora era sembrata interminabile. Renato aveva risposto a monosillabi alle domande, ma non era stato solo questo a rendere così faticosa la seduta. Sembrava che Renato non partecipasse attivamente alla conversazione. Aveva chiesto l'incontro, aveva dichiarato il suo problema: «Ansia sociale... arrossisco», aveva detto. Dopodiché non aveva dato alcuna informazione spontanea e quelle che aveva fornito consistevano in risposte laconiche alle sollecitazioni del terapeuta. Certo, la sua propensione all'imbarazzo poteva spiegare quest'atteggiamento. Ma non sempre questa propensione si mantiene così a lungo tanto da costituire un inciampo per diverse sedute. Molti pazienti, una volta rotto il ghiaccio, iniziano volentieri a parlare spontaneamente delle loro difficoltà e ansie sociali. In questo caso si avvertiva qualcos'altro. Una sorta di difficoltà primaria a contribuire allo svolgersi di una relazione interpersonale. Ne derivava, nel terapeuta, un senso di estraneità che perdurava per un tempo insolitamente prolungato ed egli doveva ammettere con se stesso una tendenza ad annoiarsi e a distrarsi dall'impegno di lavoro che finiva con lo spingerlo a porre domande al solo scopo di far passare il tempo.

Comunque, alla fine della quarta seduta, un quadro abbastanza completo era emerso. Renato ha 25 anni e si è sempre sentito in difficoltà nei rapporti interpersonali. Al liceo si sforzava di partecipare alle attività di gruppo «perché non avere amici è da sfigati» e, per lui, essere giudicato uno sfigato era la cosa peggiore che potesse capitare. Aveva avuto anche qualche ragazza ma non emergevano bei ricordi. Mostrarle agli amici era un

problema serio. E se le avessero giudicate brutte o insignificanti? Il giudizio sarebbe ricaduto anche su di lui: «che sfigato che si va a prendere una come quella!». Neanche l'amore e il sesso sembrano suscitargli emozioni positive. Non aveva avuto problemi sessuali, e il sesso in sé gli piaceva. Ma il punto del suo interesse non sembrava il piacere nei rapporti umani. La questione dell'immagine e del rango sociale dominava su tutto. Giudicava queste ragazze poco presentabili da un punto di vista sociale e il tono di disprezzo con cui ne parlava risultava evidente al terapeuta.

Il ritiro sociale vero e proprio e gli evitamenti erano cominciati con l'università. In mezzo ai nuovi colleghi si sentiva un estraneo, un pesce fuor d'acqua. Aveva l'impressione che gli altri costituissero spontaneamente un gruppo da cui percepiva di essere tagliato fuori. Con loro si sentiva inadeguato, non sapeva mai cosa dire né come inserirsi nella conversazione. Fu allora che scoprì, con orrore, la sua propensione ad arrossire. Quando qualcuno gli rivolgeva la parola, Renato, improvvisamente, diventava rosso. Ai suoi occhi questo avrebbe avuto un effetto catastrofico sulla sua immagine sociale. Cominciò a evitare gli incontri con i colleghi e a recarsi all'università giusto in tempo per l'inizio delle lezioni per poi allontanarsi in fretta appena queste erano finite. Ma a fargli smettere di frequentare del tutto fu un'esperienza ancora più inquietante. A lezione, mentre il docente parlava, Renato aveva l'impressione che gli occhi di tutti fossero puntati su di lui. Tutti lo stavano osservando, valutando, soppesando. L'implausibilità della cosa e l'angoscia evidente con cui raccontava quest'esperienza facevano venire in mente certe atmosfere paranoiche descritte da Kretschmer (1918) nelle personalità sensitive. Il contenuto dei pensieri sembrava rimandare all'abituale timore di essere giudicato. Ma il clima emotivo, l'atmosfera psichica che evocava era di una vera e propria minaccia. Un'atmosfera che sembrava preludere a un linciaggio, a un gruppo compatto che sta per scagliarsi contro un estraneo, un diverso. «No» pensò il terapeuta «non sarebbe stato affatto facile aiutare Renato a venire a capo dei suoi problemi».

Il confronto tra i casi di Giovanni e Renato

Da un punto di vista formale non vi sono molti dubbi. Giovanni soffre di un disturbo d'ansia sociale e Renato di un disturbo evitante di personalità o, in maniera un po' pilatesca, di un disturbo evitante e di un'ansia sociale. Ma da un punto di vista concettuale la questione è più complessa. Le somiglianze possono far pensare a un unico tipo di disturbo distribuito lungo un gradiente di gravità di cui questi due pazienti rappresentano gli

estremi? In questo caso gli elementi che consentirebbero di distinguere il disturbo di Renato da quello di Giovanni sarebbero l'insorgenza precoce e la maggiore gravità dei sintomi. Oppure le differenze sono tali che delineano quadri clinici qualitativamente diversi e le similitudini un elemento relativamente aspecifico come può essere la febbre per molte malattie? E, in questo caso, quali sarebbero le differenze caratterizzanti i due disturbi?

Torneremo più avanti sulle ricerche che hanno affrontato questa questione. Per il momento limitiamoci al confronto clinico tra i due casi. L'aspetto in comune che più salta agli occhi è rappresentato dalla preoccupazione per il giudizio altrui e da una certa sensazione di essere inadeguato nel gestire la situazione sociale temuta. Questi aspetti si presentano in modo specifico e circoscritto nel caso di Giovanni, più esteso e pervasivo, in ultima analisi più grave, nel caso di Renato. Questo stato mentale attiva in entrambi emozioni più o meno intense di imbarazzo e/o vergogna accompagnate da manifestazioni somatiche che le rendono visibili e riconoscibili dagli altri. Proprio quest'ultimo punto costituisce per entrambi i pazienti la massima preoccupazione e la fonte dell'ansia anticipatoria. Essi temono che, mostrando segni di imbarazzo o vergogna, riveleranno una debolezza inaccettabile, ulteriore fonte di sarcasmo e di giudizio negativo da parte degli altri. È proprio questa vergogna della vergogna che li porta a mettere in atto una serie di comportamenti protettivi e di evitamenti che finiscono col creare un meccanismo autoperpetuantesi. Timore del giudizio, senso di inadeguatezza e metaverghogna costituiscono evidenti aspetti comuni ai due disturbi.

Altrettanto evidenti appaiono le differenze. Laddove Giovanni, quando non è presente lo stato mentale caratterizzato dal timore del giudizio, riesce a godere dei rapporti umani, tanto da amare la convivialità e dal formare rapporti affettivi stabili, questa possibilità sembra preclusa a Renato. Lo stato mentale relazionale per lui soggettivamente meno problematico è caratterizzato da disprezzo e senso di superiorità. In questo stato mentale l'altro è descritto come inadeguato, giudicato negativamente e trattato senza un minimo d'empatia. Da un lato questo stato mentale appare come il rovesciamento vittorioso dello stato in cui è il sé a sentirsi inadeguato e timoroso del giudizio, dall'altro presenta tali e tanti punti di contatto con stati mentali tipici del narcisismo patologico da porre il problema se il DEP non costituisca, in ultima analisi, una forma di narcisismo vulnerabile caratterizzato dal comportamento d'evitamento.

Renato si presenta con altri due stati mentali, assenti in Giovanni, che condivide con altre importanti dimensioni psicopatologiche. Il primo è un senso profondo di diversità e di estraneità che lo fa sentire straniero

a qualunque consorzio umano. Gli *altri* per lui non sono persone distinte. Sembrano un gruppo omogeneo dove tutti pensano e agiscono allo stesso modo, un gruppo omogeneo a cui l'*io* si sente estraneo e diverso. È una sensazione di fondo che costituisce una medaglia a due facce: una rivolta al sé costituito, appunto, dalla sensazione di essere diversi, mancanti di qualcosa, in particolare delle abilità spontanee che rendono fluidi i rapporti sociali; l'altra interpersonale, costituita dalla sensazione di non aver nulla da condividere con gli altri e di non appartenere a nessun gruppo. Ne deriva che, anche quando mancano i timori più acuti legati al giudizio e al senso di inadeguatezza, è presente un cronico imbarazzo, un impaccio relazionale, quella sensazione di non saper cosa dire e cosa fare che si prova talvolta con gli estranei o nei gruppi dove non si conosce nessuno, ma che, in questo caso, segna l'intera esistenza del soggetto.

È chiaro che si tratta di uno stato mentale simile a quello dei pazienti schizoidi (e taluni con sindrome di Asperger) ed è proprio questo tipo di similitudine che pose a Millon (1969) il problema di come separare le due categorie diagnostiche. Probabilmente questo senso di alienazione costituisce l'esperienza di base di molti pazienti con ritiro sociale (Colle et al., 2017; Colle in questo volume) e rappresenta il modo con cui si realizza nell'esperienza soggettiva quella che in termini più descrittivi chiamiamo inibizione sociale. Ma lo stato di estraneità, diversità e non appartenenza ha anche un risvolto più inquietante. Il sentirsi diverso può tradursi nella percezione soggettiva di avere su di sé quello che pensatori come Giraud (2006) e Fornari (2017) chiamerebbero un segno *vittimario*. L'essere diversi può scatenare contro di sé la violenza del gruppo e gli sguardi giudicanti a cui si è sottoposti diventano gravidi di minaccia. Ci si sente osservati, additati e il senso di minaccia che ne deriva lo si sente provenire da un gruppo coeso e ostile verso lo straniero, e colora lo stato mentale di un'atmosfera opprimente e paranoica. Poco importa qui se l'atmosfera assuma o meno la forma di un vero e proprio delirio, come descritto da Kretschmer, o rimanga un'esperienza aperta alla possibilità del riesame critico. Quello che conta è saper cogliere in questi soggetti i passaggi in cui il timore del giudizio diventa una vera e propria paura che sembra evocare un pericolo per l'integrità della persona. Si comprende allora come, per pazienti come Renato, i momenti di maggior sollievo siano proprio quelli in cui si sottrae alla pressione della relazione. Sollievo di breve durata destinato a essere presto sostituito da un senso di sconfitta. Ed è il non voler accettare la sconfitta, il non voler essere *sfigato*, più che il piacere per i rapporti umani, che lo spingono a desiderare ancora delle relazioni.

A queste differenze negli stati mentali problematici, ovvero all'esperienza soggettiva dei due pazienti, ne vanno aggiunte altre tre che il terapeuta può cogliere dall'osservazione diretta dell'interazione tra sé e il paziente. La prima è percepita dal terapeuta come fatica a condurre il colloquio. Con Renato, malgrado il succedersi degli incontri, egli avverte quell'impaccio nelle relazioni, quella mancanza di fluidità nella conversazione che, normalmente, si avverte nei primi momenti di scambio con gli sconosciuti. Avverte anche dentro di sé, insieme, la voglia di terminare le sedute e la tendenza a sottrarsi al lavoro terapeutico cercando di far passare il tempo alla meglio. Sente in ultima analisi qualcosa di simile al senso di estraneità e alla tendenza al ritiro dalla relazione che Renato prova così di frequente nei rapporti sociali. In altri lavori (Carcione, Nicolò e Semerari 2016) abbiamo chiamato questo tipo di fenomeno *ciclo del distacco interpersonale*, un processo per cui i pazienti con ritiro sociale basato sulla personalità inducono negli altri una tendenza al ritiro che a sua volta può accentuare il ritiro del paziente. Il ciclo del distacco interpersonale si attiva di frequente nella relazione psicoterapeutica, ma è probabile che si manifesti pervasivamente nella vita quotidiana di questi pazienti, diventando un potente fattore di mantenimento e deterioramento. Quest'assetto relazionale, peraltro, è del tutto assente nel caso di Giovanni, con cui la relazione si sviluppa in modo fluido con momenti spontanei di piacevolezza e simpatia.

La difficoltà relazionale con Renato sembra, inoltre, legata a un aspetto del suo funzionamento che lo differenzia ulteriormente da Giovanni: la difficoltà a descrivere i suoi stati mentali. Le sue narrazioni, peraltro laconiche, sono descrizioni di comportamenti, di reazioni somatiche, di eventi con quasi nessun riferimento a pensieri ed emozioni. E quando viene direttamente sollecitato dalle domande del terapeuta a descrivere i contenuti della sua mente vengono fuori risposte incerte e scarsamente informative. Ne deriva un senso di opacità che contribuisce, nella percezione del terapeuta, a quel senso di estraneità che segna le loro relazioni. Questa attitudine a non pensare ai pensieri è stata, in questi pazienti, concettualizzata in modi diversi. Per alcuni si tratta di un disturbo di quella capacità umana di creare rappresentazioni di rappresentazioni e di sviluppare su questa base di sviluppo una conoscenza degli stati mentali propri e altrui, abilità che può essere denominata in vari modi come *mindreading* (Baron-Cohen, 1995), *theory of mind* (Premack e Woodruff), *mentalizzazione* (Bateman e Fonagy) e che qui chiamiamo *metacognizione* (Semerari et al., 2007). Per altri (Beck e Freeman) è la conseguenza di un attivo e semi-consapevole *evitamento cognitivo* dai pensieri che riguardano i propri pensieri. Infine, potrebbe trattarsi di una semplice reticenza comprensibile in una persona così preoccupata del giudizio altrui. Dal nostro punto di

vista notiamo che, più che essere mutualmente esclusivi, questi meccanismi si potenziano reciprocamente. In particolare, una persona con basse capacità metacognitive, avendo poche riserve per elaborare e padroneggiare gli stati mentali problematici, si trova a dover ricorrere massicciamente all'evitamento cognitivo come a una delle poche strategie di coping disponibili, una strategia però che se usata in modo stabile e pervasivo atrofizza le abilità metacognitive.

L'ultimo elemento di differenza è nella prognosi dei due disturbi: positiva per Giovanni, problematica per Renato.

Torniamo ora alla domanda: ha senso clinico porre questi due casi all'interno della stessa categoria diagnostica distinguendoli su un *continuum* di gravità? Se una diagnosi utile serve a comunicare al clinico gli aspetti salienti della psicopatologia, a dare un'idea della prognosi e a suggerire le linee generali del trattamento, la risposta è, evidentemente, negativa. Utilizzare una stessa etichetta diagnostica finirebbe per oscurare gli aspetti più gravi della psicopatologia di Renato, come le difficoltà ad accedere a relazioni intime e di appartenenza o le tendenze all'ideazione paranoide. E non solo l'indicazione prognostica è molto diversa nei due casi, ma anche l'aspetto della terapia presenta vistose differenze, a cominciare dalla relazione terapeutica.

Disturbo evitante di personalità e comorbidità

Disturbo evitante di personalità e disturbo d'ansia sociale

Diversi studi si sono occupati dei rapporti tra ansia sociale e disturbo evitante di personalità. Alcuni autori hanno proposto di mettere i due disturbi in una linea di continuità. Ansia sociale e disturbo evitante di personalità avrebbero caratteristiche simili ma con una maggiore gravità di sintomi nell'evitante rispetto all'ansioso sociale (Reich, 2000). L'alta comorbidità tra i due disturbi (fino a più del 50% dei casi; Alden et al., 2002) aveva fatto pensare che l'evitante fosse solo un sottogruppo di casi con un livello di ritiro sociale maggiore dell'ansia sociale. Gli studi di comorbidità vanno dal 22% all'89% dei casi visti in epidemiologia clinica (Eikenaes, Gude, e Hoffart, 2006; Hummelen et al., 2007; Reich, 2000). Tuttavia, se si considera la patologia della personalità come un disturbo di quelle funzioni che permettono un normale sviluppo del sé e delle relazioni (APA, 2014), le differenze si fanno evidenti.

Marques et al. (2012) hanno mostrato che, rispetto a pazienti con sola ansia sociale, quelli in comorbidità col disturbo evitante di personalità avevano un peggiore funzionamento nei domini lavoro, famiglia e funzionamento