Da elettivo a selettivo: un po' di storia

Il termine mutismo venne coniato per la prima volta nel 1877 da Adolf Kussmaul, uno psicofisiologo tedesco, che lo definì come una condizione di "aphasia volontaria", ovvero chi, selezionando situazioni e persone, sceglie di parlare o richiudersi in un risoluto silenzio. Alcuni anni più tardi, fu coniato il termine di "mutismo elettivo" dallo psichiatra tedesco M. Tramer nel 1934, per indicare quei bambini che sono taciturni nelle occasioni di tutti i loro rapporti interpersonali, fatta eccezione per un ristretto gruppo di parenti e amici intimi. Nel 1983, lo psicofisiologo tedesco Hasselman lo denominò "mutismo selettivo". Egli evidenziò la volontarietà del bambino ad esprimersi in selezionate circostanze, ma in risposta ad un ambiente che percepisce come ostile e inadeguato. L'ICD 10 (2000), International Classification of Diseases, tratta il mutismo elettivo in termini di rifiuto del soggetto a verbalizzare, inserendolo, di fatto, nella categoria dei disturbi del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza, identificando come nucleo disfunzionale principale l'area relativa al funzionamento sociale, dove l'ipersensibilità al giudizio e al cambiamento, l'opposizione e le relazioni sociali costituiscono i fattori di fragilità. Nel DSM IV-TR (2001) troviamo una vera e propria ridefinizione del disturbo con l'obiettivo di superare l'originale accezione di "rifiuto" con il concetto d'incapacità. Questo cambiamento porta al passaggio da condizione consapevole e determinata, a un comportamento selettivo agito dal bambino solo in particolari contesti e in particolari ambienti. Questa incapacità di parlare e comunicare in modo efficace in determinate situazioni sociali percepite come minacciose è stata riconfermata dall'ultima edizione del DSM (DSM-5, 2014), in cui il mutismo selettivo è elencato tra i disturbi d'ansia.

Eziologia e sintomi

Il mutismo selettivo è un disturbo relativamente raro; utilizzando vari campioni clinici e scolastici, il punto di prevalenza varia dallo 0,03% all'1% in base all'età e al contesto. La prevalenza, comunque, non sembra variare in base al sesso o all'etnia di appartenenza (DSM-5). Insorge in genere in età precoce, a 3 o 4 anni di età (Kristensen, 2000; Cunningham et al., 2004; Garcia et al., 2004). Possono capitare casi tardivi, tra 6 e gli 8 anni (Bissoli in Black e Uhde, 1992; Bergman e al., 2002; Vecchio e Kearney, 2005, 2006; Steinhausen et al. 2006; Sloan, 2007) e in casi più rari presentarsi in età adolescenziale. I sintomi, infatti, potrebbero non rendersi manifesti fino all'inizio della scuola, dove si ha un aumento dell'interazione sociale e dei compiti prestazionali (DSM-5). Riguardo alla durata dell'anomalia, essa deve essere di almeno 1 mese (non

limitata al primo mese di scuola). Il disturbo ha generalmente una durata di 8 anni dopo i quali i sintomi chiave tendono ad affievolirsi o a scomparire totalmente. Nonostante ciò, diversi studi hanno dimostrato che bambini che hanno sofferto di mutismo selettivo continuano ad avere, soprattutto in età adulta, problemi di comunicazione, basse performance a scuola o al lavoro e un'alta probabilità di sviluppare disturbi psichiatrici (Remschmidt, et al., 2001; Steinhausen, et al., 2006). Ovviamente ciò spinge alcuni verso lo sviluppo di capacità notevoli e voglia di perfezionismo e riuscita, per sopperire alla frustrazione vissuta negli anni. Diversi studi concordano per un'ipotesi multifattoriale (Sharon et al. 2006; Freeman et al. 2004) che vede alla base dell'eziologia del disturbo molto probabilmente l'interazione tra molteplici fattori, tra quelli più prettamente biologici/costituzionali (primariamente temperamentali) e quelli ambientali, più nello specifico, socioculturali e familiari (livello culturale basso, scarsa socializzazione della famiglia, famiglie ansiose e chiuse, irretimento genitore-bambino, dipendenza genitoriale). Nel DSM 5 si specifica anche che questi soggetti sono spesso presi in giro o usati come capro espiatorio dai coetanei. Sebbene, come abbiamo evidenziato sopra, questi bambini abbiano generalmente normali capacità di linguaggio, occasionalmente può esservi un Disturbo della Comunicazione associato (ad esempio Disturbo della Fonazione, dell'Espressione del Linguaggio o Disturbo Misto dell'Espressione e della Ricezione Linguaggio) o una condizione medica generale che causa anomalie dell'articolazione, Disturbi d'Ansia (soprattutto Fobia Sociale), Ritardo mentale, Ospedalizzazione o gravissimi fattori psicosociali stressanti possono essere associati con questo disturbo. In particolare, tra le caratteristiche associate troviamo eccessiva timidezza, imbarazzo sociale, isolamento, ansia sociale, negativismo, ansia da prestazione, perfezionismo, eccessi di collera e comportamenti oppositivi, difficoltà scolastiche e occasionalmente difficoltà di comunicazione. Studi recenti pongono l'attenzione sul peculiare temperamento e comportamento del bambino che sviluppa un mutismo selettivo (predisposizione temperamentale), che sembra coerente con il quadro dell'ansioso, timido, diffidente e riservato. Non è raro che i genitori riferiscano la presenza di difficoltà di alimentazione, del sonno, irrequietezza nella prima infanzia dei loro bambini (Capozzi et al. 2001; Krysansky 2003).

Area cognitiva

Il bambino con mutismo selettivo cerca di spingere l'altro a sostituirsi a lui e a comunicare al suo posto (Capozzi et al., 2012). L'altro assume un ruolo importante perché aiuta il bambino a dare voce ai suoi pensieri assolvendo ad alcuni dei suoi bisogni fondamentali come per esempio: regolare lo stato emotivo del bambino e aiutarlo

ad affrontare situazioni che il bambino percepisce come minacciose. Si osserva una stretta relazione tra linguaggio e abilità neuropsicologiche e socio-affettive. A tal proposito, in un articolo di M. Capobianco del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università La Sapienza, viene citata un'interessante ricerca di Kristensen e Oerbeck (2006) dove vengono evidenziate alcune difficoltà in età scolare nei compiti di memoria verbale, a fronte di una buona memoria visuospaziale. È importante precisare che l'intelligenza di questi bambini è di solito nella norma e non sembrano esserci deficit importanti nei compiti cognitivi.

Area emozionale

La prima cosa che appare è il comportamento manifesto del bambino al cui silenzio vengono spesso fatte attribuzioni, come per esempio: "*Non parla perche è timido, ma poi con il tempo gli passerà"* (Kumpulainen et al. 1998; Vecchio e Kearney, 2005) oppure "lo sta facendo apposta" o ancora "non è interessato". Spesso queste etichette e attribuzioni di significato, date al comportamento del bambino silenzioso, rendono ancora più difficile la comprensione del suo vissuto emotivo in situazioni che lui percepisce come difficili e minacciose. Il bambino potrebbe manifestare comportamenti di isolamento, evitamento dello sguardo dell'altro, di silenzio persistente, e non lo fa per attirare l'attenzione di chi lo circonda, ma, al contrario, chiede proprio quell'attenzione che lo supporterebbe nella gestione dello stato ansioso in cui è intrappolato. Le relazioni familiari diventano, dunque un elemento da tenere in considerazione. Il Mutismo Selettivo è inserito all'interno della categoria dei disturbi di attaccamento presentata nell'ICD10 come una problematica caratterizzata da comportamenti disfunzionali in specifiche aree del funzionamento sociale ed evidenziando alcune componenti comportamentali correlate ad essa: ansia nelle relazioni sociali, chiusura, ipersensibilità al giudizio e oppositività. L'emozione prevalente è la vergogna per l'esposizione di sé al giudizio dell'altro, a ciò si aggiunge anche la paura di mostrare la propria vergogna agli altri (metavergogna). Il bambino esposto a situazioni sociali esterne sperimenta un'attivazione costante di disagio, si sente minacciato dal giudizio altrui, inadeguato e incompetente.

Il sistema familiare

Per comprendere ancora meglio il decorso dei sintomi del Mutismo Selettivo è importante analizzare la famiglia e la qualità delle relazioni al suo interno. I genitori tendono a volte a sottovalutare il mutismo del proprio bambino in età prescolare attribuendolo a caratteristiche del temperamento, a semplice timidezza e comunque

ad uno stato transitorio che con il crescere dell'età tenderà a scomparire (Kumpulainen et al. 1998; Vecchio e Kearney 2005). Per questo motivo ci potrebbero essere difficoltà di diagnosi precoci di Mutismo Selettivo in parte spiegate dal fatto che alcuni comportamenti nei bambini vengono meglio tollerate e accettate nei primi anni della scuola materna sia dai genitori sia dagli insegnanti. Quando si inizia a considerare l'inserimento nelle scuole elementari, la persistenza del comportamento mutacico inizia ad allarmare comprensibilmente famiglia e Scuola, anche per la disparità con i compagni della stessa età, le difficoltà d'integrazione e tutti quegli aspetti legati all'apprendimento e alla performance scolastica. Le famiglie di questi bambini, inoltre, sono generalmente molto isolate sul piano sociale, con poche relazioni esterne al nucleo familiare. I genitori di questi bambini sono spesso descritti come persone schive, eccessivamente timide e con tratti depressivi (Kristensen e Torgensen 2001). Non è infrequente che uno o entrambi i genitori di bambini con mutismo abbiano alle spalle una storia familiare di timidezza patologica (se non proprio diagnosi pregressa di mutismo), un disturbo d'ansia o una fobia sociale. Tale associazione suggerisce la presenza di una familiarità ad un temperamento particolarmente timido e ansioso che predispone e contribuisce allo sviluppo di una sintomatologia mutacica, in presenza di specifici fattori ambientali (Dow et al. 1995; Sloan 2007). Generalmente, i bambini con Mutismo selettivo sviluppano con i propri genitori e in particolare con la madre uno stile di attaccamento insicuro di tipo dipendente, come spesso avviene nelle famiglie con disturbi d'ansia. Lo stato emotivo ansiogeno del genitore alla base del legame di dipendenza sviluppa gradualmente nel bambino una paura verso la realtà sociale esterna non familiare (quale ad esempio la scuola), senso di incapacità e inefficacia, per cui la presenza del caregiver diventa necessaria nell'affrontare qualsiasi situazione. L'atteggiamento del genitore eccessivamente protettivo e ansioso con il bambino e controllante e schivo verso il mondo esterno, infatti, non permette al bambino una graduale separazione- individuazione mediante i normali processi esplorativi e relazionali (Tatem e Del Campo 1995; Bissoli 2003a; Bissoli 2007b; Cunningham et al. 2006).

Una rassegna delle ricerche condotte tra il 1943 e il 2003, ad opera di Compare, Gorla e Molinari (2006) ha evidenziato che nelle famiglie invischiate, i genitori non leggono i sintomi del mutismo selettivo in termini di comportamento ansioso. Ricordando che, nella prospettiva sistemico-familiare (Minuchin 2018), la famiglia invischiata è caratterizzata da un iper-coinvolgimento dei membri e da confini non definiti, è possibile ipotizzare che i pattern di queste famiglie tendano al mantenimento della

sintomatologia in età evolutive. Infatti, questa tipologia di stile familiare, oltre a non promuovere l'indipendenza dei membri, può non permettere ai genitori di mantenere la distanza necessaria per comprendere gli stati mentali dei bambini affetti da Mutismo Selettivo. Infine, tra i bambini con Mutismo Selettivo, il 47% dei genitori aveva problemi matrimoniali e l'84% faceva parte di famiglie in cui lo stile genitoriale viene definito "deviante o insufficiente" (Viana, Beidel, & Rabian, 2009).

Un dato interessante riguarda la relazione tra psicopatologia genitoriale e Mutismo Selettivo. In uno studio di follow-up, il 60% delle madri e l'87% dei padri di bambini con Mutismo Selettivo hanno manifestato sintomi di depressione, mancanza di desiderio, alcolismo, ritiro sociale, estrema timidezza, irritabilità e disturbi di personalità (Remschmidt, et al., 2001). Tuttavia, l'analisi di quest'ultimo studio non ha considerato né il gruppo di controllo né la possibile differenza tra psicopatologia materna e paterna. Prendendo in considerazione proprio quest'ultimo aspetto, infatti, sono state trovate differenze significative: i padri dei bambini con Mutismo Selettivo presentavano un tasso più elevato di ansia, depressione, disturbi psicosomatici e un'immagine di sé negativa, rispetto alle madri (Alyanak, et al., 2013). Nonostante ciò, lo studio ha evidenziato come la gravità dei problemi emotivi e comportamentali dei bambini con Mutismo Selettivo sia correlata alla psicopatologia materna, ma non a quella paterna.

Il contesto scolastico

La scuola è un luogo importante dove poter evidenziare i sintomi, i segnali deboli, i comportamenti sociali. Nei primi mesi di scolarizzazione, molti bambini possono manifestare una marcata inibizione e la paura di parlare è spesso frequente nei bambini con disturbi della comunicazione o della fonazione, come accade ai balbuzienti dove la limitazione è strettamente legata all'evitamento strumentale per nascondere un linguaggio poco estetico. In altri casi l'atteggiamento restio alla comunicazione verbale deriva da una forte determinante ambientale, come in situazioni di importanti differenze socioculturali tra i bambini e il contesto sociale. Ne sono un esempio chiaro gli immigrati o i bambini socialmente e culturalmente molto svantaggiati abituati ad esprimersi con uno stile esclusivamente dialettale. Altro caso particolare sono i bambini bilingui o esposti a più lingue oltre quella nativa. In tal caso Toppelberg et al. (2005) sottolineano che è possibile fare diagnosi di mutismo nei casi di bilinguismo solo se il comportamento mutacico persiste per almeno sei mesi e si manifesta in entrambe le lingue (nativa e non nativa). È importante sottolineare, dunque, che se-

guendo questo approccio basato sulla qualità delle relazioni familiari, la presa in carico di un bambino con questa problematica non potrà escludere la valutazione delle specifiche dinamiche familiari in cui è inserito.

Intervento psicologico e psicoterapeutico

L'obiettivo principale non è quello di "far parlare a tutti i costi il bambino", ma facilitare in lui/lei una graduale fiducia con il terapeuta e, di conseguenza, con il contesto e gli adulti che lo circondano. Tutto ciò evidenzia come sia fondamentale mettere l'accento, oltre che sulla riduzione dell'ansia del bambino, anche sull'importanza di aumentare la fiducia in sé stesso e l'autostima, e di promuovere la comunicazione nelle situazioni sociali. Lavori recenti suggeriscono l'importanza, soprattutto per alcuni casi, di prediligere un approccio di tipo integrato che favorisca sia l'espressione emotiva, sia il miglioramento di relazioni affettive equilibrate e sicure. Diventa fondamentale, un approccio che coinvolga la Scuola e i genitori e sarà fondamentale fin dalle prime fasi.

Spesso, si tende ad inquadrare il Mutismo Selettivo come un atteggiamento di sfida o, in ogni caso, come un comportamento intenzionale, ciò porta ad assumere atteggiamenti arrabbiati e punitivi nei confronti di questi bambini (Capobianco, 2009). Altre volte, invece, ci si può sentire impotenti e si possono mettere in campo delle strategie che, sperando di incoraggiare e sollecitare la comunicazione del bambino (es. promettendogli regali o supplicandolo di parlare), sortiscono l'effetto opposto, sottoponendolo a inutili e controproducenti pressioni che aumenteranno il livello di ansia.

Bisognerà, al contrario, creare un ambiente che faccia sentire il bambino a proprio agio, permettendogli di esprimersi attraverso gli altri canali comunicativi (linguaggio non verbale, movimenti del corpo, espressioni facciali, scrittura eccetera) (Maggiolini e Perazzi, 2014). Il contributo sia degli insegnanti che del gruppo classe è molto importante nell'affiancare il bambino con difficoltà nel suo inserimento graduale nei contesti e nelle situazioni che richiedono interazioni verbali. Un ruolo importante, infine, è rivestito dall'intermediario verbale che ha lo scopo di permettere il passaggio del linguaggio dal canale non verbale a quello verbale. Si tratta spesso di un genitore che può rimanere a scuola insieme al bambino, o di un oggetto, come un peluche o una marionetta, a cui il bambino può sussurrare ciò che vorrebbe dire.

La possibilità di migliorare e modificare la sintomatologia per un bambino con Mutismo Selettivo è, dunque, strettamente legata a diverse variabili. Da una parte sem-

brano avere un ruolo importante l'età della diagnosi, l'intervento precoce e mirato alle specifiche caratteristiche del disturbo. Dall'altro la collaborazione tra genitori, insegnanti e terapeuti negli ambiti di vita sociale del bambino che sembrano indispensabile per ottimizzare gli effetti di un programma terapeutico. In molti casi, inoltre sono necessari cambiamenti negli stili e/o nelle aspettative genitoriali rispetto al problema del bambino e prevedere, se necessario, terapie individuali o di coppia (Tatem e DelCampo 1995).

Alcune terapie come la Pet Therapy, ippoterapia ed altro sono risultate utili per contenere l'ansia, così come è importante, comunque la predilezione per attività sociali e sportive.

Autrici:

*D.ssa Valentina Battisti**

*D.ssa Silvia Battisti**

*D.ssa Martina Marcelletti**

*D.ssa Valentina Battisti (Psicologa, Psicoterapeuta, Direzione IRPPI, Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata)

*D.ssa Silvia Battisti (Psicologa, Psicoterapeuta, Direzione IRPPI, Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata)

*D.ssa Martina Marcelletti (Psicologa, allieva IRPPI, Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata)

Bibliografia

Alm, P. A. (2004). Stuttering, emotions, and heart rate during anticipatory anxiety: A critical review. *Journal of fluency disorders*, *29*(2), 123-133.

Alyanak, B., Kılınçaslan, A., Harmancı, H. S., Demirkaya, S. K., Yurtbay, T., & Vehid, H. E. (2013). Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism. Journal of anxiety disorders, 27(1), 9-15.

American Psychiatric Association. (2014). DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali- Tr. It. Raffaello Cortina Editore Milano

Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *41*(8), 938-946.

Black, B., & Uhde, T. W. (1992). Case study: elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *31*(6), 1090-1094.

Capobianco, M. (2009). Il Mutismo Selettivo: diagnosi, eziologia, comorbidità e trattamento. *Cognitivismo clinico*, *6*(2), 211-228.

Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(11), 1085-1097.

Compare, A., Gorla, C., & Molinari, E. (2006). Famiglia e mutismo selettivo: aspetti relazionali e psicopatologici. *Psicologia clinica dello sviluppo*, *10*(2), 225-240.

Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Boyle, M. H. (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *European child & adolescent psychiatry*, *15*(5), 245-255.

Cunningham, C. E., McHolm, A., Boyle, M. H., & Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(8), 1363-1372.

Ferraris, A. O. (2013). *Psicologia della paura: Nuova edizione riveduta e aggiornata*. Bollati Boringhieri.

Freeman, J. B., Garcia, A. M., Miller, L. M., Dow, S. P., & Leonard, H. L. (2004). Selective mutism. *Anxiety disorders in children and adolescents*, 280-301.

Hasselman, S. (1983). Elective mutism in children 1877-1981. *A literary summer*.

Isola, L., Romano, G., & Mancini, F. (2016). *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza. Nuovi sviluppi*. Milano: FrancoAngeli.

Jackson, M. F., Allen, R. S., Boothe, A. B., Nava, M. L., & Coates, A. (2005). Innovative analyses and interventions in the treatment of selective mutism. *Clinical Case Studies*, *4*(1), 81-112.

Jones, R., Choi, D., Conture, E., & Walden, T. (2014, May). Temperament, emotion and childhood stuttering. In *Seminars in speech and language* (Vol. 35, No. 2, p. 114). NIH Public Access.

Kearney, C. A., & Vecchio, J. (2006). Functional analysis and treatment of selective mutism in children. *The Journal of Speech and Language Pathology–Applied Behavior Analysis*, *1*(2), 141.

Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(2), 249-256.

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

Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European child & adolescent psychiatry*, *7*(1), 24-29.

Kussmaul, A. D. S. D. S. (1877). Versuch einer Pathologie der Sprache. *FCW Vogel, Leipzig*, 299.

Lago, G. (2006). *La Psicoterapia Psicodinamica Integrata: le basi e il metodo*. Alpes Italia.

Le Doux, J. (1996). Il cervello emotivo, alle origini delle emozioni. *Milano*, *19992*, 19981.

Lesser-Katz, M. (1986). Stranger reaction and elective mutism in young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, *56*(3), 458-469.

Maggiolini, S., & Perazzi, M. (2014). Il Mutismo Selettivo.

Milosevic, I., & McCabe, R. E. (Eds.). (2015). *Phobias: The Psychology of Irrational Fear: The Psychology of Irrational Fear*. ABC-CLIO.

Minuchin, S. (2018). *Families and family therapy*. Routledge.

Moldan, M. B. (2005). Selective mutism and self-regulation. *Clinical Social Work Journal*, *33*(3), 291-307.

Morris, T. L., & March, J. S. (Eds.). (2004). *Anxiety disorders in children and adolescents*. Guilford Press.

Pietrantoni, L., Dionigi, A. (2005). Il gelo nella mente. Psicologia Contemporanea, 192, 59-65.

Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *251*(6), 284-296.

Shipon-Blum, E. (2007). When the words just won't come out: Understanding selective mutism. *Retrieved March*, *11*, 2008.

Shreeve, D. F. (1991). Elective mutism: Origins in stranger anxiety and selective attention. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *55*(4), 491.

Sloan, T. L. (2007). Family therapy with selectively mute children: A case study. *Journal of marital and family therapy*, *33*(1), 94-105.

Steinhausen, H. C., Wachter, M., Laimböck, K., & Metzke, C. W. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(7), 751-756.

Tatem, D. W., & DelCampo, R. L. (1995). Selective mutism in children: A structural family therapy approach to treatment. *Contemporary Family Therapy*, *17*(2), 177-194.

Toppelberg, C. O., PATTON TABORS, D., ALISSA COGGINS, D. K., & BURGER, C. (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *44*(6), 592.

Tramer, M. (1934); Electiver Mutismus Bei Kindern; Z Kinderpsychiatr.

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

Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, *26*(1), 153-161.

World Health Organization. International statistical classification of disease and health related problems. ICD-10.