Un caso clinico di Fobia Sociale

Dott.ssa Stefania Albini
Psicologa
Psicoterapeuta cognitivo comportamentale

Via A. di Sangiuliano, 69 – 95131 Catania
Cell. 3476006154
e-mail: stefaniaalbini@libero.it

INDICE

PARTE I. LA FOBIA SOCIALE

1.1 Inquadramento storico e teorico del disturbo 2
1.2 Quadro sintomatologico 6
1.3 Diagnosi differenziale 13
1.4 Incidenza e prevalenza 15
1.5 Eziologia e modelli esplicativi 19
1.5.1 Modello cognitivo di Clark e Wells 22
1.5.2 Modello della Teoria degli scopi 26
1.6 Strumenti diagnostici 29
1.6.1 Minnesota Multifasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) 29
1.6.2 Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (SCID-II) 31
1.6.3 Millon Clinical Multiaxial Inventory - III (MCMI-III) 32
1.6.4 Brief Psychiatric Rating Scale Vers. 4.0 (BPRS 4.0) 33
1.6.5 State-Trait Anxiety Inventory - Y (STAI-Y) 34
1.6.6 Beck Anxiety Inventory (BAI) 34
1.6.7 Liebowitz Social Phobia Scale (LSPS) 35
1.6.8 Social Interaction Self-Statement Test (SISST) 36
1.6.9 Interaction Anxiousness Scale (IAS) e Audience Anxiousness Scale (AAS) 37
1.7 Principi di trattamento farmacologico 38
1.8 Assessment e concettualizzazione del caso 42
1.9 Trattamento psicoterapico: aree di intervento e tecniche 47
1.9.1 Psicoeducazione 47
1.9.2 Ristrutturazione cognitiva 48
- Definizione dei significati 49
- ABC 50
- Dialogo socratico 50
- Registrazione dei pensieri disfunzionali 52
- Problem solving 52
- Ricerca delle prove 53
- Protocollo del bilancio sociale 53
- Ricerca di spiegazioni alternative 54
- Raccolta di dati positivi 54
1.9.3 Decentramento cognitivo 55
- Invalidazione delle aspettative egocentriche 55
- Role play 56
- Disegno dello spazio mentale 57

1.9.4 Esposizione ed eliminazione dei comportamenti di mantenimento 58
- Desensibilizzazione sistematica 60
- Esposizione graduale 62
- Indagine sull'ambiente circostante 63
1.9.5 Gestione dell'ansia 64
- Respirazione diaframmatica 65
- Training Autogeno 65
1.9.6 Training autostima e assertività 67
- Diritti assertivi 68
- Frase assertiva 69
- Uso di affermazioni positive 69
1.10 Prevenzione delle ricadute 70
1.10.1 Monitoraggio della terapia 70
1.10.2 Anticipazione della ricaduta 70
1.10.3 Chiusura della terapia e colloqui di richiamo 71
1.10.4 Sintesi del percorso terapeutico 71
1.11 Efficacia della terapia e confronto con le altre 73

PARTE II. UN CASO CLINICO DI FOBIA SOCIALE
2.1 Informazioni generali 76
2.1.1 Dati anagrafici 76
2.1.2 Motivo della richiesta 76
2.1.3 Aspettative del paziente 77
2.2 Assessment 78
2.2.1 Primo colloquio 78
2.2.2 Storia di vita e profilo evolutivo 80
2.2.3 Comunicazione intra-familiare e modello di attaccamento 85
2.2.4 Valutazioni psicometriche 87
2.2.5 Schede di auto-osservazione 92
2.3 Diagnosi finale secondo DSM-IV-TR 94
2.4 Concettualizzazione del caso 95
2.4.1 Descrizione del problema 95
2.4.2 Profilo interno del disturbo 95
2.4.3 Scompenso e fattore precipitante 97
2.4.4 Fattori predisponenti e vulnerabilità 98
2.4.5 Fattori di mantenimento e aggravamento 99
2.4.6 Risorse e caratteristiche personali 101
2.4.7 Schemi riassuntivi della concettualizzazione del caso 101
2.5 Contratto terapeutico 105

2.6 Trattamento 107
2.6.1 Fase 1. Psicoeducazione 107
2.6.2 Fase 2. Ristrutturazione cognitiva, esposizione e rilassamento 108
2.6.3 Fase 3. Training assertività e autostima 125
2.6.4 Fase 4. Prevenzione delle ricadute e conclusione 129
2.7 Relazione terapeutica 132
2.8 Esito 133
2.9 Follow up 134

APPENDICE I. Materiale fornito al paziente 135

APPENDICE II. Homework del paziente 144

BIBLIOGRAFIA 159

PARTE I

LA FOBIA SOCIALE

1.1 Inquadramento storico e teorico del disturbo

La Fobia Sociale è un disturbo psicologico caratterizzato da un'intensa e persistente paura di affrontare le situazioni in cui si è esposti alla presenza e al giudizio altrui per il timore di mostrarsi imbarazzato, di apparire incapace e ridicolo e di agire in modo inopportuno e umiliante. L'immediata conseguenza ad una esposizione è uno stato d'ansia che in alcuni casi può raggiungere l'intensità di un attacco di panico (APA, 2000).

Le prime descrizioni del disturbo risalgono agli inizi del secolo quando Janet (1903) definì la fobia delle situazioni sociali come la "paura di parlare in pubblico, suonare il piano e scrivere di fronte ad altri". Ma la specificità di tale disturbo fu negata con l'affermarsi della Psicoanalisi, la quale sosteneva che le diverse fobie avrebbero meccanismi patogenetici comuni, e la FS venne classificata genericamente all'interno della nevrosi fobica.

In seguito, lo sviluppo e l'impiego delle tecniche di terapia comportamentale suscitarono un nuovo interesse per le caratteristiche cliniche e nosografiche, di decorso ed epidemiologia dei quadri fobici specifici. Sulla base di nuovi dati raccolti, Marks e Gelder (1966) distinsero la FS dalle altre manifestazioni fobiche, definendola come "paura di mangiare, bere, ballare, parlare, scrivere, ecc. in presenza di altre persone per il timore di risultare ridicoli". Inoltre Marks (1970) evidenziò che i quadri fobico sociali differivano dall'agorafobia e dalle fobie specifiche per età di insorgenza, decorso, sintomatologia ed evoluzione, quindi ipotizzò l'esistenza di meccanismi patogenetici differenti per i vari disturbi fobici. Nel definire la FS, egli incluse sia le forme con condotte di evitamento limitate ad alcune situazione o attività, es. parlare o scrivere in pubblico, sia quelle forme con ansia sociale generalizzata a molteplici situazioni interpersonali.

A partire dagli anni '80, la FS compare nelle classificazioni internazionali DSM-III e ICD-10 e viene riconosciuta come categoria autonoma, ma agli inizi include solo la fobia limitata ad alcune situazioni specifiche. Le manifestazioni generalizzate, invece, considerate autonome, furono classificate separatamente nei Disturbi di personalità, nella categoria diagnostica del Disturbo Evitante di Personalità (DEP), venendo considerata in questa sede come diagnosi alternativa alla FS.

Successivamente, verso la metà degli anni '80, le osservazioni di Liebowitz su una risposta specifica al trattamento farmacologico con IMAO danno nuova spinta agli studi sulla FS, sia negli USA che in Europa, consentendo una migliore definizione delle sue caratteristiche. La FS emerge come un disturbo autonomo, ben delineato sul piano nosografico, con peculiari caratteristiche epidemiologiche, cliniche e di risposta ai trattamenti farmacologici. La distinzione tra fobia sociale "primaria", senza storia di episodi critici spontanei, e fobia sociale "secondaria" ad attacchi di panico spontanei assume notevole importanza ai fini dell'inquadramento nosografico e della scelta della terapia (Liebowitz et al., 1985). Nelle forme "secondarie" le caratteristiche cliniche e la risposta positiva al trattamento con i triciclici sono sovrapponibili a quelle del Disturbo di Panico – Agorafobia, mentre nei quadri "primari" i triciclici non risultano efficaci. Inoltre i Beta-bloccanti, secondo alcuni efficaci nella fobia sociale (Gorman et al., 1985), non sono in grado di bloccare gli attacchi di panico.

Sulla base di queste osservazioni empiriche effettuate da vari gruppi di ricerca, i sistemi diagnostici internazionali ampliano il concetto di FS, aumentando anche il numero di criteri richiesti per la diagnosi, e introducono la distinzione tra il tipo circoscritto e il tipo generalizzato, in base all'estensione delle situazioni sociali evitate, con la creazione di un sottotipo specifico. Così operando, nel DSM-III-R, dove, a differenza del DSM-III, è consentita la diagnosi concomitante della FS con il DEP, non si risolve l'ambiguità creata dalla sovrapposizione dei due disturbi, che presentano criteri in larga parte comuni. Il DEP, però, pur coincidendo in larga misura con la FS, ha una matrice storica differente.

Il DEP è stato introdotto nel DSM-III in seguito ai contributi clinici di Millon (1969), il quale aveva definito un pattern di personalità caratterizzato dalla "sensitività" interpersonale marcata e dall'evitamento di situazioni che comportano intense relazioni e contatti sociali, per il timore di essere umiliati o comunque giudicati negativamente. Con tale definizione egli distingueva chiaramente il distacco "passivo", tipico del Disturbo Schizoide di Personalità, e l'evitamento "attivo" caratteristico del DEP. Mentre nel primo disturbo l'isolamento sociale è vissuto con distacco e senza alcun disagio soggettivo, nella personalità evitante, al contrario, la sensitività interpersonale spiccata provoca evitamento e ritiro sociale vissuti sempre

in modo egodistonico, con notevole disagio soggettivo e livelli di ansia elevata.
Anche il DSM-IV, non riportando elementi di diagnosi differenziale tra FS e DEP, non risolve ancora il problema e considera possibile che possa trattarsi di definizioni alternative di una stessa condizione, oppure di condizioni similari.
Ancora oggi le categorie diagnostiche per la classificazione delle manifestazioni patologiche legate all'ansia sociale sono ampiamente dibattute. La categoria diagnostica della FS è verosimilmente una categoria eterogenea, nella quale viene ricondotto un ampio spettro di condizioni psicopatologiche con caratteristiche diverse. Essa comprende, infatti, sia la fobia di situazioni specifiche sia l'ansia sociale di tipo generalizzato, ma non è chiaro se, sul piano sintomatologico, patogenetico e di risposta ai trattamenti, le due forme abbiano una matrice comune o rappresentino due disturbi differenti; inoltre, come già si diceva sopra, il confine tra il tipo generalizzato e il DEP è difficile da delineare.
Una possibile spiegazione al problema delle sovrapposizioni tra le diverse categorie diagnostiche è quella teorizzata da Muller, Koen e Stein (2004), i quali considerano le diverse condizioni psicopatologiche di disagio sociale disposte lungo un continuum, differenziate per l'intensità crescente della sintomatologia: ad un estremo si colloca la timidezza, solo in parte condizionante il funzionamento dell'individuo, poi si passa, nelle posizioni intermedie, ai due sottotipi della FS, circoscritta e generalizzata, per arrivare infine, all'altro estremo, al DEP, la forma più grave e invalidante.
Anche nella realtà clinica si può osservare come i disturbi legati alla presenza di livelli elevati di ansia sociale siano disposti lungo un continuum che va dalla timidezza ed inibizione comportamentale a quadri clinici complessi e invalidanti, caratterizzati da evitamento marcato di tutte le situazioni interpersonali e prestazionali a causa di una eccessiva sensibilità al giudizio e alla critica. Infine, indipendentemente dalla qualità ed intensità, l'ansia sociale, la sensitività interpersonale e l'inibizione comportamentale sembrano costituire spesso gli antecedenti morbosi di altri disturbi mentali; infatti, FS e DEP si presentano frequentemente in comorbilità con altri disturbi d'ansia e dell'umore (si veda par. 1.2) e tendono a precederne l'insorgenza. Queste condizioni psicopatologiche possono essere interpretate sia come fattori predisponenti, sia come una

manifestazione precoce di disturbi che evolveranno successivamente verso quadri più gravi e invalidanti (Perugi, Simonini, Nassini, Moretti, 2002).

1.2 Quadro sintomatologico

Il nucleo patologico della FS è rappresentato dall'ipervalutazione e dalla marcata sensibilità al giudizio degli altri, accompagnate da sintomi ansiosi nelle situazioni interpersonali e sociali, previste o affrontate, incapacità a controllare le proprie reazioni emotive e timore di apparire ridicolo e impacciato e di comportarsi in modo inadeguato. Il fobico sociale teme di essere osservato e divenire oggetto di scherno da parte degli altri o che le proprie prestazioni lo possano esporre a valutazioni negative, mentre la sua capacità di critica sulla reale possibilità che ciò avvenga è alterata. Di conseguenza, il soggetto, credendo di essere valutato negativamente e sentendosi quindi rifiutato, perde la stima di sé (Beck et al., 1985; Liebowitz et al. 1985; Jefferson, 2001; Pradella, 2006; Procacci et al., 2011). Nella Tab. 1.1 sono riportati i criteri diagnostici della Fobia Sociale secondo il DSM-IV-TR.

Il concetto di paura del giudizio altrui è l'aspetto centrale della FS, oltre ad essere considerato fondamentale anche nell'eziologia e nel mantenimento del disturbo (Clark e Wells, 1995; Wells e Clark, 1997).

Come già anticipato nel precedente paragrafo, gli attuali sistemi diagnostici distinguono le forme in cui le paure riguardano una o alcune situazioni specifiche e quelle nelle quali la varietà delle situazioni temute può essere molto ampia e comprendere la maggior parte degli ambiti interpersonali e sociali.

La FS "specifica o circoscritta" si riferisce a una o due situazioni isolate, in cui generalmente è prevista una performance o attività mentre si è osservati da altri. L'esempio più frequente in ambito clinico riguarda la paura di parlare o di esibirsi davanti un gruppo di persone, situazione che nella maggior parte delle persone provoca il presentarsi di sintomi d'ansia, ma normalmente il loro livello di intensità, dopo l'iniziale innalzamento, diminuisce durante l'esecuzione non pregiudicando la prestazione e consentendo di agire in modo soddisfacente. Nel fobico sociale invece le reazioni ansiose sono molto intense già parecchio tempo prima dell'inizio della performance, non si riducono progressivamente mentre essa procede, spesso la compromettono e si ripetono allo stesso modo nelle occasioni successive. Altri tipi di FS specifica riguardano il bere o mangiare in pubblico, per paura che le mani tremino in modo visibile, che l'ansia possa creare difficoltà a deglutire o che si rischi

Tab. 1.1 Criteri diagnostici della FOBIA SOCIALE del DSM-IV-TR

A. Paura marcata e persistente di una o più situazioni sociali o prestazionali nelle quali la persona è esposta a persone non familiari o al possibile giudizio degli altri. L'individuo teme di agire (o di mostrare sintomi di ansia) in modo umiliante o imbarazzante. **Nota** Nei bambini deve essere evidente la capacità di stabilire rapporti sociali appropriati all'età con persone familiari e l'ansia deve manifestarsi con i coetanei, e non solo nell'interazione con gli adulti.

B. L'esposizione alla situazione temuta quasi invariabilmente provoca l'ansia, che può assumere le caratteristiche di un Attacco di Panico causato dalla situazione o sensibile alla situazione. **Nota** Nei bambini, l'ansia può essere espressa piangendo, con scoppi di ira, con l'irrigidimento, o con l'evitamento delle situazioni sociali con persone non familiari.

C. La persona riconosce che la paura è eccessiva o irragionevole. **Nota** Nei bambini questa caratteristica può essere assente.

D. Le situazioni temute sociali o prestazionali sono evitate o sopportate con intensa ansia o disagio.

E. L'evitamento, l'ansia anticipatoria o il disagio nella/e situazione/i sociale o prestazionale interferiscono significativamente con le abitudini normali della persona, con il funzionamento lavorativo (scolastico) o con le attività o relazioni sociali, oppure è presente marcato disagio per il fatto di avere la fobia.

F. Negli individui al di sotto dei 18 anni la durata è di almeno 6 mesi.

G. La paura o l'evitamento non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale, e non sono meglio giustificati da un altro disturbo mentale (per es., Disturbo di Panico Con Agorafobia o Senza Agorafobia**,** Disturbo d'Ansia di Separazione**,** Disturbo da Dismorfismo Corporeo, un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo o il Disturbo Schizoide di Personalità).

H. Se sono presenti una condizione medica generale o un altro disturbo mentale, la paura di cui al Criterio A non è ad essi correlabile, per es., la paura non riguarda la Balbuzie, il tremore nella malattia di Parkinson o il mostrare un comportamento alimentare abnorme nell'Anoressia Nervosa o nella Bulimia Nervosa.

Specificare se:

Generalizzata: se le paure includono la maggior parte delle situazioni sociali (prendere in considerazione anche la diagnosi addizionale di Disturbo Evitante di Personalità).

di soffocare con il cibo; lo scrivere in pubblico, per timore che la mano tremi e che la grafia risulti, quindi, alterata e illeggibile; l'urinare in bagni pubblici, per il timore di essere visti o sentiti. La FS circoscritta è generalmente meno disabilitante, si associa meno ad altri disturbi e ha una prognosi migliore (Kessler et al., 1999b).

La FS "generalizzata" si caratterizza, invece, per un pattern di evitamento più esteso, coinvolgente la quasi totalità delle situazioni sociali e per questo, rispetto alla FS circoscritta, presenta una sintomatologia più grave ed è causa di un disagio e una compromissione funzionale maggiore (Heimberg, Becker, 2002). Ad esempio, questi soggetti hanno timore di incontrare persone conoscenti o estranee in qualsiasi contesto, formale o informale, soprattutto se si tratta di persone che hanno una posizione di autorità o persone del sesso opposto, ed in alcuni casi perfino amici o familiari.

Una forma frequente nella pratica clinica è la FS nei confronti dell'altro sesso. In questi pazienti le reazioni ansiose si presentano in tutte quelle situazioni in cui si interagisce con il sesso opposto, soprattutto in quei casi in cui c'è un interesse di tipo sentimentale o sessuale, e solitamente si associa una compromissione rilevante sul piano delle relazioni sentimentali e della vita sessuale. In particolare, negli uomini l'ansia di prestazione può determinare impotenza con conseguente evitamento dei rapporti sessuali.

Vediamo ora più nel dettaglio le manifestazioni sintomatologiche ai livelli fisiologico, cognitivo, comportamentale ed emotivo.

Durante l'esposizione alle situazioni ansiogene l'arousal aumenta notevolmente, generando una sensazione di allarme e pericolo e un senso di vuoto mentale, e a differenza dei non fobici, il decremento dell'attivazione è più difficile (Turner, Beidel, Larkin, 1986). A livello fisiologico sono presenti spiccate manifestazioni neurovegetative quali sudorazione, balbettio, palpitazioni, tremori, rossore, vampate di calore, tensione muscolare, sensazioni di nausea, vertigini. Rispetto al Disturbo di Panico e Agorafobia, la FS "primaria" comporta meno la difficoltà a respirare, la debolezza agli arti e sintomi cardiaci, mentre non sono presenti attacchi di panico "inaspettati", sentimenti di irrealtà, dipendenza dagli altri ed ansia da separazione (Perugi et al. 1990). Quando gli attacchi di panico si manifestano, sono di tipo "causati dalla situazione" o "sensibili alla situazione". Il fobico sociale preferisce

generalmente rimanere solo e la presenza di una persona familiare non migliora le condotte di evitamento.

A livello cognitivo il soggetto è caratterizzato dall'essere molto critico verso se stesso e da uno schema centrale sul Sé come incompetente, maldestro, debole, ridicolo, noioso, non brillante, mentre l'Altro è visto come abile, superiore, competente, ma anche rifiutante, criticante, che disapprova e deride. Alla convinzione di non essere in grado di sostenere una situazione interpersonale, che qualsiasi cosa si faccia o si dica sia sbagliata, si aggiungono la sensazione marcata di essere osservati e di essere al centro dell'attenzione altrui, la cosiddetta "*public self-consciousness*" (Buss, 1980; Fenigstein, 2009; si veda par. 1.5) e la convinzione che gli altri, invece, non provino ansia sociale. Di conseguenza, il fobico polarizza tutta la sua attenzione sulla situazione che deve affrontare e sui sintomi ansiosi che questa gli scatena, i quali verranno quindi percepiti amplificati e ingestibili, mentre aumenta la sua già costante preoccupazione riguardo ciò che penseranno gli altri di lui. Segue una serie di pensieri automatici negativi sulle proprie capacità prestazionali (es. "mi tremeranno le mani; non riuscirò a parlare; diventerò rosso, suderò e se ne accorgeranno tutti"), sulle proprie abilità sociali nel relazionarsi con l'altro (es. "non saprò tenere una conversazione brillante, sarò noioso; sarò impacciato"), sulle conseguenze delle sue performance (es. "rideranno di me; mi criticheranno").

Sul piano comportamentale, per sottrarsi all'esposizione di esperienze dolorose o potenzialmente tali, questi soggetti adottano condotte di rinvio (es. rimandare un esame, un appuntamento importante), di evitamento (es. non scrivere davanti ad altri, non mangiare in compagnia), di rinuncia (es. rifiutare un incarico, non tenere un discorso dinanzi una platea) e di ritiro (es. non partecipare a feste o eventi mondani con molte persone), tutte secondo la strategia "*better save than sorry*". Inoltre, nelle loro modalità di relazionarsi adoperano comportamenti protettivi (come rimanere in disparte cercando di non attirare l'attenzione, provare a nascondere le proprie difficoltà, ad es. truccarsi per coprire il rossore, mettere le mani nelle tasche) e una comunicazione anassertiva o di sottomissione (es. evitare il contatto oculare, non dire di no quando si vorrebbe, non prendere l'iniziativa in un gruppo per non esporsi).

Infine, a livello emotivo, il soggetto fobico vive con un senso generale di agitazione

e preoccupazione l'avvicinarsi di una situazione temuta; con ansia accentuata, imbarazzo, vergogna e sensazione di incapacità lo svolgersi di una situazione sociale o l'esecuzione di un compito; con tristezza e un senso di sconfitta il termine della situazione.

Il timore, esagerato e irrazionale, del giudizio altrui impedisce l'autoesposizione e più i comportamenti di evitamento si generalizzano, maggiormente il disturbo diventa invalidante: infatti essi, togliendo la possibilità di sperimentarsi, favoriscono lo sviluppo di sentimenti di inadeguatezza e inferiorità che a loro volta, riducendo l'autostima, aumentano la tendenza a percepire sé come incapace e gli altri come critici e rifiutanti. La persona fobica, limitando sempre più il suo campo d'azione, si trova a condurre una vita isolata, non aperta a tutte le possibilità di crescita personale, professionale e sociale, creando così un circolo vizioso che cronicizza il disturbo.

Indipendentemente dalla gravità e dall'estensione dell'evitamento, le difficoltà che il fobico incontra a livello relazionale e sociale, in ogni ambito, e il conseguente isolamento e ritiro sociale sono sempre vissuti in modo egodistonico, ossia il paziente percepisce la propria situazione come problematica e invalidante. La misura di questa percezione è certamente correlata alle necessità di vita del soggetto e alle richieste ambientali; tuttavia, in ogni caso il disturbo condiziona le scelte e le abitudini di vita del soggetto, interferendo con i livelli di adattamento familiare, scolastico, sociale e lavorativo.

L'insorgenza della Fobia sociale è precoce, spesso si manifesta nell'infanzia (Beidel, Turner, Morris, 1999), oppure tipicamente avviene nell'adolescenza e talvolta emerge da una storia infantile di inibizione e timidezza, soprattutto la forma generalizzata (Chavira, Stein, 2005). L'esordio può essere conseguenza di un'esperienza stressante o umiliante, oppure può essere insidioso. Generalmente è graduale e i sintomi tendono ad accentuarsi progressivamente con l'aumentare delle richieste ambientali. L'esordio acuto è meno frequente e può verificarsi in seguito ad eventi esistenziali che richiedono il confronto con situazioni nuove e più impegnative dal punto di vista interpersonale e sociale.

Il decorso è cronico e persistente, con un elevato grado di sofferenza soggettiva, e in genere il disturbo persiste fino in età avanzata con tendenza alla cronicizzazione

(Cairney et al., 2007), anche se a volte può attenuarsi in gravità durante l'età adulta. La severità o la menomazione possono fluttuare con gli eventi stressanti o con le necessità della vita.

I soggetti con FS presentano una notevole disabilità, spesso sottovalutata, non riuscendo a realizzarsi pienamente a livello scolastico e professionale e hanno, inoltre minore probabilità di sposarsi rispetto alla popolazione generale. Uno studio clinico ha rilevato che il 37% dei soggetti affetti da FS non generalizzata e il 64% di quelli con FS generalizzata non si era mai sposato (Manuzza et al., 1995).

Tale disturbo si associa frequentemente ad una precoce interruzione della scolarizzazione, in seguito alle difficoltà nella frequenza scolastica e ai vissuti di rifiuto che esso determina (Stein, Kean, 2000). Inoltre, la FS incide in modo indipendente sul grado di disabilità in soggetti con patologie fisiche di tipo cronico, causando un decremento della produttività lavorativa, un aumento dei costi sociali e un peggioramento della qualità della vita (Stein et al., 2005)

La FS presenta un'elevata frequenza di comorbilità con altri disturbi psichici. Secondo alcuni studi circa il 50% dei soggetti con FS presenta disturbi associati, tra cui spiccano tutti i Disturbi d'Ansia (il Disturbo di Panico con Agorafobia risulta il più frequentemente associato), il Disturbo Depressivo Maggiore, l'Abuso di Alcool e, nell'Asse II, i Disturbi del Cluster C (principalmente il DEP) (Rapee, 1995; Tran, Chambless, 1995; Lecrubier, 1997).

In particolare, in soggetti con esordio precoce, prima dei 15 anni, la FS può essere complicata da altre condizioni psicopatologiche particolarmente gravi, come i Disturbi da Uso di Sostanze, il Disturbo Depressivo Maggiore e il Disturbo Distimico (Wittchen, Fehm, 2003), con un possibile sviluppo di depressione nel 70% dei casi e di alcoolismo nel 40% (Lecrubier, 1997); pertanto, il mancato trattamento della FS in soggetti giovani comporta rischi prognostici elevati, a causa del persistere e aggravarsi del quadro clinico in età adulta. La depressione e l'abuso di alcool in comorbilità diventano via via più comuni lungo lo spettro che va dalla FS specifica alla FS generalizzata, alla FS in comorbilità con il DEP (Lepine, Pelissolo, 1998; Stein, Chavira, 1998).

Riguardo la comorbilità con la depressione, l'esordio della FS è antecedente e questa, come gli altri Disturbi d'Ansia, rappresenta un fattore di rischio per lo

sviluppo di un Disturbo Depressivo Maggiore; ne deriva che una diagnosi e un intervento precoce sulla FS consentono una prevenzione primaria sull'insorgenza del suddetto disturbo (Beesdo et al., 2007).

Le persone con FS tendono ad abusare di sostanze o di alcool per fini autoterapeutici: infatti, grazie alla loro azione "disinibente", le sostanze aiutano ad alleviare l'ansia che origina dal confronto con le situazioni temute (Perugi, Simonini, Nassini, Moretti, 2002). Le benzodiazepine o altre sostanze come droghe, analgesici, caffeina, superalcolici, nicotina, sono spesso assunti all'inizio solo occasionalmente ed in seguito sempre più regolarmente, ogni volta che si presenta la necessità di affrontare una situazione ansiogena. Diversi studi, da tempo, hanno riscontrato questa importante comorbilità della FS con l'abuso di alcool (Liebowitz et al, 1985; Schneier et al., 1989). È stato evidenziato un aumento della frequenza di alcolismo nei soggetti affetti da FS (20%), con l'esordio di questa che precede l'abuso di alcool nell'85% dei soggetti e l'abuso di sostanze nel 76,7% (Schneier et al., 1992). Come già si accennava sopra, l'abuso di alcool è più probabile nella FS generalizzata ed è più frequente se è presente anche il DEP (Morgenstern, 1997) e se l'esordio della FS avviene precocemente, prima dei 15 anni (Lecrubier, 1998; Regier et al., 1998). Da questi studi si evidenzia come la FS possa essere considerata un fattore di rischio anche per lo sviluppo di condotte di abuso di alcool e, dunque, anche in questo caso, intervenire precocemente su di essa comporta una prevenzione sull'insorgenza di un Disturbo da Uso di Alcool (Buckner et al., 2008).

La richiesta di un intervento specialistico si verifica, in genere, dopo molti anni di malattia, quando la persona arriva ad un punto critico nel lavoro, nella vita di relazione e nella famiglia ed è spesso determinata dall'insorgenza di complicanze come depressione o alcolismo. A questo proposito, è stato evidenziato come la compresenza con la FS sia di depressione sia di abuso alcolico porti a evidenti manifestazioni psicologiche e a un uso maggiore dei servizi di salute mentale (Lecrubier, Weiller, 1997). Secondo i dati dello studio statunitense NCS-R, nonostante il livello elevato di sofferenza soggettiva, solamente la metà dei pazienti inizia un trattamento e, in genere, dopo 10-15 anni in media di presenza del disturbo (Wang et al., 2005).

1.3 Diagnosi differenziale

Vediamo ora, secondo il DSM-IV-TR (APA, 2000), come effettuare la diagnosi differenziale per la FS.

Nei casi in cui siano presenti attacchi di panico ed evitamento sociale si pone il problema di una distinzione diagnostica tra una FS e un **Disturbo di Panico con Agorafobia**. Tipicamente quest'ultimo è caratterizzato dall'esordio iniziale di attacchi di panico del tipo "inaspettati" e dal conseguente evitamento di molteplici situazioni che il soggetto ritenga li scateni. Sebbene possano essere evitate anche situazioni sociali, questo accade esclusivamente per il timore di essere visti durante un attacco di panico. Differentemente la FS è caratterizzata dall'assenza di attacchi di panico inaspettati e dall'evitamento di situazioni sociali che implicano il giudizio di altre persone e per il timore di subire possibili umiliazioni. Qualora gli attacchi di panico si manifestino sono del tipo situazionale o sensibile alla situazione.

Il ruolo di un compagno può essere utile nel distinguere la FS dall'**Agorafobia** con o senza Disturbo di Panico. Comunemente gli individui con evitamento agorafobico quando si trovano nella situazione temuta preferiscono stare con un compagno fidato, mentre gli individui con FS si sentirebbero giudicati con o senza compagno nella situazione sociale temuta, anzi potrebbero essere meno ansiosi senza l'ulteriore peso di percepire il giudizio del compagno, e, caratteristicamente, non hanno attacchi di panico quando sono soli.

I bambini con **Disturbo d'Ansia di Separazione** possono evitare le situazioni sociali per la preoccupazione di essere separati dal loro caregiver, e, a differenza di quelli con FS, non manifestano segni di disagio quando le situazioni sociali si verificano a casa loro e con la vicinanza delle persone familiari.

Nei **Disturbi Pervasivi dello Sviluppo** e nel **Disturbo Schizoide di Personalità** le situazioni sociali vengono evitate per la mancanza di interesse verso le relazioni con gli altri. Al contrario, gli individui con FS hanno capacità ed interesse per le relazioni con persone familiari e non.

Il **Disturbo Evitante di Personalità** condivide diverse caratteristiche con la FS (come già ampiamente discusso nel par. 1.1) e può essere considerata una variante più grave della FS generalizzata, non distinta qualitativamente.

L'ansia sociale e l'evitamento di situazioni sociali sono manifestazioni associate di molti altri disturbi mentali (es. Disturbi dell'Umore, Schizofrenia, Disturbo da Dismorfismo Corporeo). Se i sintomi di ansia sociale o di evitamento si manifestano soltanto durante il corso di un altro disturbo mentale e si ritengono meglio giustificati da tale disturbo, non si fa diagnosi addizionale di FS. Queste manifestazioni possono presentarsi in modo clinicamente significativo anche in relazione a una condizione medica generale o ad un disturbo mentale con sintomi potenzialmente imbarazzanti (per es., tremore nella malattia di Parkinson, condotte alimentari abnormi nell'Anoressia Nervosa, obesità, strabismo, o cicatrici facciali). Comunque, se l'ansia sociale e l'evitamento sono limitati a preoccupazioni riguardanti la condizione medica generale o il disturbo mentale, per convenzione non si fa diagnosi di FS.

L'ansia prestazionale, il timore del palcoscenico e la timidezza in situazioni sociali che coinvolgono persone non familiari sono comuni e non dovrebbero essere diagnosticate come FS, a meno che l'ansia e l'evitamento determinino menomazione clinicamente significativa o disagio marcato. I bambini comunemente mostrano ansia sociale, particolarmente quando interagiscono con adulti non familiari. Non si dovrebbe fare diagnosi di FS nei bambini, a meno che l'ansia sia evidente anche con i coetanei e persista per almeno 6 mesi.

1.4 Incidenza e prevalenza

I primi studi che hanno fornito dati sufficientemente attendibili sull'incidenza della FS nella popolazione generale furono condotti sul finire degli anni '80 e negli anni '90, dopo l'introduzione dei sistemi classificativi moderni.

Nel 1988, utilizzando un metodo d'indagine telefonica, Pollard e Henderson condussero una ricerca per indagare la presenza di ansia sociale nella popolazione generale. Essi, attraverso uno strumento in linea con i criteri del DSM-III per la diagnosi, riscontrarono una prevalenza del disturbo intorno al 2%.

In seguito, nel 1994, Stein e coll., adoperando invece una intervista telefonica che soddisfaceva i criteri del DSM-III-R, stimarono una presenza del disturbo vicina al 7%. In questo studio, l'impiego di una definizione più ampia della FS, in linea con i criteri del DSM-III-R, oltre al fatto di aver indagato un numero maggiore di situazioni, potrebbe spiegare il risultato ottenuto, notevolmente più alto dei valori riportati in precedenza.

Uno studio molto accurato dal punto di vista metodologico è stato il National Comorbidity Survey (NCS) effettuato da Kessler e McGonagle (1994; Kessler, Stein, Berglund, 1998). Avvalendosi di un'intervista altamente strutturata, la Composite International Diagnostic Interview (CIDI), e attenendosi ai criteri diagnostici più ampi della nuova edizione del DSM, essi rilevarono una prevalenza a 12 mesi del 7,9% e una presenza *lifetime* della FS del 13,3%.

Le ricerche epidemiologiche e cliniche hanno posto la prevalenza nel corso della vita della FS nei Paesi occidentali tra il 9,5 e il 16%, a seconda che vengano utilizzati i criteri diagnostici del DSM-IV o dell'ICD-10 e a seconda del numero e del tipo di situazioni sociali indagate (Ballenger et al., 1998; Fones et al., 1998; Turk et al., 1998; Furmark et al., 1999). La FS è presente in tutte le culture (Walzer, Stein, 1995), ma la sua incidenza e le sue manifestazioni variano molto. I tassi di prevalenza nel corso della vita hanno una variazione di 5 volte tra Paesi diversi (Kasher, 1998) e una variazione minore, ma ancora notevole, tra gruppi razziali diversi dello stesso Paese (Eaton et al., 1991). In uno studio condotto in Iran, servendosi di un campione selezionato della popolazione generale di oltre 25.000 soggetti di età superiore ai diciotto anni, è stata stimata una prevalenza *lifetime* di FS dello 0.82%, stima inferiore

a quella dei Paesi occidentali ma simile a quella riscontrata in altri Paesi asiatici (Mohammadi et al., 2006).

Tra il 2001 e il 2003 negli Stati Uniti è stato condotto, su un'ampia popolazione, il National Comorbidity Survey - Replication (NCS-R), riscontrando per la FS una prevalenza *lifetime* del 12,1% e a 12 mesi del 6,8% (Lenzenweger et al., 2007).

Tra le possibili spiegazioni di queste diversità di stime, è poco verosimile che esse siano legate ad un errore nella selezione del campione, data l'elevata numerosità di questo in tutti i principali studi effettuati; come è difficile attribuirle ai criteri diagnostici utilizzati e agli strumenti operativi per la diagnosi, in quanto ben standardizzati. È probabile, invece, che le differenze transculturali nelle aspettative legate ai ruoli sociali e sessuali influenzino la rilevazione o meno dei requisiti richiesti dal DSM-IV e dall'ICD-10: nello specifico, è possibile che, in quei contesti dove è stata rilevata una prevalenza più bassa, questa sia collegata a schemi culturali che condizionano l'espressività della FS, la quale può essere inserita all'interno di modalità comportamentali socialmente accettate oppure peculiari delle comunità indagate (Perugi, Simonini, Nassini, Moretti, 2002).

Un caso tipico di presenza peculiare di una sindrome, legata a fattori culturali e in parte sovrapponibile alla FS, è il *Taijin Kyofu-sho*, riscontrabile nelle realtà giapponese e coreana. Questa forma di ansia sociale non si contraddistingue per la paura di ricevere un giudizio negativo dagli altri, ma è caratterizzata dal timore persistente ed irrazionale di offendere o imbarazzare gli altri a causa della propria inadeguatezza o incapacità, ad esempio arrossendo, emanando un cattivo odore o fissando l'altro in modo inopportuno. Questi comportamenti, considerati sconvenienti, non solo arrecherebbero un'offesa all'altro, ma, considerato il forte senso di appartenenza e di affiliazione sociale radicato in queste culture, comporterebbero un grave oltraggio per il proprio gruppo sociale di origine e di appartenenza (Kirmayer, 1991; Matsunaga et al. 2001).

In Italia, tra il 2001 e il 2002, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha promosso e coordinato il primo studio epidemiologico sulla prevalenza dei disturbi mentali, nell'ambito del Progetto Nazionale Salute Mentale (De Girolamo et al., 2005), parte di un più ampio progetto europeo, lo European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD, 2004). Ad un campione rappresentativo della

popolazione generale di età maggiore ai diciotto anni è stata somministrata la versione italiana della CIDI (Kessler, Ustun, 2004), un'intervista strutturata computerizzata che consente di formulare le diverse diagnosi psicopatologiche secondo i criteri del DSM-IV e dell'ICD-10. Riguardo la prevalenza *lifetime*, la FS si colloca al quinto posto con un risultato del 2,1% (le più comuni risultano il Disturbo Depressivo Maggiore con il 10,1% e la Fobia Specifica con il 5,7%); mentre, rispetto alla prevalenza a 12 mesi, la FS, con l'1%, è il terzo disturbo più comune dopo il Disturbo Depressivo Maggiore (5,1%) e la Fobia Specifica (3%).

Studi epidemiologici condotti in Italia sui Disturbi d'Ansia e sulla FS collocano la prevalenza di tale disturbo tra l'1% e il 3,1% (Faravelli et al., 1989; Faravelli et al., 2000; Carta et al., 2004). Il riscontro di questi tassi più bassi in Italia, oltre che in Spagna, rispetto a quelli risultanti dai principali studi sia europei che statunitensi, sia per la FS che per altri disturbi mentali, potrebbe essere legato a fattori caratteristici della cultura latina, come gli stili di vita e di relazioni interpersonali, che andrebbero meglio indagati (De Girolamo et al., 2005). Tali differenze potrebbero essere dovute alla difficoltà di stabilire con precisione il livello di soglia per la diagnosi, all'influenza dei fattori socioculturali e a una diversa vulnerabilità su base genetica (Perugi, Simonini, Nassini, Moretti, 2002; Wittchen e Fehm, 2003).

I tassi nei due sessi non sono molto diversi. Nei campioni epidemiologici la FS è più frequente nelle donne di 1,1-2,3 volte (Andrews et al., 1999a), mentre nei campioni clinici il rapporto tra i tassi è più vicino a 1,0. La più alta percentuale di uomini nei campioni clinici rispetto a quelli epidemiologici è probabilmente dovuta a diversità nella richiesta di trattamento. Weiller e al. (1996) hanno osservato che gli uomini con fobia sociale si rivolgono allo psicologo più spesso delle donne. Probabilmente tutto ciò è connesso a fattori culturali inerenti il diverso significato socialmente attribuito alla timidezza nei due generi sessuali: in quello femminile questa caratteristica è vista come indice di pudore, sensibilità, anche eleganza, cosa che comporta una maggiore tolleranza sociale del disturbo nelle donne e una minore percezione del disagio, e quindi una minore richiesta d'aiuto; mentre nel genere maschile la timidezza può essere vista come mancanza di sicurezza, forza e assertività, determinando così vissuti di disagio più elevato, tale da necessitare una ricerca maggiore di aiuto specialistico (Dell'Osso, 2005).

In definitiva, tutte le ricerche condotte sembrano dimostrare che la reale prevalenza della FS nella popolazione generale è elevata ed è causa di disadattamento marcato anche nelle forme più attenuate.

1.5 Eziologia e modelli esplicativi

In base agli studi effettuati sulla FS, oltre il 70% dei pazienti affetti da tale disturbo riferisce nell'infanzia e nell'adolescenza la presenza di timidezza, apprensione, chiusura nei rapporti interpersonali e un certo grado di isolamento sociale. Gran parte delle fobie sociali si sviluppa quando aumentano da parte dell'ambiente extrafamiliare le richieste di coinvolgimento in attività nuove, in soggetti che, fin dall'infanzia, mostrano una predisposizione per il disturbo. Infatti, in questi casi è frequente la presenza di tratti di personalità patologici, quali: bassa autostima, tendenza irrazionale a vivere gli altri come ipercritici e disapprovanti, convinzioni rigide sulle condotte sociali ritenute adeguate, tendenza alle fantasie in grado di generare ansia anticipatoria, allarme e tensione quando osservati, paura per le situazioni in cui è difficile allontanarsi senza risultare inopportuni, timore esagerato che gli altri notino i sintomi di ansia. Non è chiaro se questi aspetti abbiano un significato causale o rappresentino già l'espressione attenuata del disturbo prima che un aumento delle richieste ambientali e delle necessità individuali rendano clinicamente evidente la sintomatologia (Perugi, Simonini, Nassini, Moretti, 2002).
Nell'indagine sull'eziologia della FS sono stati considerati fattori genetico-biologici, fattori ambientali e fattori cognitivi.
Un primo aspetto esaminato è la tendenza costituzionale a reagire con inibizione paurosa all'ambiente e alla presenza dell'altro, soprattutto se estraneo, piuttosto che con la modalità di ricerca della novità. Nei loro studi divenuti classici, Kagan e coll. (1984; 1987; 1988; 1989;) condussero, presso l'Harvard Infant Study Laboratory, una ricerca prospettica selezionando un campione di bambini di 21 e 31 mesi di età, definiti "timido-inibiti" sulla base di test comportamentali di esposizione. Gli Autori hanno così introdotto un costrutto temperamentale definito "inibizione comportamentale" per le novità (*behavioral inhibition*, BI), in riferimento alle "reazioni iniziali del bambino a persone, oggetti, contesti non familiari e a situazioni di sfida", che secondo loro può riflettere una base biologica del comportamento timido. Il gruppo di bambini, che rappresentava il 15% di un vasto campione della popolazione generale, alle valutazioni successive di follow up all'età di 4, 5 e 7 anni e mezzo, continuava a presentare tratti di timidezza e BI. Alcune caratteristiche di

questi bambini con BI è la maggiore produzione di cortisolo in situazioni stressanti e la tendenza ad avere una frequenza cardiaca più elevata. Inoltre, nel tempo questi soggetti timido-inibiti mostravano depressione, ansia, attacchi di panico, ansia di separazione, condotte agorafobiche e fobico-sociali in misura nettamente maggiore rispetto agli altri bambini. Successive ricerche, studiando la relazione tra ansia e BI, hanno collegato quest'ultima sia al Disturbo di Panico/Agorafobia sia alla FS, ma non alla Fobia Specifica, al Disturbo Ossessivo Compulsivo e al Disturbo d'Ansia Generalizzato (Beidel, 1998; Mick, Telch, 1998; Cooper, Eke, 1999). I bambini con BI della coorte longitudinale descritta da Kagan sembravano sviluppare il disturbo fobico dell'infanzia più spesso dei bambini senza BI.

Anche recentemente, uno studio di genetica, condotto da Battaglia e coll. (2005), ha indagato la correlazione tra la risposta di paura all'ambiente e la timidezza. Su un campione di 49 bambini di età compresa tra i sette e i nove anni, misurandone il grado di timidezza in ambito sociale e analizzando il loro DNA, hanno rilevato il legame tra la presenza di una particolare variante del gene 5-HTTLPR (che regola il metabolismo della serotonina) e un insieme di comportamenti definiti in campo psicologico come timidezza. Una ricerca, invece, ha studiato la caratteristica innata del riconoscimento delle espressioni emotive nei volti degli altri, riscontrando nei bambini con ansia sociale difficoltà a riconoscere l'espressione del volto altrui e reazioni di paura alla loro vista (Simonian, Beidel, Turner et al., 2001).

La paura degli altri, aspetto centrale nella sintomatologia fobica, corrisponde a circuiti neuronali specifici, comprendenti la corteccia frontale, il sistema limbico, in particolare l'amigdala, i nuclei centrali, che, se stimolati, la innescano (LeDoux, 1996; Nader, LeDoux, 1999). Si è visto come, a livello neurochimico, gli ansiosi sociali siano simili agli altri soggetti ansiosi (aumento dell'attivazione adrenergica con diminuzione della regolazione inibitoria del GABA), con la differenza nei primi, però, di una disfunzione dei sistemi serotoninergici e dopaminergici (Nutt, Bell, Malizia, 1998). Alterazioni neurochimiche che si correlano con l'inibizione nei comportamenti esplorativi, nella ricerca delle novità e alle risposte emotive tipiche degli ansiosi sociali, così come risulta anche dagli studi precedentemente citati.

Un secondo aspetto da considerare all'origine dell'ansia sociale è lo sviluppo nel bambino, all'incirca verso i due anni, dell'autoconsapevolezza. Unitamente al

formarsi di una teoria della mente, ossia la capacità di comprendere ciò che gli altri pensano e, quindi, di fare predizioni sul loro agire, e all'evolversi delle capacità metacognitive, che consentono di rappresentarsi gli stati mentali propri e altrui, l'autoconsapevolezza genera nel bambino la rappresentazione di sé come oggetto sociale, definita la "*public self-consciousness*" (Buss, 1980; Fenigstein, 2009). In presenza di timidezza, tale attribuzione di sé sarà connotata negativamente, ossia il soggetto costruisce un'immagine di sé negativa nelle relazioni sociali; inoltre, consapevole di essere un oggetto mentale anche per gli altri, l'autovalutazione sfavorevole sarà rafforzata dal ritenere che questi avranno di lui il suo stesso punto di vista.

A tal riguardo, Buss (1980) differenzia una timidezza primaria, caratterizzata dalla paura dell'estraneo, che si manifesta, verso i sette o nove mesi, con inibizione sociale, evitamento dello sguardo, distanziamento, comunicazione ridotta; e una timidezza secondaria, caratterizzata da imbarazzo, che si manifesta verso i quattro anni circa di età, fase in cui si va delineando la consapevolezza di un "sé pubblico", ossia riconoscere se stesso come oggetto sociale. Prerequisito fondamentale per sperimentare emozioni sociali come l'imbarazzo, la colpa, la vergogna o l'orgoglio.

L'imbarazzo influisce sulla regolazione dei comportamenti sociali, nella valutazione dei propri stati interni, altera la comunicazione con gli altri e incide sull'abilità metacognitiva di lettura della mente altrui, alimentando l'attribuzione agli altri, come si diceva sopra, di pensieri negativi su di sé. Tutto ciò, a sua volta, condiziona lo sviluppo delle competenze sociali, sia nella comprensione delle intenzioni altrui, sia nella valutazione degli effetti dei propri comportamenti sugli altri (Procacci, Catania, Popolo, 2011).

Un altro aspetto rilevante nella genesi dell'ansia sociale è dato dal contesto familiare in cui il soggetto cresce, in particolare le relazioni precoci di attaccamento, gli stili educativi genitoriali e il clima emotivo. Come sosteneva Bowlby (1969), un attaccamento sicuro tra *caregiver* e bambino alimenta la fiducia in se stessi e nell'altro, l'apertura verso il mondo esterno e lo sviluppo di buone competenze sociali e relazionali; al contrario, un attaccamento insicuro determina insicurezza, sfiducia, problematicità di diverso tipo e livello nelle relazioni con gli altri. Nello specifico, un atteggiamento genitoriale di critica, rifiuto e svalutazione oppure di iperprotettività e ipercontrollo possono generare nel soggetto sentimenti di inadeguatezza e scarso

valore personale e una visione degli altri come giudicanti e rifiutanti, soprattutto nei casi in cui si innestano su una base biologica di inibizione e timidezza (Hetherington, Martin, 1986; Rubin et al., 1995).

Ad oggi si ritiene che i diversi aspetti fin qui descritti possano favorire lo sviluppo di una fobia sociale nel momento in cui si intersecano con la presenza di altri fattori intervenienti, come quelli di personalità, sociali e, in particolare, psicologici e cognitivi; sono considerati, dunque, fattori predisponenti all'insorgenza e al mantenimento della FS e non in relazione causale diretta con questa (Crozier, Alden, 2005; Grimaldi, 2008). Negli ultimi anni l'indagine si è maggiormente incentrata sui processi cognitivi e comportamentali, evidenziando come, ad esempio, autovalutazioni negative, convinzioni irrazionali, attenzione e memoria selettiva, distorsioni cognitive, evitamenti e comportamenti protettivi svolgano un ruolo importante nel determinare e mantenere la psicopatologia dell'ansia sociale (Harvey, Watkins, Mansell et al., 2004; Grimaldi, 2008).

Riassumendo con Rapee e Spence (2004), la combinazione di diversi fattori di rischio, interni ed esterni, porta allo sviluppo della FS:

a) *fattori interni*: genetici, temperamentali, cognitivi, mancanza di abilità sociali;
b) *fattori esterni*: relazione genitore/figlio, esperienze sociali traumatiche, eventi di vita negativi.

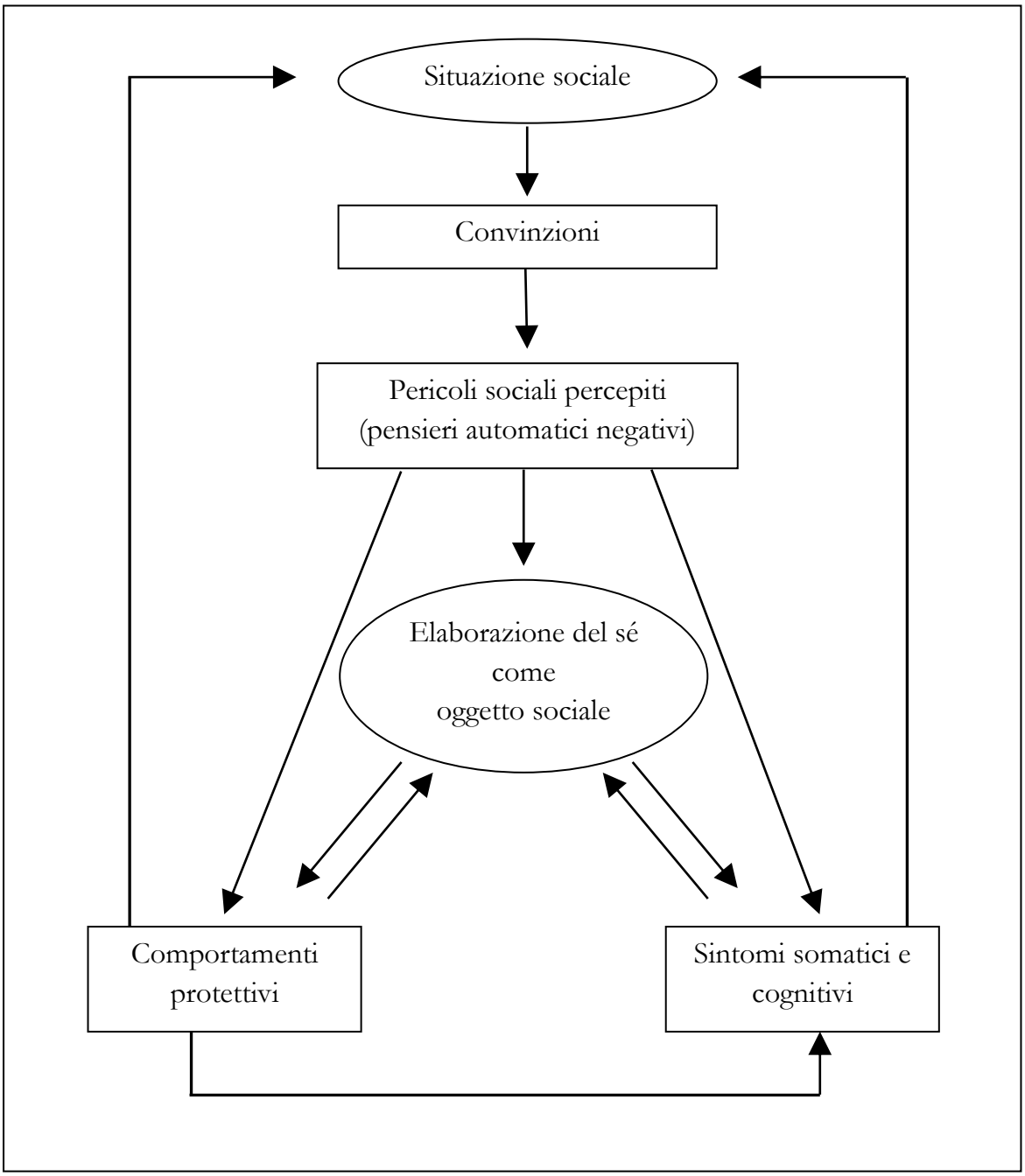
Si esaminano ora, nel dettaglio, due modelli esplicativi della FS secondo l'ottica cognitivo comportamentale.

1.5.1 **Modello cognitivo di Clark e Wells**

Un modello cognitivo dettagliato della FS, che offre una sintesi nuova dei concetti esistenti, è quello di Clark e Wells (1995; Wells, Clark, 1997), basato sul modello di autoregolazione della vulnerabilità emozionale di Wells e Matthews (1994).

L'aspetto nuovo di tale approccio è l'enfasi posta sul ruolo del processo di autovalutazione messo in atto dal soggetto fobico in una situazione critica. A differenza di una linea di pensiero tradizionale in psicologia, che concettualizza le difficoltà esperite dai fobici sociali in termini di deficit di abilità sociali, questo modello sottolinea, invece, l'interferenza causata dall'autovalutazione negativa della propria condotta sociale (Schema 1.1).

Schema 1.1 Il modello cognitivo della Fobia Sociale di Clark e Wells



La caratteristica principale della FS è il forte desiderio di dare un'impressione favorevole di sé agli altri, accompagnato da una grossa insicurezza e incertezza sulla sua riuscita. Quando il fobico affronta una **situazione sociale** si attivano in lui le **convinzioni** relative al potenziale fallimento della prestazione e alle implicazioni connesse alla manifestazione dei sintomi ansiosi.

Tali credenze disfunzionali si condensano in tre nuclei principali:

1) *credenze su di sé* (ad es. "sono noioso", "sono strano");

2) *convinzioni sottoposte a condizioni* (ad es. "se mostrerò di essere ansioso gli altri penseranno che sono incompetente", "se parlo in modo incomprensibile la gente penserà che sono stupido");
3) *rigide regole sociali per le prestazioni in pubblico* (ad es. "devo apparire sempre intelligente e fluente nei discorsi", "non devo mostrarmi ansioso").

Tutto ciò induce l'individuo a percepire dei **pericoli sociali** come risulta evidente nelle preoccupazioni anticipatorie o nei pensieri automatici negativi, che ruotano sul timore di agire in modo inadatto e inaccettabile, di essere rifiutato e umiliato, sulle conseguenze drammatiche che questo comportamento avrà per il suo status sociale.

La perdita di status sociale non riguarda solo il giudizio che gli altri possono avere ma anche l'opinione o percezione che l'individuo stesso ha di sé.

Le reazioni alle valutazioni di pericolo sociale sono, primo, concentrare l'attenzione su di sé e porsi in una prospettiva di osservazione, come se una persona estranea lo stesse osservando, piuttosto che concentrarsi sulla situazione sociale e sul feedback degli altri; secondo, il monitoraggio di sensazioni, immagini e impressioni di sé. Il soggetto costruisce quindi una **elaborazione del sé sociale** su un'idea del presunto giudizio altrui, a partire dall'osservazione della propria prestazione e dalle informazioni interne, ossia le sensazioni fisiche ed emotive. Tali autoosservazioni e sensazioni, non essendo spesso attendibili, causano un'immagine distorta della prestazione effettiva dell'individuo e una elaborazione disfunzionale della visione di sé come oggetto sociale. Questo processo di autovalutazione, vale a dire il modo in cui il fobico sociale ritiene di apparire agli altri, guida i comportamenti: il contenuto dell'impressione, infatti, influisce sul grado di pericolo percepito nelle situazioni sociali.

I giudizi di pericolo attivano, inoltre, un **processo d'ansia** consistente in cambiamenti fisiologici, cognitivi, emotivi e comportamentali. Tali sintomi di ansia costituiscono ulteriori fonti di pericolo dal momento che, giudicati come minacce per le proprie capacità, vanno a loro volta ad influenzare l'opinione di sé elaborata dal soggetto, conducendo ad una escalation dell'ansia e al mantenimento del problema. Infatti, in un circolo vizioso, il fobico concentra sempre più l'attenzione sulle sue reazioni ansiose, sulla valutazione che potrebbe ricevere dagli altri e sull'opinione di se stesso; il progressivo aumento di attenzione ad aspetti marginali

della situazione sociale rende ancor più difficile la prestazione e riduce la consapevolezza verso informazioni interpersonali più oggettive.

Nel tentativo di nascondere o evitare le conseguenze temute, il fobico sociale utilizza **comportamenti protettivi**, che in realtà perpetuano l'ansia e le credenze dell'individuo di essere valutato negativamente, contribuendo alla permanenza del problema. Tra i possibili effetti di tali strategie difensive, si possono trovare un aggravamento dei sintomi (ad es., reggere una tazza troppo saldamente può impedire i normali movimenti) o un'interferenza con la prestazione (ad es., ripetere mentalmente cosa dire prima di parlare rende più difficile la conversazione). Inoltre, possono influenzare direttamente la situazione sociale, ad es. facendo apparire il soggetto meno amichevole e disponibile. Infine, il fatto che le conseguenze temute non si verifichino può essere erroneamente attribuito all'uso dei comportamenti protettivi, piuttosto che a giudizi distorti.

Altri due meccanismi contribuiscono alla focalizzazione dell'attenzione su di sé e a rendere la percezione della propria immagine sociale come instabile e suscettibile di fluttuazioni: il **processo di anticipazione** e il **processo di esame a posteriori della situazione**.

Il primo riguarda la tendenza dell'individuo a meditare a lungo sulla situazione che dovrà affrontare nel tentativo di anticipare tutti i possibili problemi che in essa si potrebbero presentare a livello di conversazioni, comportamenti, performance. Tali elucubrazioni, tipicamente a carattere negativo, attivano il concetto negativo di sé e la propria immagine inizia ad essere minacciata.

Il secondo processo ha luogo quando l'evento sociale termina e il soggetto inizia a rimuginare sugli aspetti negativi del comportamento tenuto, formulando una valutazione a posteriori che non fornisce alcuna nuova informazione utile a contraddire le sue credenze negative; anzi, opera un'astrazione selettiva che prolunga le influenze negative anche dopo la fine dell'incontro, mantenendo le convinzioni negative su di sé.

Concludendo, l'attenzione diretta a sé, insieme ai comportamenti protettivi e di evitamento non consente la falsificazione dell'autovalutazione negativa; anzi, influenzando la prestazione del soggetto nella situazione sociale, induce gli altri a percepire il soggetto fobico sotto una luce negativa.

1.5.2 **Modello della Teoria degli scopi**

Una teorizzazione utile alla comprensione della psicopatologia dei Disturbi d'ansia e, di conseguenza, al loro trattamento, è la Teoria degli scopi (Lorenzini, Sassaroli, 2000; Sassaroli, Lorenzini, Ruggiero, 2006).

La mente regola il comportamento al fine di raggiungere degli **scopi**. Il comportamento è dunque finalisticamente regolato: ogni azione è tesa a produrre una modificazione della situazione attuale in una considerata più favorevole. Nel loro insieme gli scopi costituiscono il **sistema motivazionale** dell'individuo (Castefranchi, Mancini, Miceli, 2002).

È proprio grazie al sistema motivazionale costituito dalla gerarchia degli scopi che noi operiamo delle valutazioni e quindi delle scelte. Ogni valutazione, ogni giudizio che ci fa dire che una cosa è buona o cattiva prende sempre in considerazione uno scopo. È buono ciò che facilita o consente il raggiungimento di uno scopo e, al contrario, è cattivo ciò che lo ostacola o lo impedisce. Gli eventi, le azioni non sono buoni o cattivi in assoluto, ma sempre in riferimento a degli scopi: se non avessimo questi saremmo impossibilitati a esprimere una qualsiasi valutazione e tutto ci sarebbe indifferente. Soggetti mossi da scopi diversi valutano diversamente lo stesso evento e, poiché gli scopi non sono sempre tutti attivi, lo stesso soggetto può valutare in modo diverso lo stesso evento a seconda di quale sia lo scopo attivo in quel momento.

Il soggetto sperimenta l'ansia quando il suo sistema cognitivo valuta come minacciato un proprio scopo importante e questo dipende dalla stima della probabilità di andare incontro ad un fallimento. Quanto maggiore sarà il valore attribuito allo scopo, tanto più sarà intensa l'ansia. La tendenza all'ansia sarà dovuta alla percezione della realtà come minacciosa e di sé come incapaci di fronteggiare gli eventi (scarsa percezione di autoefficacia). Questi due elementi costituiscono dunque un fattore di vulnerabilità e spingono l'individuo a una ipervigilanza continua rispetto ai possibili segnali di minaccia presenti nell'ambiente.

Partendo dalla concettualizzazione della FS di Clark e Wells, gli Autori analizzano gli elementi cognitivi ed emotivi tipici della FS alla luce della Teoria degli scopi (Lorenzini, Sassaroli, 1987, 1991, 1995, 1998, 2000; Castelfranchi, 1988; Pradella, 2006; Sassaroli, Lorenzini, Ruggiero, 2006).

Essi introducono gli elementi causali centrali nella genesi della Fs considerando lo scopo che orienta l'esistenza dell'individuo affetto da FS, ossia il forte e imprescindibile **desiderio di trasmettere agli altri un'impressione favorevole di sé**. Poi, come in tutti i quadri psicopatologici, si aggiungono la mancata plasticità del sistema, la pervasività dello scopo e l'incapacità dell'individuo di rinunciare al pieno raggiungimento dello stesso nel creare i presupposti per la comparsa del disturbo vero e proprio.

Ad aggravare le cose nel caso del fobico sociale è la coesistenza della credenza negativa di **autosvalutazione personale** (Clark e Wells, 1995) con lo scopo della **buona immagine**, in un reciproco e ricorsivo potenziamento in negativo. Gli insuccessi sociali vengono attribuiti completamente a sé e alla propria inadeguatezza. La fonte dell'insuccesso di cui si sente pienamente responsabile è, per il paziente con FS, interna, globale e stabile. Egli basa il giudizio sulla propria immagine sul giudizio su di sé espresso dall'altro (a priori ritenuto negativo), sulla percepita accettazione o meno da parte degli altri, sul riconoscimento esterno.

Appare quindi ovvio come il giudizio degli altri, determinante per il raggiungimento del proprio scopo, sia particolarmente importante, temuto e ansiogeno. La paura del giudizio negativo altrui, il timore che le proprie prestazioni espongano a valutazioni negative da parte degli altri costituiscono l'aspetto centrale nella FS, su cui si va ad inserire il ruolo, importante nel mantenimento del disturbo, dell'emozione di vergogna e della metavergogna.

L'emozione di **vergogna** esprime la credenza dell'individuo di non avere poteri rispetto a uno scopo particolarmente importante per il proprio dominio personale e si esprime attraverso la paura e il dispiacere di ricevere dall'altro valutazioni negative circa uno o più scopi ritenuti importanti per il perseguimento dello scopo della buona immagine e autoimmagine, rispetto al quale l'individuo vuole fortissimamente dimostrarsi adeguato. La vergogna, inoltre, sarà tanto maggiore quanto più sarà l'importanza attribuita all'altro nei confronti del quale il soggetto si vergogna.

I correlati fisiologici della vergogna (rossore al volto, tremore) e quelli comportamentali (postura dimessa, capo chino, tendenza ad abbassare lo sguardo) risultano particolarmente evidenti all'altro; tale evidenza, utile in senso evoluzionistico al significato di tale emozione, risulta invece per il fobico

particolarmente problematica, in quanto conferma la propria credenza di inadeguatezza, debolezza e scarsità di poteri. Tutto ciò sarà ulteriormente complicato dall'associazione di *bias* cognitivi, come la lettura del pensiero e la proiezione esterna dei propri giudizi negativi, che non consentono al fobico sociale di mettere in dubbio che l'altro non sia conscio della sua condizione di mancanza di poteri e che tale situazione non venga valutata negativamente. L'emozione di vergogna risulta anche evocare attenzione, astrazione e memoria selettiva, determinando la focalizzazione sul Sé somatico e, quindi, pone le basi per la percezione della metavergogna.

La **metavergogna**, la "vergogna di vergognarsi", di dare così evidente prova della propria inadeguatezza, è un potente fattore di incremento della sintomatologia ansiosa, in quanto per i fobici rappresenta ulteriore segno della propria debolezza e inettitudine e quindi intensifica i correlati fisiologici della vergogna.

Riassumendo, l'emozione di vergogna induce una maggiore attenzione ai propri stati somatici, questa porta ad un aumento dell'intensità degli stessi, allo sviluppo della metavergogna, quindi al drammatico scadimento della prestazione e della autovalutazione già negativa del soggetto fobico sociale.

1.6 Strumenti diagnostici

Vediamo ora una batteria di test usata nella pratica clinica per la conoscenza del paziente e la valutazione della personalità e del suo funzionamento, sano e patologico, oltre ad una serie di questionari specifici per misurare la presenza e il livello di ansia sociale, di cui alcuni utili anche per determinare gli effetti di un trattamento.

1.6.1 **Minnesota Multifasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)**

Il MMPI è un test non proiettivo di personalità, elaborato, nella sua prima versione, nei primi anni '40 dallo psicologo S. Hathaway e dal neuropsichiatra J. McKinley presso l'Università del Minnesota e sottoposto successivamente ad un esteso e rigoroso processo di standardizzazione e validazione (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, Kaemmer, 1989). È un test psichiatrico ad ampio spettro, costruito per valutare le principali caratteristiche strutturali della personalità e i disordini di tipo emotivo.

La somministrazione consiste nel sottoporre al soggetto un questionario contenente una serie di affermazioni relative ai suoi vissuti, atteggiamenti, condizioni fisiche, abitudini e pensieri ricorrenti. Il MMPI fornisce informazioni su sintomi specifici e aspetti valutati attraverso la risposta consapevole del paziente a delle affermazioni che prevedono la scelta Vero/Falso.

Questo strumento diagnostico è costituito da 567 domande e 6 Scale di Validità, 10 Scale di Base, 12 Scale Supplementari e 15 Scale di Contenuto.

Il MMPI, come strumento di misura, si colloca in una posizione di predominio rispetto agli altri reattivi mentali in quanto è dotato di un elevato potere discriminante tra i tratti normali e patologici della personalità e, nell'ambito della psicopatologia, tra i tratti nevrotici e quelli psicotici; inoltre permette la valutazione della gravità del disturbo psicopatologico riscontrato in un soggetto e si è dimostrato estremamente utile anche per valutare in modo obiettivo gli effetti di una terapia o di altra variabile interveniente, per esempio, se un farmaco o una psicoterapia inducono modificazioni significative nel tempo.

Scale di Validità o Controllo

Studiate per rafforzare la validità clinica del test, valutano l'accuratezza e la sincerità con cui il soggetto ha risposto alle domande.

Scala **L**	**Menzogna**
Scala **F**	**Frequenza**
Scala **K**	**Correzione**

Scale di Base o Cliniche

Analizzano gli aspetti più significativi della personalità e i sintomi e comportamenti sintomatici più diffusi.

1. scala **Hs**	**Ipocondria**
2. scala **D**	**Depressione**
3. scala **Hy**	**Isteria**
4. scala **Pd**	**Deviazione Psicopatica**
5. scala **Mf**	**Mascolinità-Femminilità**
6. scala **Pa**	**Paranoia**
7. scala **Pt**	**Psicastenia**
8. scala **Sc**	**Schizofrenia**
9. scala **Ma**	**Ipomania**
0. scala **Si**	**Introversione Sociale**

Scale di Contenuto

Valutano in maniera più approfondita le caratteristiche di personalità associate alla presenza dei sintomi emersi.

Scala **ANX**	**Ansia**
Scala **FRS**	**Paure**
Scala **OBS**	**Ossessività**
Scala **DEP**	**Depressione**
Scala **HEA**	**Preoccupazioni per la salute**
Scala **BIZ**	**Ideazione bizzarra**
Scala **ANG**	**Rabbia**
Scala **CYN**	**Cinismo**
Scala **ASP**	**Comportamenti antisociali**
Scala **TPA**	**Personalità di tipo "A"**
Scala **LSE**	**Bassa autostima**
Scala **SOD**	**Disagio sociale**
Scala **FAM**	**Problemi familiari**
Scala **WRK**	**Difficoltà sul lavoro**
Scala **TRT**	**Indicatori di difficoltà di trattamento**

Scale Supplementari

Indagano specifiche aree di interesse clinico per un ulteriore approfondimento dei problemi clinici presentati dal soggetto.

Scala **A**	**Ansia**
Scala **R**	**Repressione**
Scala **Es**	**Forza dell'Io**
Scala **MAC-R**	**Alcolismo**
Scala **O-H**	**Ostilità ipercontrollata**
Scala **Do**	**Leadership**
Scala **Re**	**Responsabilità sociale**
Scala **Mt**	**Disadattamento scolastico**
Scala **Gm Gf**	**Scale di ruoli sessuali**
Scala **Pk Ps**	**Disturbo da stress post-traumatico**
Scala **APS**	**Tossicodipendenza potenziale**
Scala **AAS**	**Ammissione di tossicodipendenza**
Scala **MDS**	**Disagio coniugale**

1.6.2 **Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (SCID-II)**

La SCID-II, elaborata inizialmente da R. Spitzer, J. Williams e M. Gibbon nel 1987 e revisionata poi da M. First, M. Gibbon, R. Spitzer, J. Williams e L. Benjamin nel 1997, è un'intervista clinica semistrutturata per la valutazione diagnostica dei Disturbi di Personalità codificati sull'Asse II del DSM-IV. La fase dell'intervista vera e propria della SCID-II è, in genere, preceduta dalla somministrazione di un questionario autosomministrato come screening preliminare che permette al clinico di fare le sue ipotesi diagnostiche "di massima" iniziali. La successiva intervista permette quindi di "scegliere" le ipotesi diagnostiche che meglio si adattano al paziente valutato. Il questionario è formato da 119 item, ai quali la persona valutata deve rispondere "Sì" o "No", che esplorano i criteri diagnostici per la valutazione dei Disturbi di Personalità (suddivisi in sezioni, corrispondenti ai dieci Disturbi di Personalità riportati nel DSM-IV, al Disturbo di Personalità NAS e ai Disturbi di Personalità passivo-aggressivo e depressivo riportati in appendice nel DSM-IV). In sostanza, il questionario aiuta il clinico ad orientarsi sulle categorie all'interno delle quali "potrebbe" rientrare; l'intervista, invece, permette al clinico di capire quali sono i Disturbi della Personalità che possono essere "effettivamente" diagnosticati al soggetto valutato.

1.6.3 **Millon Clinical Multiaxial Inventory - III (MCMI-III)**

Il MCMI-III (Millon, Davies, 1997), terza edizione del MCMI di T. Millon (1977), sviluppata e adeguata al DSM-IV, rappresenta un valido strumento di valutazione psicologica dell'adulto, il cui scopo è misurare tratti di personalità e l'eventuale presenza di psicopatologia. Questo strumento può essere utilizzato con pazienti esterni o ospedalizzati e in psichiatria forense per:

- valutare l'interazione fra disturbi di Asse I e Asse II, basandosi sul sistema di classificazione del DSM-IV;
- identificare le caratteristiche più profonde e pervasive della personalità, sottostanti la sintomatologia manifesta del paziente;
- ottenere una comprensione integrata delle relazioni che intercorrono fra caratteristiche di personalità e sindromi cliniche, per favorire l'individuazione del trattamento.

Il MCMI-III non è atto a valutare la personalità generale e non si può impiegare per scopi diversi dallo screening diagnostico o dalla valutazione clinica.

Si utilizza con gli adulti dai 18 anni di età in su, è un test semplice, comprensibile anche a soggetti con bassa scolarizzazione, e breve nella somministrazione, pensato per ottenere il massimo dell'informazione con il minimo sforzo del paziente.

Il MCMI-III consta di un questionario a 175 item (a doppia alternativa di risposta "vero/falso") ed è composto da 24 scale, suddivise in 4 gruppi, e 4 indici di correzione.

Le scale sono raggruppate in categorie di personalità e in psicopatologie specifiche per riflettere la distinzione fatta dal DSM fra Asse II e Asse I. A livello di scala, ciascun asse è composto da dimensioni che riflettono le principali sindromi: le scale dell'Asse II comprendono quelle dimensioni della personalità che sono parte del DSM fin dalla sua terza revisione, mentre le scale dell'Asse I riflettono le sindromi che sono più rilevanti nel lavoro clinico. Oltre alla distinzione tra sintomi psichiatrici e disposizioni stabili della personalità, esse, all'interno di ciascun asse, sono ulteriormente raggruppate secondo il livello di gravità della psicopatologia: si valuta, quindi, il modello caratterologico precedente alla malattia indipendentemente dal suo grado di patologia.

1.6.4 **Brief Psychiatric Rating Scale Vers. 4.0 (BPRS 4.0)**

La BPRS 4.0 di J. Ventura, M. Green, A. Shaner, R. Liberman (1993), versione ampliata della BPRS di J.E. Overall e D.R. Gorham (1962), è una scala di eterovalutazione che misura la presenza e la gravità di alcune manifestazioni sintomatiche, in particolare dei sintomi associati a stati depressivi e psicotici. La valutazione viene effettuata dal clinico sulla base di informazioni raccolte nel corso di un'intervista e anche attraverso l'osservazione del comportamento spontaneo del soggetto, in modo da avere quelle informazioni relative al comportamento fisico, intellettivo e sociale, necessarie per un giudizio più globale.

La BPRS 4.0 è stata proposta dagli Autori con la finalità di ampliare lo spettro sintomatologico esplorato, per una migliore definizione del quadro psicopatologico, attraverso l'aggiunta di 6 item rispetto ai 18 della versione precedente. Inoltre, al fine di ampliare il *range* di applicabilità della scala anche a valutatori con minore esperienza clinica, senza aumentare il livello di variabilità tra gli esaminatori, si è corredata la scala di un manuale che fornisce dettagliate istruzioni sul come rilevare la presenza dei sintomi, di un'intervista semistrutturata, tale da consentire di porre al paziente le domande più appropriate per la valutazione dei singoli sintomi, e, infine, di accurate definizioni del livello di gravità dei sintomi, in modo da ridurre al massimo la variabilità tra valutatori.

1. **Preoccupazioni somatiche**
2. **Ansia**
3. **Depressione**
4. **Rischio di suicidio**
5. **Sentimenti di colpa**
6. **Ostilità**
7. **Elevazione del tono dell'umore**
8. **Grandiosità**
9. **Sospettosità**
10. **Allucinazioni**
11. **Contenuto insolito del pensiero**
12. **Comportamento bizzarro**
13. **Trascuratezza di sé**
14. **Disorientamento**
15. **Disorganizzazione concettuale**
16. **Appiattimento affettivo**
17. **Isolamento emotivo**
18. **Rallentamento motorio**
19. **Tensione motoria**
20. **Mancanza di cooperazione**
21. **Eccitamento**
22. **Distraibilità**
23. **Iperattività motoria**
24. **Manierismo e posture**

Ne è derivata, perciò, una scala utilizzabile tanto dallo psichiatra che dallo psicologo o dal paramedico, specialmente adatta per la valutazione di pazienti psicotici.
La BPRS 4.0 inoltre rende possibile la valutazione del decorso clinico, essendo uno strumento rapido ed efficiente di misurazione del cambiamento della sintomatologia. Più specificamente, questo strumento indaga 24 aspetti sintomatici, fornendo una descrizione ampia ed esaustiva delle caratteristiche di questi.

1.6.5 **State-Trait Anxiety Inventory - Y (STAI-Y)**

Lo STAI è un questionario costruito da C. Spielberger (1970) per la misurazione delle due forme d'ansia, l'ansia di stato e l'ansia di tratto. Successivamente, sulla base dell'esperienza acquisita in oltre 10 anni di impiego, è stata pubblicata una revisione dello STAI, la *Form Y* (Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1983), capace di distinguere in maniera più netta i due tipi di ansia. È uno strumento di facile applicazione e interpretazione, finalizzato alla rilevazione e misurazione dell'ansia, sia per scopi di tipo psicodiagnostico, sia per verificare l'efficacia e i benefici della psicoterapia. È quindi utile come misura generica dello stress, non ponendo diretti riferimenti a situazioni di lavoro.
Lo STAI si articola in due sub-scale, che valutano i due diversi aspetti dell'ansia, composte ciascuna da 20 item, ai quali il soggetto deve rispondere in termini di intensità su una scala a 4 punti. La scala relativa all'ansia di stato prevede risposte quali "per nulla, poco, abbastanza, molto", che riguardano il momentaneo stato d'animo. La scala relativa all'ansia di tratto fornisce risposte quali "mai, qualche volta, spesso, sempre", che si riferiscono alla condizione abituale del soggetto.
Lo STAI è soggetto a tutte le limitazioni dei questionari di autovalutazione, ma è largamente impiegato per la sua facilità di somministrazione e flessibilità e perché consente di avere rapidamente una misura approssimativa dell'ansia soggettiva.

1.6.6 **Beck Anxiety Inventory (BAI)**

Il BAI, costruito da A.T. Beck, N. Epstein, G. Brown e R. Steer (1988), è uno strumento di autovalutazione che permette di misurare, in modo molto rapido (10' di somministrazione), la gravità della sintomatologia ansiosa negli adulti (es. sensazioni di formicolio e di calore, nervosismo, incapacità a rilassarsi, palpitazioni,

senso di svenimento, paura che possa accadere il peggio, ecc.).

Disturbi di ansia e disturbi depressivi sono frequentemente associati e gli strumenti per misurare la gravità delle manifestazioni ansiose e depressive sono altamente correlati tra loro. Il BAI è stato costruito includendo quei sintomi di ansia soltanto minimamente sovrapposti a quelli di natura depressiva.

I disturbi di ansia sono tra le manifestazioni psicopatologiche che meglio beneficiano degli interventi psicologici e psicoterapeutici. È indubbia, quindi, la necessità di una corretta valutazione dei sintomi di ansia, sia in sede di prevenzione primaria che di intervento e di *follow-up*. In particolar modo il BAI è in grado di discriminare efficacemente fra gruppi diagnostici ansiosi e non ansiosi in differenti situazioni cliniche, rivelandosi un ottimo strumento di screening dell'ansia.

Il periodo di tempo che viene preso in esame include la settimana precedente compreso il giorno della somministrazione.

Il test è composto da 21 item, descrizioni di sintomi fisiologici e cognitivi di matrice ansiosa, valutati mediante una scala a quattro punti corrispondente ad un punteggio da 0 (= per niente) a 3 (= gravemente): il punteggio sino a 9 indica assenza di ansia, da 10 e 18 ansia lieve/moderata, da 19 a 29 ansia, da 30 a 39 ansia grave.

1.6.7 **Liebowitz Social Phobia Scale (LSPS)**

La LSPS (Liebowitz, 1987) è probabilmente la scala di eterovalutazione per la Fobia Sociale che abbraccia in maniera più completa le difficoltà sociali e prestazionali che il disturbo comporta. La scala è indicata per la valutazione di soggetti di ogni età affetti da FS.

È composta da 24 item, di cui 13 esplorano l'ansia prestazionale o di performance (indicati con la lettera P) ed 11 l'ansia sociale (contraddistinti dalla lettera S). Per ogni item vengono poi valutate, separatamente, l'ansia/la paura legate a ciascuna situazione descritta ed il grado di evitamento. La valutazione è effettuata su di una scala a 4 punti: la scala per la paura/ansia prevede risposte quali "nessuna, lieve, moderata, grave"; quella per l'evitamento presenta risposte quali "mai, qualche volta (10%), spesso (33-66%), sempre o quasi sempre (67-100%)".

Si ottengono perciò 4 tipi diversi di valutazione:

- paura/ansia prestazionale
- evitamento della prestazione
- paura/ansia sociale
- evitamento sociale

La LSPS è adatta alla valutazione degli effetti del trattamento e può essere perciò impiegata prima e dopo il trattamento e, a discrezione del ricercatore, a intervalli intermedi. Il periodo di riferimento è in funzione dell'impiego che ne viene fatto: può essere la vita intera, nel caso che la scala venga usata come strumento di screening, o l'intervallo fra una somministrazione e l'altra, in caso di valutazione degli effetti di un trattamento.

1.6.8 **Social Interaction Self-Statement Test (SISST)**

Il SISST (Glass, Merluzzi, Biever, Larsen, 1982) è stato studiato per valutare gli aspetti cognitivi associati all'ansia legata all'interazione sociale. La scala è adatta alla valutazione e allo studio di soggetti con bassa autostima, paure ingiustificate, paura delle esperienze negative, preoccupazioni circa il proprio aspetto fisico.

Il test si basa sull'assunto che i pensieri che l'individuo formula in determinate situazioni di stress, sono in rapporto ai suoi sentimenti di ansia o di sicurezza. È stato costruito sottoponendo a numerosi studenti di un college 10 situazioni di rapporto sociale di comune occorrenza e chiedendo loro di immaginare di esserne protagonisti; gli studenti dovevano, quindi, scrivere i pensieri che formulavano mano a mano che la situazione si sviluppava. Questi pensieri sono stati classificati in positivi, neutri e negativi e, attraverso una serie di valutazioni, i 15 giudicati, rispettivamente, più positivi e più negativi sono stati usati per costruire la scala.

Anche in questa scala, il periodo valutato è in funzione dell'impiego che ne viene fatto: se usata come strumento di screening può essere la vita intera, nel caso venga utilizzata per valutare gli effetti di un trattamento si considera il periodo relativo all'ultima valutazione. Può essere adattata ai maschi e alle femmine semplicemente cambiando il genere ed i riferimenti all'altro sesso.

La scala è composta da 30 item, 15 positivi (o facilitanti) (2, 4, 6, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 18, 24, 25, 27, 28 e 30) e 15 negativi (o inibenti) (1, 3, 5, 7, 8, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 26 e 29). Il punteggio negli item positivi esprime il livello di competenza

sociale, quello negli item negativi il livello di ansia sociale. Ciascun item è valutato su di una scala a 5 punti secondo le risposte "ho avuto questo pensiero: quasi mai, raramente, qualche volta, spesso, molto spesso". Il punteggio può variare, per ciascuno dei due subset di item, fra 15 e 75.

Il SISST ha dimostrato una buona consistenza interna ed una buona validità concorrente con altri strumenti che valutano la FS. Notevole è la capacità di discriminare fra soggetti con alta e bassa ansia sociale individuati con altre scale.

1.6.9 Interaction Anxiousness Scale (IAS) e Audience Anxiousness Scale (AAS)

La IAS e la AAS sono state create da M.R. Leary (1983; Leary, Kowalski, 1993) per la valutazione di due tipi di ansia sociale: rispetto agli altri strumenti di questo tipo, infatti, misurano tanto i sentimenti di ansia che il comportamento ansioso. L'Autore è partito dalla constatazione che una persona che ha sentimenti di ansia può interagire socialmente nonostante il malessere ed il disagio.

Questi due strumenti si basano sull'assunto che l'ansia sociale è un'esperienza di ansia che deriva dalla sensazione di essere giudicato in una situazione d'interazione sociale. Essi misurano due tipi di ansia sociale, l'ansia da interazione (IAS), relativa alle risposte sociali necessarie in funzione del comportamento altrui, e l'ansia da pubblico (AAS), che si manifesta quando la risposta sociale non è in rapporto al comportamento altrui. I due strumenti possono essere usati sia separatamente che assieme. Il periodo di riferimento è la vita intera e le due scale sono indicate come strumenti di screening.

La IAS è composta da 15 item e la AAS da 12. Ciascun item è valutato su di una scala a 5 punti in cui 1 corrisponde a "Non è caratteristico per me o falso" e 5 a "Caratteristico per me o vero". Nella IAS, gli item 3, 6, 10 e 15 hanno un punteggio inverso rispetto agli altri; nell'AAS gli item con punteggio invertito sono il 2 e l'8. Punteggi elevati sono espressione di maggiore ansia.

I due strumenti hanno dimostrato un'eccellente consistenza interna ed una notevole validità. Hanno un'elevata correlazione con altri strumenti che valutano la FS e con il giudizio clinico. I punteggi sono relativamente indipendenti dalla desiderabilità sociale.

1.7 Principi di trattamento farmacologico

Già precedentemente alla classificazione della FS come entità nosografica autonoma, i dati di alcune ricerche sugli effetti dei farmaci beta-bloccanti sull'ansia da performance avevano fatto ipotizzare il loro impiego nel trattamento dell'ansia sociale (James, Griffith, Pearson et al., 1977; Gorman, Liebowitz, Fyer et al., 1985).
Questa classe di farmaci si era dimostrata particolarmente efficace nel ridurre la sintomatologia fisiologica innescata da performance di vario tipo in soggetti normali. Nonostante ci siano delle differenze tra ansia da prestazione e FS, in particolare quella generalizzata, questi risultati hanno stimolato l'interesse a valutare l'efficacia dei beta-bloccanti in questo disturbo.
Negli stessi anni, altre ricerche, soprattutto quelle condotte da Liebowitz e i suoi collaboratori, avevano posto l'attenzione su un'altra classe di farmaci, gli inibitori delle monoaminossidasi, dimostrando che la fenelzina era superiore all'atenololo e al placebo nel ridurre l'eccessiva sensitività interpersonale (Nies et al., 1982; Liebowitz et al., 1984; Liebowitz, Gorman, Fyer, 1988). Poiché quest'ultima, presente sia nella FS sia nella depressione atipica, si caratterizza per l'ipervalutazione del giudizio altrui e per la sensibilità al rifiuto nei rapporti interpersonali, risultò plausibile che gli IMAO potessero essere di aiuto anche nel trattamento della FS.
Dalla fine degli anni '80, a partire da queste osservazioni e con l'introduzione dei nuovi sistemi classificativi, la ricerca clinica sul trattamento farmacologico della FS ha avuto un notevole sviluppo. Sono stati condotti diversi studi in aperto ed alcune prove controllate, di seguito riportati, con cui si è indagata l'efficacia di vari composti appartenenti a classi farmacologiche differenti, quali beta-bloccanti, benzodiazepine, inibitori delle monoaminossidasi ed inibitori specifici del reuptake della serotonina.

a) **Beta-bloccanti**

I beta-bloccanti vengono spesso utilizzati nella gestione dell'ansia prestazionale in quanto, agendo sull'iperattività beta-adrenergica del sistema nervoso autonomo, riducono i sintomi somatici dell'ansia, quali la sudorazione, il tremore, le palpitazioni, la tachicardia, l'arrossire, la bocca secca (Marshall, 1992; Roy-Byrne, Wingerson, 1992). Tale azione a livello somatico non si ripercuote, tuttavia, sugli

aspetti psicopatologici centrali della FS, come la sensitività interpersonale e la sensibilità al giudizio. Infatti, l'uso dei beta-bloccanti nei soggetti con ansia da prestazione, i quali in molti casi soddisfano i criteri per la diagnosi di FS circoscritta (Clark, Agras, 1991), può essere giustificato perché l'interpretazione catastrofica dei sintomi fisiologici dell'ansia da parte dei fobici contribuisce al mantenimento del disturbo (Clark, Wells, 1995; Wells, Papageorgiou, 2001). Non si hanno, invece, evidenze sull'efficacia di tali farmaci sulla FS generalizzata, non essendo risultati superiori al placebo in diversi studi (Liebowitz, Schneier, Campeas et al., 1992; Turner, Beidel, Jacob, 1994).

Dunque, i beta bloccanti nella FS sembrano utili esclusivamente nei casi in cui sono presenti spiccate manifestazioni ansiose di tipo neurovegetativo in risposta a poche situazioni ben individuabili, mentre di minore utilità appare il loro impiego nella FS generalizzata, caratterizzata da un ampio spettro di situazioni ansiogene.

b) **Benzodiazepine (BDZ)**

Numerosi studi, sia in aperto sia controllati *vs* placebo, da tempo hanno dimostrato l'efficacia delle BDZ, quali l'alprazolam e il clonazepam, nella riduzione dei sintomi dell'ansia sociale (Reiter, Pollack, Rosembaum et al., 1990; Davidson, Ford, Smith, 1991; Gelernter, Uhde, Cimbolic et al., 1991; Davidson, Potts, Richichi et al., 1993; Versiani, Nardi, Figueira et al., 1997). Nello specifico, si è riscontrato un rapido esordio dell'efficacia terapeutica, una semplice gestione della posologia, una discreta tollerabilità in caso di dosaggio non alto e, quindi, possono anche essere usate al bisogno (Stahl, 2002).

Tuttavia, il trattamento con le BDZ, nella FS come negli altri disturbi d'ansia, comporta dei rischi come possibile sedazione (dose-correlata), dipendenza, difficoltà nella fase di sospensione, tolleranza (Seedat, Stein, 2004). Inoltre, esse risultano inefficaci per la depressione, che spesso si associa alla FS (Blanco, Raza, Schneier et al., 2003) e presentano un elevato grado di ricaduta alla sospensione del farmaco (Gelernter, Uhde, Cimbolic et al., 1991; Versiani, Nardi, Figueira et al., 1997).

Per tali ragioni, non si considera una terapia benzodiazepinica a dosi elevate e per periodi protratti. Può, invece, risultare utile nelle prime fasi del trattamento, in associazione con gli antidepressivi, in particolare quando la latenza della risposta antidepressiva e la prevalenza degli effetti collaterali sulla risposta clinica possono

compromettere l'aderenza al trattamento; in questi casi va necessariamente concordata con il paziente la sospensione graduale del farmaco entro alcune settimane, nel momento in cui l'antidepressivo raggiunge la sua efficacia (Torta, Amodeo, 2009).

c) **Inibitori delle monoaminossidasi (IMAO)**

Tra gli IMAO, la fenelzina è risultata maggiormente efficace dell'atenololo e del placebo nel trattamento della FS nel già citato studio di Liebowitz, Schneier e Campeas (1992), mentre in un altro studio *vs* alprazolam e placebo ha dimostrato un'efficacia significativa nel miglioramento della disabilità lavorativa e sociale, anche dopo quattro settimane dalla sospensione del farmaco (Udhe, Tancer, Black et al., 1991). Anche in altri studi è risultata superiore al placebo, all'alprazolam e, in alcune misurazioni, anche alla terapia cognitivo-comportamentale (Gelernter, Uhde, Cimbolic et al., 1991; Versiani, Nardi, Mundin et al., 1992; Blanco, Raza, Schneier et al., 2003).

Anche la moclobemide, un inibitore ad azione reversibile e selettiva, ha dato buoni risultati nello studio di Versiani e coll. (1992): dopo sedici settimane di trattamento, erano quasi privi di sintomi il 91% dei pazienti del gruppo con fenelzina, l'82% di quelli con moclobemide e il 43% di quelli con placebo.

Ciò nonostante, a causa dei problemi di gestione e di cautela nella pratica clinica, gli IMAO non vengono considerati tra i trattamenti di prima scelta nella FS (Davidson, 2006).

d) **Inibitori del reuptake della serotonina (SSRI)**

A partire dall'inizio degli anni '90, numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia nella FS degli SSRI, i cui composti sono stati tutti oggetto di ricerca, inizialmente con case report e studi in aperto, in seguito con studi randomizzati controllati con placebo, come riportato nella meta-analisi di van der Linen, Stein e van Balkom (2000).

Il primo SSRI commercializzato è stato la fluoxetina, di cui si era dimostrata l'efficacia prevalentemente in casi clinici, in studi non controllati e in soggetti che presentavano la FS in comorbilità con disturbi dell'umore e disturbi d'ansia (Schneier, Chin, Hollander et al., 1992; Black, Uhde, Tancer, 1992; Van Ameringen, Mancini, Streiner, 1993; Perugi, Nassini, Lenzi et al., 1995). In un ampio studio, Davidson e coll. (2004) hanno utilizzato sia la fluoxetina, la TCC e il placebo

singolarmente, sia le terapie associate tra SSRI e TCC e tra TCC e placebo, riscontrando risultati positivi sia per la fluoxetina sia per la TCC. Al contrario, in due studi controllati non è risultata l'efficacia del SSRI rispetto al placebo (Kobak, Greist, Jefferson et al., 2002; Clark, Ehlers, McManus et al., 2003).

La fluvoxamina è risultata superiore verso il placebo in due studi controllati (Van Vliet, den Boer, Westenberg, 1994; Stein, Fyer, Davidson et al., 1999) e si è riscontrata anche una discreta efficacia e una buona tollerabilità in infanzia e adolescenza (Cheer, Figgit, 2001).

Anche per la sertralina, secondo farmaco ad essere approvato negli Stati Uniti dalla Food and Drug Administration (FDA) per il trattamento della FS, diversi studi hanno provato la sua significativa superiorità verso il placebo (Walker, Van Ameringen, Swinson et al., 2000; Van Ameringen, Lane, Walzer et al., 2001; Blomhoff, Haug, Hellstrom et al., 2001; Liebowitz, DeMartinis, Weihs et al., 2003).

Per il citalopram, invece, è stata verificata una buona efficacia e una tollerabiltà simile agli altri SSRI in case report e studi in aperto, ma mancano studi controllati (Bouwer, Stein, 1998; Simon, Sharma, Worthington et al., 2001).

La paroxetina è tra gli SSRI quello più studiato per la FS ed è stato il primo ad aver ricevuto l'indicazione dalla FDA per il trattamento di tale disturbo. Si è riscontrato con tale sostanza un miglioramento dell'evitamento fobico e dei sintomi d'ansia (Baldwin, 2000), sia in soggetti con FS circoscritta (Stein, Stein, Goodwin et al., 2001) sia con FS generalizzata (Baldwin, Bobes, Stein et al., 1999).

Infine, l'escitalopram ha dimostrato un'efficacia analoga alla paroxetina e maggiore rispetto al placebo nell'abbassare il punteggio globale della Liebowitz Social Anxiety Scale (Lader, Stender, Burger et al., 2004), oltre a una riduzione significativa dei risultati inerenti gli aspetti sociali e lavorativi ottenuti con la Sheehan Disability Scale (Kasper, Stein, Loft et al., 2005).

Concludendo, considerato che, nonostante l'efficacia, gli IMAO e le benzodiazepine ad alta potenza hanno delle limitazioni nell'impiego a lungo termine, i primi per la scarsa maneggevolezza, le seconde per il dimostrato rischio di dipendenza e di abuso, gli SSRI rappresentano i farmaci di prima scelta nel trattamento della FS (Davidson, 2006).

1.8 Assessment e concettualizzazione del caso

Per lo psicoterapeuta cognitivo comportamentale l'utilità della diagnosi consiste nella sua capacità di orientare il trattamento e contribuire quindi all'esito stesso del trattamento.

Utilizzando un sistema di classificazione nosografica categoriale si avrà una diagnosi descrittiva di sintomi, utile come primo passo nel processo diagnostico, ma di per sé insufficiente ad una comprensione più articolata del paziente e ad impostare una psicoterapia. È necessario, dunque, estendersi oltre verso una diagnosi esplicativa, per fornire indicazioni sull'eziologia del disturbo e sui meccanismi di mantenimento per quello specifico paziente (Dell'Erba, 2008).

A questo scopo, il terapeuta cognitivo comportamentale utilizza di solito la formulazione idiografica del caso clinico, un approccio che tiene conto non di un unico disturbo o sintomo ma di tutti i problemi presentati dal paziente e mira a una comprensione delle relazioni tra questi, in modo da adattare poi i moduli di trattamento basati su prove di efficacia alle necessità del singolo paziente (Persons, 2005).

La **concettualizzazione del caso,** considerata fondamentale nella terapia cognitivo comportamentale, consiste nel resoconto narrativo delle informazioni raccolte e dedotte nel corso della valutazione diagnostica e rappresenta l'ultima tappa del processo clinico diagnostico. L'obiettivo della formulazione del caso è la comunicazione al paziente, o ad un eventuale inviante, di quanto appreso durante la valutazione, dallo stile di personalità al livello di funzionamento, dalle risorse presenti ai fattori di vulnerabilità, dai problemi presentati agli aspetti di rilievo clinico, oltre che un modo per identificare le aree che richiedono ulteriore esplorazione.

Come evidenziato da Persons (2005), grazie alla prospettiva della concettualizzazione del caso il terapeuta può formulare ipotesi sui meccanismi di scompenso e mantenimento e può promuovere il cambiamento; inoltre adotta una prospettiva empirica, nella quale rientrano la raccolta continua dei dati, sia inizialmente, per la comprensione dei problemi presentati, che in corso di trattamento, per valutarne l'andamento, e la verifica delle ipotesi formulate.

Seguendo tale approccio, il terapeuta mette a punto una concettualizzazione individualizzata e la utilizza come cornice all'interno della quale poi scegliere gli interventi da adattare al paziente specifico.

I primi colloqui con il paziente fobico sociale rappresentano un momento particolarmente delicato, in quanto egli potrebbe provare molta ansia ed imbarazzo nel dover parlare autonomamente e timore per un eventuale giudizio del terapeuta. È necessario quindi che il clinico conduca l'assessment con un atteggiamento molto empatico, di comprensione e condivisione, comunicando l'assenza di qualsiasi giudizio da parte sua.

Oltre al colloquio e alle scale di valutazione specifiche per la FS, analizzate precedentemente, il terapeuta, può avvalersi per l'assessment anche di semplici role-playing, brevi esposizioni in immaginazione e/o in vivo, schede di automonitoraggio o diari, valutazione delle immagini.

Le informazioni che occorre raccogliere sono:

- le situazioni ansiogene attivanti e le variabili che le modificano
- le reazioni psicofisiologiche
- i comportamenti protettivi e gli evitamenti
- i pensieri automatici negativi e le distorsioni cognitive
- gli schemi disfunzionali di base
- il nucleo centrale della paura, l'aspetto più terribile per il soggetto
- le strategie di coping utilizzate per fronteggiare la paura

Inoltre, è importante valutare:

- le abilità sociali (aspetti verbali e non verbali)
- le capacità di riconoscimento e gestione delle emozioni
- le risorse interne ed esterne
- i modelli genitoriali
- l'origine degli schemi relazionali

Nel condurre l'assessment è necessario prendere in considerazione le tre fasi che attraversa il soggetto ansioso, valutandone gli aspetti specifici:

a) **l'ansia anticipatoria** (*Quanto tempo prima comincia a preoccuparsi? Quali sintomi fisici cominciano a svilupparsi? Quali pensieri, ricordi, immagini sono presenti? Quali conseguenze teme? Quali strategie decide di mettere in atto, compreso l'evitamento?*)

b) **l'ansia prestazionale o situazionale** (*Qual è lo stimolo iniziale? Quali sono i sintomi somatici dell'ansia? Quali pensieri si attivano? Che conseguenze immagina? Come si sentiva emotivamente? Quali comportamenti protettivi vengono messi in atto? Come immagina di apparire? Quale particolare immagina sarà notato? Cosa ha notato degli altri? Erano percepiti ostili? Come si è realmente conclusa la situazione?*)

c) **la valutazione a posteriori dell'evento** (*Cosa ha fatto alla conclusione della situazione? Come si è sentito? Che decremento ha avuto l'ansia? Quali pensieri, ricordi, immagini? Come giudica la sua performance? Come pensa che questa performance influirà su di sé, sul suo futuro?*)

Per fare emergere i dati utili si possono considerare alcuni episodi recenti, in cui il paziente ha provato ansia in situazioni pubbliche, e invitarlo a rievocare i relativi vissuti; oppure, si possono porre domande dirette durante, o subito dopo, l'esposizione a situazioni reali o create ad hoc per quel paziente.

La concettualizzazione del caso del paziente fobico sociale si può delineare utilizzando come traccia lo schema del modello cognitivo, illustrato nel par. 1.5.1, che evidenzia la sequenza di eventi e i cicli di feedback presenti nella FS (Clark e Wells, 1995). In particolare, occorre definire dapprima la natura dei sintomi cognitivi e somatici dell'ansia e i comportamenti protettivi e di evitamento (le parti in basso nello Schema 1.1), per poi risalire ai pensieri automatici negativi, inerenti la percezione di pericoli sociali, e ai contenuti della percezione di se stesso come oggetto sociale (le parti centrali). Durante la terapia, poi, andranno riconosciute e modificate le credenze e le convinzioni profonde che sottendono al problema del soggetto (la parte in alto).

I sintomi d'ansia nella FS sono alimentati dai giudizi negativi, i quali a loro volta, si basano sui sintomi stessi. I segni più problematici sono quelli più facilmente notati dagli altri, come arrossire, tremare, sudare, avere contrazioni muscolari, balbettare, avere la voce tremante, piangere, avere un vuoto mentale. Per determinare la natura di tali sintomi e la misura in cui i giudizi su di essi influiscono sulla formulazione dei pensieri automatici e sull'elaborazione disfunzionale del concetto di sé, il terapeuta può utilizzare domande come:

– *Quando si sente ansioso in situazioni pubbliche, quali sintomi avverte?*
– *Quale sintomo la disturba maggiormente?*

– *Quanto ritiene siano evidenti i sintomi?*
– *Se le persone notassero i sintomi, questo cosa significherebbe per lei?*

I comportamenti protettivi e di evitamento possono essere evidenti o latenti. Quelli più evidenti sono facilmente osservabili e possono essere rilevati anche durante una prova di esposizione. Bisogna, invece, prestare particolare attenzione per ricercare quelli latenti (es. ripetere mentalmente le frasi prima di parlare), associando all'esposizione a situazioni temute una serie di domande che sollecitino le risposte:

– *Quando ha pensato che* (l'evento temuto) *sarebbe accaduto, ha fatto qualcosa per evitarlo?*
– *Se lei non avesse assunto* (comportamento protettivo)*, quanto è convinto che* (l'evento temuto) *sarebbe accaduto?*
– *Fa qualche altra cosa per controllare i sintomi/ migliorare la prestazione/ nascondere il problema?*
– *Fa qualcosa per evitare di attirare l'attenzione?*
– *Qual è l'effetto che ottiene con l'impiego dei comportamenti protettivi?*
– *Che effetto produce sui sintomi/ sulla prestazione/ sulla consapevolezza di sé?*
– *Che effetto ha sul modo di apparire amichevole e avere/dare una buona immagine di sé?*

Attraverso la descrizione dell'evento e con domande specifiche, occorre far emergere i pensieri automatici negativi più rilevanti, approfondendo poi ulteriormente per risalire al loro significato, spesso non evidente, e alle implicazioni che comportano. Ad es., il pensiero automatico "E se non trovassi nulla da dire?" di un soggetto che prova molta ansia nell'unirsi ad un gruppo nuovo di persone, può essere la conseguenza di una percezione di sé come persona noiosa. Le domande utili possono essere:

– *Quando si è trovato* (situazione temuta)*, quali pensieri negativi le hanno attraversato la mente?*
– *Quando si è accorto di provare* (sintomo emerso)*, quali pensieri le sono venuti in mente?*
– *Cosa significherebbe per lei se* (situazione descritta dal pensiero automatico)*?*

Al centro della concettualizzazione si trova la percezione che il soggetto ha di sé stesso come oggetto sociale. Il contenuto di tale formulazione può essere indagato attraverso tre diversi modi.

1) Valutando i contenuti dell'accresciuta sensazione di disagio, momento in cui aumenta l'autoconsapevolezza, dando forma all'elaborazione di sé disfunzionale.

– *Quando lei si è sentito consapevole, di cosa lo era maggiormente?*
– *Su quali aspetti di sé stesso si è maggiormente concentrato?*
– *Che idea ha avuto su come potesse apparire nella situazione?*

2) Chiedendo al paziente quanto giudica evidenti i suoi sintomi e le impressioni soggettive relative alla percezione di sé che ha avuto nel momento in cui i sintomi si sono manifestati.

– *Quando lei si sente ansioso, di quali sintomi è maggiormente consapevole?*
– *Come pensa che i sintomi possano apparire anche ad altre persone?*
– *Se io avessi avuto la possibilità di vederla direttamente in quella situazione, cosa avrei visto?*

3) Determinando se i comportamenti protettivi sono connessi a particolari percezioni del sé: quando alcuni comportamenti sono tentativi di celare i sintomi, essi sono tipicamente associati ad un'immagine sociale di sé negativa.

– *Quando prova a nascondere i propri sintomi, come pensa di apparire agli occhi degli altri?*
– *Se non riuscisse a mettere in atto i suoi comportamenti protettivi, come pensa apparirebbe agli occhi degli altri?*

1.9 Trattamento psicoterapico: aree di intervento e tecniche

Il terapeuta dà inizio al percorso terapeutico condividendo con il paziente la concettualizzazione del suo caso specifico e definendo poi, insieme, gli obiettivi da raggiungere a breve, medio e lungo termine.
La terapia della FS prevede determinate aree di lavoro, alcune comuni a tutti i disturbi, altre invece inerenti le caratteristiche specifiche del disturbo. Vediamo di seguito i temi di ogni area, gli scopi che le sottendono e le tecniche utili nel trattamento della FS nelle diverse fasi.

1.9.1 **Psicoeducazione**

La conoscenza del disturbo risulta essere un fattore importante per il cambiamento. È necessario, infatti, nella fase iniziale della terapia, istruire il paziente sugli aspetti principali che caratterizzano il disturbo che presenta, dal significato dei sintomi alle modalità cognitive e comportamentali che lo mantengono. Questo perché aiuta il paziente a conoscere realmente e a "normalizzare" il suo problema: sapere che anche altre persone presentano le sue stesse difficoltà, che la sua esperienza non è infrequente, che ci sono conoscenze sulle origini, sulla manifestazione del disturbo e che esistono terapie specifiche ed efficaci per superare le sue difficoltà, ha un effetto rassicurante per la persona. Innanzitutto, non si sente "diversa" e sola e poi ha la possibilità di comprendere l'infondatezza di quelle convinzioni sul suo disturbo (es. "l'ansia porta alla psicosi") e sulle risposte fisiologiche ed emotive di stress sperimentate (es. "tutte le preoccupazioni sono negative", "un aumentato ritmo cardiaco significa un probabile infarto") che lo fanno vivere nella paura.
L'introduzione del paziente al modello cognitivo comportamentale e alla concettualizzazione del suo caso specifico, spiegando come la mente arrivi a strutturare un disturbo, supporta tale processo di comprensione. Inoltre, ciò offre dei punti di riferimento per capire la natura del trattamento, le fasi della terapia, le finalità di ciascuna tecnica utilizzata e l'importanza del suo ruolo attivo. Possono così svilupparsi nel soggetto aspettative realistiche in merito al trattamento, compresa la durata, la frequenza degli incontri e il lavoro da svolgere a casa, si costruisce il rapporto di collaborazione tra terapeuta e paziente e aumenta l'adesione

al programma di trattamento.

Al fobico sociale, nello specifico, va spiegato inoltre: la natura dell'ansia, il suo significato come risposta alla minaccia allo scopo della "buona immagine", i vantaggi e gli svantaggi dell'ansia; il riconoscimento delle emozioni e i loro significati come segnali; l'analisi dei comportamenti di evitamento e protettivi *versus* i comportamenti di esposizione, i rispettivi vantaggi e svantaggi a breve e a lungo termine.

Con la psicoeducazione si offre al paziente una visione più ampia e scientifica della sua fobia sociale, del funzionamento della mente umana e delle sue tipiche reazioni difensive disfunzionali messe in atto, e la comprensione, quindi, dei vari interventi terapeutici da realizzare (Hayes, Hope, Van Dyke et al., 2007).

1.9.2 **Ristrutturazione cognitiva**

La ristrutturazione cognitiva è tra gli strumenti operativi principali del trattamento cognitivo comportamentale e consiste in un insieme di processi terapeutici finalizzati alla modificazione degli schemi di pensiero distorti del paziente.

Attraverso l'autosservazione dei pensieri automatici e delle conseguenti reazioni emotive e comportamentali e attraverso l'identificazione delle distorsioni cognitive sottostanti, il paziente, innanzitutto, accresce la consapevolezza dei suoi processi di pensiero, mentre il terapeuta raccoglie gli elementi per formulare le ipotesi sulla natura degli schemi di significato che regolano lo stile rappresentativo del paziente.

L'obiettivo di questo approccio è insegnare al paziente a distanziarsi dalle sue convinzioni disfunzionali, più o meno consapevoli, a produrre delle modificazioni nel suo modo di pensare e di agire, con la verifica delle reazioni collegate, al fine di acquisire una visione diversa e una risposta più variegata e meno rigida, non solo nei confronti del problema presentato, ma anche nei confronti di sé e del mondo.

Nella FS, la ristrutturazione cognitiva si focalizzerà dapprima sui PAN del paziente inerenti la propria performance (es. "tremerò"), le conseguenze di questa (es. "se tremo, rideranno di me"), la sensazione di essere osservato (es. "tutti si accorgeranno che tremo"), la sensazione di perdere il controllo (es. "l'ansia prenderà il sopravvento").

Poi affronterà gli assunti di base del fobico sociale, relativi ai temi dell'accettazione

sociale ("devo piacere agli altri", "la critica equivale ad un rifiuto personale", "se gli altri mi conoscessero bene non mi vorrebbero"), della competenza ("devo essere perfetto", "ogni errore corrisponde ad un fallimento", "sono quello che faccio", "il successo è tutto", "se non raggiungo il massimo sono un fallimento"), degli standard e delle regole sociali adeguati ("bisogna avere sempre la battuta pronta", "se mostro ansia verrò considerato debole e inadeguato e quindi deriso"), del timore della reazione degli altri e del rifiuto sociale ("se non sono interessante, gli altri mi allontaneranno", "essere rifiutati è la cosa peggiore").

In seguito si lavorerà sulle distorsioni cognitive prevalenti nella FS, ossia la "lettura del pensiero" ("loro pensano che io sia noioso"), la "previsione di eventi catastrofici" ("se mi interpelleranno, diventerò tutto rosso e non sarò in grado di parlare") e la "personalizzazione" ("se non mi chiama è perché ho fatto qualcosa di sbagliato").

Lo scopo di tale lavoro è, come dice il termine stesso, "ristrutturare" quei processi di pensiero disfunzionali che bloccano il paziente, attraverso la loro messa in discussione e la produzione di pensieri alternativi. L'obiettivo finale è la modifica graduale degli schemi rigidi che il soggetto ha di Sé (es. "sono incompetente, sono noioso, sono debole, sono maldestro") e dell'Altro (es. "l'Altro è superiore, competente, criticante, rifiutante").

La ristrutturazione cognitiva nella FS può essere condotta avvalendosi di numerose tecniche, alcune trasversali ai diversi disturbi nella Terapia cognitivo comportamentale, altre più specifiche per il disturbo in considerazione.

- Definizione dei significati

Il primo passo nella modifica dei pensieri disfunzionali consiste nel giungere a una piena comprensione del significato che il paziente attribuisce ad alcuni giudizi, in quanto il senso di tali pensieri può non essere immediatamente evidente a un livello superficiale ed è difficile produrre dei cambiamenti se il significato di questi resta vago, oscuro. È quindi indispensabile una chiara definizione dei concetti espressi dal soggetto. Molte paure riferite dal paziente sono indefinite o approssimate e non forniscono dati sufficienti relativi alla natura della minaccia, come per es. per il fobico sociale, la paura di agire in modo insensato, di apparire stupido, di perdere il

controllo. Bisogna chiarire con il paziente, utilizzando domande mirate, come "C*osa intende per…* (es. perdere il controllo)*? A cosa è legata tale paura? Cosa rappresenta per lei? Cosa comporta*?". La paura potrebbe riguardare un comportamento, i processi mentali, le emozioni, le relative conseguenze e solo chiarendo il suo preciso significato la riattribuzione è diretta in modo specifico a tale tema.

- ABC

L'ABC è una tecnica con cui il terapeuta aiuta il paziente ad identificare il contenuto dei pensieri automatici. Considerando una situazione specifica o un evento accadutogli (A), il paziente esamina quali pensieri automatici negativi o immagini (B) hanno attraversato la sua mente e quali conseguenze emotive, comportamentali e fisiologiche (C) hanno determinato. Dato che spesso non sono facilmente accessibili i possibili pensieri automatici "attivatisi" in una situazione critica, si incita il paziente a partire dalla C, ad esaminare cioè dapprima il suo stato emotivo, le sue sensazioni fisiche e quali comportamenti ha messo in atto, per poi risalire alla B, a quelle interpretazioni soggettive ed erronee dell'evento che hanno scatenato le reazioni suddette.

Mediante l'annotazione dei pensieri automatici negativi e delle reazioni che li hanno accompagnati, il paziente impara a riconoscere il senso che lui dà alle situazioni di vita, ossia quelle modalità distorte di interpretare gli eventi che lo portano a soffrire e a vivere male. Inoltre sviluppa la consapevolezza del legame esistente tra questi livelli, quanto l'uno influenzi l'altro e viceversa; quindi, il paziente può sperimentare come trasformare i suoi circoli viziosi in circoli virtuosi: provando a modificare in positivo un elemento, che sia il contenuto dei suoi pensieri, le tensioni corporee, un'emozione predominante o un comportamento non costruttivo, anche gli altri elementi si modificheranno.

- Dialogo socratico

Il dialogo socratico è un metodo di conduzione del colloquio, che consiste in una serie mirata di domande, osservazioni e frequenti riassunti, il cui scopo è guidare il paziente nella scoperta del contenuto e del significato delle sue convinzioni disfunzionali e promuovere un atteggiamento critico nei confronti di queste, per la

loro modifica (Beck, 1995; Wells, 1997).

Affinché si ricavino dal paziente risposte adeguate, le domande dovrebbero essere più semplici e dirette possibili. Queste si differenziano in *domande generiche*, il cui scopo è introdurre l'argomento da analizzare, e *domande bersaglio*, che servono per raccogliere informazioni più dettagliate e verificare se la risposta iniziale del paziente è corretta (Tab. 1.2). Inoltre, è preferibile l'uso di *domande aperte*, che solitamente possono iniziare con "Dove, Come, Quando, Cosa, Perché…" in quanto consentono, a differenza delle *domande chiuse*, una risposta più introspettiva da parte del paziente, invece che un semplice "sì-no". Il terapeuta combina i due tipi di domande con delle *riflessioni*, che consistono nel riassumere alcuni aspetti delle risposte del paziente.

Tab. 1.2 Esempi di domande nel dialogo socratico

Domande generiche
- *Qual è l'ultima volta che si è sentito ansioso?*
- *Qual è stata la prima cosa che ha notato?*
- *Che cosa ha provato, come si è sentito?*
- *Quali sintomi ha osservato?*
- *Quali pensieri le sono venuti in mente?*
- *Che cosa ha immaginato?*
- *Quando si è sentito maggiormente* … (es. preoccupato, agitato)*?*
- *Come ha reagito alla situazione? Cosa ha fatto?*
Domande bersaglio
- *Poteva accadere qualcosa di brutto?*
- *Cosa c'è di tanto brutto in ciò?*
- *Qual è la cosa peggiore che sarebbe potuta accadere, se avesse provato più ansia?*
- *Se non avesse fatto …. (strategia protettiva), qual è la cosa peggiore che sarebbe potuta accadere?*
- *Se non avesse potuto evitare la situazione, qual è la cosa peggiore che sarebbe potuta accadere?*
- *Cosa significherebbe per lei, se dovesse accadere* … (evento catastrofico)*?*
- *Cosa succederebbe se* … (es. perdesse il controllo; risultasse nervoso)*?*
- *Come reagirebbero le persone se questo accadesse?*
- *In che misura è convinto di ciò* (0-100%)*?*
- *Quali sono le prove?*
- *Quando dice …., cosa intende dire, cosa significa per lei?*

- Registrazione dei pensieri disfunzionali

La Registrazione dei pensieri disfunzionali (RPD) (Beck, 1995; Wells, 1997), definita successivamente il Registro del pensiero (Beck, 2011), è un importante strumento a disposizione del paziente per valutare e rispondere efficacemente ai suoi pensieri automatici negativi. È una scheda composta da diverse colonne, nelle quali registrare, a partire da una situazione problematica ben definita, dapprima i pensieri automatici avuti, annotando anche il grado di convinzione di questi, e le emozioni associate, con una misura dell'intensità; successivamente, aiutandosi con una serie di domande, si passa ad identificare possibili interpretazioni alternative della situazione problematica, valutando poi l'effetto che queste hanno sul grado di convinzione del pensiero automatico e sull'intensità dell'emozione avuta. Il paziente registra come assumere punti di vista diversi comporta un cambiamento nelle sue credenze e un miglioramento dell'umore e quindi impara a considerare risposte più adattive.

- ***Problem solving***

Il problem-solving (PS) è un metodo utile per affrontare e risolvere i problemi della vita quotidiana, da quelli pratici e organizzativi a quelli emotivi e interpersonali.

Nel processo di risoluzione dei problemi, seguire alcuni passaggi fondamentali può rendere la ricerca delle soluzioni e la loro esecuzione molto più efficace e creativa, sgombrando il campo da pregiudizi e ostacoli. La sua applicazione costante incrementa notevolmente la capacità di individuare e comprendere la natura dei problemi, di generare soluzioni creative e realistiche, promuove un atteggiamento attivo e riduce al minimo i rischi di stallo, di contrasti, di distruttività e di rinuncia (Spagnulo, 2004).

Complessivamente, il processo di PS può essere suddiviso in 4 fasi, ognuna con un suo specifico scopo e uno specifico atteggiamento mentale.

1) **identificare il problema/obiettivo** (*fase osservativa o conoscitiva*)

2) **generare le soluzioni** (*fase creativa*)

3) **valutare, scegliere e pianificare** (*fase critica-realistica*)

4) **mettere in pratica** (*fase esecutiva*)

Il PS si può definire un processo circolare perché termina con un confronto tra obiettivi e risultati; questo comporta non solo la verifica dei risultati raggiunti, ma

anche la possibilità di mettere in discussione uno degli aspetti del complesso processo, dalla definizione degli obiettivi alla ricerca delle soluzioni, alla loro pianificazione e messa in pratica.

- Ricerca delle prove

La principale strategia per modificare le credenze negative consiste in una dettagliata indagine delle prove che il paziente porta a loro sostegno, originate, solitamente, dalle proprie autovalutazioni piuttosto che da eventi oggettivi. Aiutandolo con una serie di domande mirate, si chiede quindi al paziente di esporre le prove a supporto dei suoi PAN, credenze o convinzioni. La semplice scoperta da parte del paziente che in realtà non vi sono elementi validi a favore, lo aiuta a mettere in discussione le sue credenze e ad individuare gli errori logici. Qualora, invece, egli riporti evidenze a favore delle proprie convinzioni, che confermano i suoi timori, si procede a una nuova interpretazione di tali dati, discutendone la validità e considerando spiegazioni alternative.

Esistono molte varianti di tale esercizio, ad es. il terapeuta chiede al paziente di esplicitare le prove *a favore* e quelle *contro* una determinata convinzione e di scriverle su un foglio diviso in due colonne, supportandolo quando deve formulare le prove contro la propria credenza patogena; successivamente si procede con la valutazione dei due elenchi. Oppure, al paziente viene richiesto di considerare le conseguenze di una convinzione catastrofica, reputata assolutamente vera, collegata a un episodio specifico, e poi di evidenziare quali di queste conseguenze si sono effettivamente realizzate.

- Protocollo del bilancio sociale

È un'altra variante che facilita l'elaborazione delle prove in grado di smentire le credenze. Consiste nel far compilare al paziente un foglio di registrazione a tre colonne con l'elenco delle prove riferite ad una specifica situazione, differenziando:

- le *prove interne*, ossia le sue sensazioni, reazioni, pensieri (ad es. "*mi sono sentito stupido mentre parlavo con gli altri*");
- le *prove esterne*, ossia il comportamento degli altri focalizzato dal soggetto fobico che gli conferma la sua convinzione (ad es. "*alcune persone mi stavano fissando*");

- le *controprove esterne*, ossia i comportamenti, le reazioni, i pensieri realmente avuti dagli altri che disconfermano le sue convinzioni (ad es. "*mi hanno fatto delle domande su ciò che dicevo, quindi mi avevano ascoltato*").

La compilazione può essere iniziata durante le prime sedute con l'aiuto del terapeuta e, solitamente, ci sono diverse prove interne che convalidano le convinzioni erronee, ma poche prove esterne; poi, con il procedere della terapia e dello spostamento dell'attenzione su aspetti dell'ambiente circostante, iniziano ad emergere le controprove esterne, risultando utile ed efficace la registrazione sul protocollo di volta in volta.

- Ricerca di spiegazioni alternative

Aiutare il paziente a formulare una varietà di interpretazioni alternative possibili di eventi consente di ridurre la stima della probabilità di risultati catastrofici.

Una volta individuato il giudizio negativo e assolutistico che il soggetto attribuisce ad un evento e stabilito in percentuale il grado di convinzione che egli ha, si prepara dapprima una lista di altre potenziali spiegazioni dell'evento considerato; poi il terapeuta procede disegnando un grafico a torta dove va ad inserire, nei vari segmenti, le diverse spiegazioni elencate, chiedendo al paziente per ognuna la percentuale di probabilità che essa sia vera. Ne risulta così una visione comprensiva di tutte le ipotesi alternative, che aiuta il paziente a riconsiderare, e a ridurre quindi, la probabilità percepita che il suo giudizio iniziale possa essere vero o che l'effetto più devastante si verifichi.

- Raccolta di dati positivi

Considerato che il sistema di credenze dell'individuo tende ad alterare i processi di elaborazione delle informazioni e ad attirare l'attenzione selettivamente su alcuni aspetti, il fobico sociale difficilmente elabora informazioni non strettamente connesse al suo sistema di credenze. Una strategia per ottenere prove a favore di una loro sostituzione è la raccolta di dati positivi. Questa tecnica richiede di annotare giornalmente tutti gli eventi ed esperienze che contraddicono le convinzioni negative e che supportano quelle positive. Eseguendo il compito per diversi giorni, il paziente prende atto di quali e quante situazioni disconfermano le

sue credenze negative, potendo così gradualmente eliminarle e sostituirle.

1.9.3 **Decentramento cognitivo**

Una delle aree in cui può essere suddivisa la capacità metacognitiva dell'uomo, oltre alla funzione autoriflessiva e alle funzioni di mastery, è la comprensione della mente altrui, ossia la capacità del soggetto di rappresentare eventi mentali e di compiere operazioni mentali euristiche sul funzionamento mentale altrui. Una piena comprensione della mente altrui richiede che l'attribuzione di stati mentali agli altri venga compiuta *decentrandosi*, ossia cogliendo la prospettiva da cui un altro guarda a se stesso e al mondo, non riferendosi esclusivamente alle conoscenze sul proprio funzionamento mentale e non essendo necessariamente coinvolto nella relazione. La capacità di decentramento ci permette quotidianamente di interagire con la realtà e con altri esseri umani considerando il punto di vista dell'altro come esterno e diverso dal nostro (Carcione, Falcone, 1999; Nicolò, 1999; Falcone, Marraffa, Carcione, 2003).

Il deficit di decentramento è costituito dall'incapacità di assumere la prospettiva altrui, dall'effettuare le operazioni cognitive secondo modalità egocentriche, secondo il concetto piagetiano di egocentrismo cognitivo, ossia la propensione del soggetto a non rendersi conto dell'esistenza di punti di vista che divergono dal suo e ad attribuire ad altri caratteristiche che sono proprie del suo funzionamento mentale e delle sue prospettive.

I pazienti con fobia sociale presentano un deficit di decentramento cognitivo e adottano una prospettiva di osservazione egocentrica, partendo dalle proprie informazioni sensoriali per inferire ciò che gli altri percepiscono di se stesso. È necessario quindi intervenire sulla percezione che il soggetto ha di sé e dell'altro, da considerare come persone distinte, con una vita mentale autonoma, con proprie differenti rappresentazioni, al fine di riuscire a non percepirsi come necessariamente al centro dei pensieri, dei sentimenti e delle emozioni dell'altro e a non sentirsi giudicato secondo un'ottica che è propria e non dell'altro.

- Invalidazione delle aspettative egocentriche

La preoccupazione egocentrica per il giudizio proveniente dagli altri spinge il

paziente a farsi assorbire in loro presenza da un'ansiosa ed esasperata auto-osservazione. In tale situazione gli altri verranno visti assumere un atteggiamento scrutatorio e negativamente valutativo, ma l'attenzione dedicata agli effettivi atteggiamenti di coloro con cui si viene in contatto è scarsa e pertanto la verifica dei pensieri egocentrici risulta ostacolata dalla loro stessa presenza.

Visto ciò, il terapeuta può intervenire per mettere il paziente in grado di riconoscere se è realmente al centro dell'attenzione degli altri. A tal fine gli chiederà di rendere operativa, cioè confrontabile con i dati empirici, la sua aspettativa di trovarsi al centro dell'attenzione, ponendogli domande tipo "*Cosa dovrebbero specificamente fare o non fare gli altri se focalizzassero l'attenzione, come lei ritiene, sul suo comportamento?*", oppure "*Come dovrebbero concretamente agire se esprimessero sulla sua persona le valutazioni negative che lei teme?*". Mediante lo spostamento dell'attenzione sugli effettivi comportamenti e atteggiamenti degli altri e il confronto di questi con i suoi pensieri egocentrici, il paziente si ritroverà a invalidare le sue aspettative egocentriche e a considerare delle possibilità alternative.

Il terapeuta può anche direttamente fornire al paziente una invalidazione delle aspettative egocentriche eventualmente nutrite nei suoi confronti, chiedendo ulteriori delucidazioni su ciò che pensa, ad es. quando è vago o da per scontato di essere compreso dal terapeuta, in quanto, se non gli trasmette le informazioni in modo abbastanza completo, egli può rimanere ignaro di quanto avviene nella sua mente.

- Role play

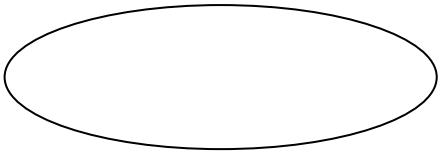
È una forma di esercizio basato sull'esposizione, che consiste nel creare *ad hoc* una situazione interpersonale dove ogni soggetto interpreta un ruolo stabilito. Indicato nei casi di ansia sociale, ha il vantaggio di permettere di manipolare e controllare le variabili in modo più efficace di quanto non avvenga in reali situazioni sociali, consentendo al paziente di comprendere i meccanismi psicologici intervenienti e sperimentare risposte comportamentali alternative.

Nella versione destinata a promuovere nel paziente la capacità di decentramento, il terapeuta svolge il ruolo del paziente, mentre questi assume i panni delle persone su cui normalmente vengono proiettati elementi che appartengono alla sua realtà

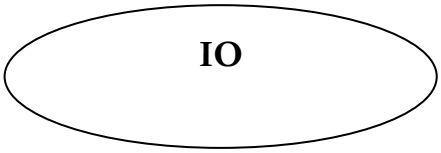
mentale. Sorretto e stimolato dal contesto così stabilito, lo sforzo di identificazione con la reale prospettiva dell'altro può aprire delle brecce nella visione egocentrica (Lalla, 1999).

- Disegno dello spazio mentale

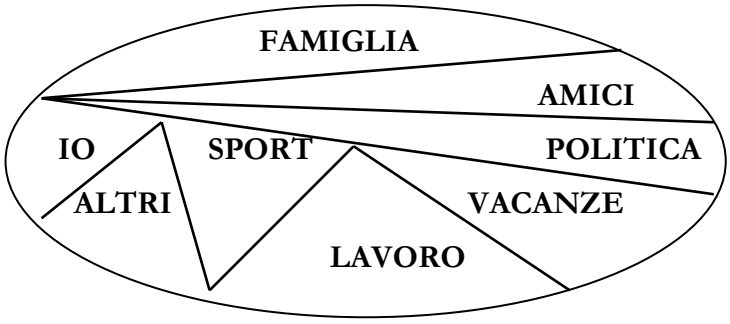
È una specifica procedura tecnica volta a favorire il decentramento (Dimaggio, Procacci, Semerari, 1999), che ha il vantaggio di non richiedere subito al paziente di impegnarsi in interazioni sociali reali, impegno che in alcune fasi del trattamento può risultare problematico. Si prende spunto da un episodio in cui il paziente racconta di essersi sentito osservato in modo critico da una persona sconosciuta. Quindi si disegna uno spazio di questo tipo:



e si chiede al paziente: "*Immagini che questo sia lo spazio mentale della persona in questione. Saprebbe dirmi quanta parte di questo spazio era in quel momento occupato da lei? Vorrei che si basasse sulla sensazione soggettiva di quel momento, non sulla valutazione razionale che può fare ora.*" I pazienti normalmente, a questo punto, dichiarano che la loro impressione era stata che tutto lo spazio mentale dello sconosciuto era impegnato nel giudicarli. Questa risposta viene disegnata nel modo seguente:



Dopo si chiede al paziente di impegnarsi in un gioco di immaginazione. Di immaginare, ad esempio, quale è il lavoro dello sconosciuto, se ha famiglia, che tipo di famiglia, se ha interessi, amici, amanti, un credo politico o religioso, se pratica uno sport, ecc. Al termine si chiede al paziente di ridisegnare uno spazio mentale ipotetico, suddividendolo questa volta nei vari interessi che potevano occupare la mente di questa persona e di ricollocare, in questo nuovo spazio, sé stesso. Di solito si ottiene un disegno di questo tipo:



Infine, si suggerisce al paziente di ripetere questo gioco di immaginazione ogni volta che ha la sensazione di essere al centro dell'attenzione e del giudizio altrui.

1.9.4 **Esposizione ed eliminazione dei comportamenti di mantenimento**

Un ostacolo alla riattribuzione a livello dei pensieri automatici negativi e degli schemi è la messa in atto di comportamenti protettivi e di evitamento, i quali fungono da importante fattore di mantenimento del problema.

Wells e Matthews (1994) sostengono che molte risposte cognitive e comportamentali, di fronte alla minaccia, riflettano piani e strategie eseguiti e modificati attivamente dall'individuo, almeno inizialmente, per fronteggiare il pericolo. Ma molte di queste risposte sono controproducenti, nonostante l'effetto a breve termine di riduzione dell'ansia, in quanto alimentano poi le preoccupazioni legate alla minaccia e impediscono la disconferma dei pensieri disfunzionali.

Vengono definiti **comportamenti protettivi** quelle condotte legate al contesto della situazione, messe in atto dal soggetto al fine di prevenire il disagio, "proteggendosi" dalle conseguenze temute. Purtroppo questi comportamenti giocano un ruolo significativo nel mantenimento dei sintomi ansiosi, in quanto, primo, impediscono la possibilità di una disconferma delle proprie interpretazioni erronee, inducendo il soggetto ad attribuire falsamente il mancato avverarsi della conseguenza temuta al loro utilizzo e non, piuttosto, al fatto che l'ansia non causa drammatiche conseguenze fisiche; secondo, certi comportamenti protettivi possono intensificare direttamente i sintomi somatici e cognitivi e, quindi, rendere più probabile l'avverarsi della situazione paventata (Wells, 1997).

Ad es. un soggetto fobico sociale, con la paura di balbettare o parlare in maniera incoerente in pubblico e di essere, quindi, giudicato negativamente, cercherà di concentrare tutta la sua attenzione sulla prestazione verbale, ripassandosi

mentalmente tutto il materiale da verbalizzare, tutte le parole da dire, sforzandosi poi di pronunciare ogni parola in maniera chiara e distinta. Questi tentativi ripetuti di monitorare attentamente il discorso, condizioneranno la fluidità verbale della sua esposizione, impedendo di cogliere aspetti importanti della situazione contingente, conducendo a una performance scadente. Risultato che, interpretato come la conferma di mancanza di abilità sociali, andrà ad inasprire e rinforzare nel soggetto la scarsa stima di sé, inducendo l'evitamento delle situazioni sociali.

Con i **comportamenti di evitamento** ci si riferisce ad una modalità mentale e comportamentale, un processo che consiste nell'evitare quei luoghi e situazioni in cui l'esperienza ansiosa si è precedentemente verificata o pur senza essersi mai verificata prima ha, secondo il soggetto, più possibilità di verificarsi in futuro. L'individuo non sperimenta più per non correre il rischio di incorrere in una situazione insopportabile e devastante e, quindi, provare di nuovo l'esperienza spiacevole dell'ansia acuta (Sassaroli, Lorenzini, Ruggiero, 2006).

Quando il soggetto fa un uso massiccio dell'evitamento quale strategia privilegiata ed esclusiva, esso diventa un fattore di mantenimento decisivo nell'ostacolare la risoluzione del disturbo per diversi motivi.

In primis, la necessità di mettere in atto per tempo le strategie di evitamento attiva una costante attenzione selettiva per ricercare quegli stimoli che potrebbero essere considerati pericolosi, con la conseguenza che il mondo appare molto più denso di minacce e l'evento temuto è sperimentato come più probabile di quanto sia in realtà.

In secondo luogo, come accade con i comportamenti protettivi, poiché l'evento temuto non si verifica, ciò viene attribuito ai comportamenti di evitamento che ne risultano così rinforzati. Un altro meccanismo di rinforzo dell'evitamento avviene anche a livello emotivo: il soggetto che lo mette in atto si sente più protetto e sicuro e sperimenta una riduzione dell'ansia; questo miglioramento dello stato d'animo costituisce un significativo rinforzo dell'evitamento stesso. Tali meccanismi di rinforzo fanno crescere e strutturare sempre più l'evitamento fino a costituire un intralcio all'esistenza maggiore della stessa sintomatologia ansiosa.

Inoltre, ciò che si teme lo si teme proprio perché non si conosce e dunque più una cosa è evitata, più resta sconosciuta, e quindi spaventosa, mantenendo in un circolo vizioso la sovrastima della sua minacciosità e l'esigenza di evitarla.

Infine, l'evitamento ha un ulteriore effetto negativo consistente in una progressiva autosvalutazione. La persona, riducendo con le sue condotte di evitamento l'accesso agli stimoli esterni, sperimenta una restrizione dei suoi interessi, vede la sua esistenza limitata e questo è ulteriore motivo di sofferenza. Poiché è consapevole di essere lui stesso a porsi queste drammatiche limitazioni, progressivamente si colpevolizza e si svaluta. Per questo l'iniziale disturbo d'ansia spesso si complica con un secondario disturbo depressivo (Salkovskis, 1991; Martell e al., 2001; Barlow, 2002).

Per questi motivi, un punto focale nella terapia cognitivo comportamentale della FS è dunque rappresentato dalla riduzione, dapprima, e poi eliminazione dei comportamenti protettivi e di evitamento, intervento bilanciato da una graduale esposizione agli eventi temuti. Il razionale dell'intervento è che se si ha paura di ciò che non si conosce, e che se la paura ci fa fuggire sempre, lo si conosce sempre meno e se ne ha sempre più paura; per cui la terapia sarà una progressiva esplorazione di ciò che si teme per dimostrare che, anche se ci si espone a certi stimoli, l'evento temuto non ha luogo oppure scoprire che, anche se in parte ha luogo, non è poi così catastrofico e temibile (Lorenzini, Stratta, 2006).

Favorendo un atteggiamento mentale e comportamentale di avvicinamento e fronteggiamento delle situazioni temute, di esplorazione delle proprie sensazioni e delle convinzioni su di sé e sul giudizio dell'altro, di prova e verifica delle proprie performance e della reazione degli altri, lo scopo ultimo è modificare le credenze errate sulla devastante pericolosità dell'evento e sulla propria incapacità a fronteggiarlo efficacemente.

- Desensibilizzazione sistematica

Fulcro della terapia comportamentale, la desensibilizzazione sistematica (DS) è una tecnica elaborata da Wolpe (1958) per ridurre l'impatto emotivo degli stimoli fobici. È basata sul processo del controcondizionamento che consiste nell'utilizzo di procedure di apprendimento di risposte più funzionali, che non generano ansia o fobia, che vanno a sostituire quelle abituali, per effetto di un'inibizione reciproca. L'Autore ipotizzò che le fobie potevano essere trattate efficacemente individuando le risposte opposte alla paura e insegnando poi al paziente a metterle in atto nelle situazioni che abitualmente gli causavano paura. Il comportamento antagonista

all'ansia, adeguato a tale scopo, lo individuò nel rilassamento.

La DS consiste, dunque, nell'associare la rappresentazione di una situazione ansiogena o di uno stimolo fobico con uno stato di rilassamento muscolare, in modo da inibire la reazione emotiva sgradevole e acquisire una risposta più funzionale. Questa associazione rilassamento-stimolo ansiogeno sarà eseguita inizialmente in immaginazione nel setting terapeutico per poi essere applicata in situazioni reali.

Come primo passo, il terapeuta aiuta il paziente a costruire una "gerarchia della paura", ossia un elenco di circa 15 situazioni temute correlate alla paura che si vuole eliminare, ordinandole a partire da quelle che elicitano una quantità minima di ansia fino a quelle che la causano al massimo grado. Poi si passa a quantificare ogni item della gerarchia su una scala che va da 0 a 100, dove 0 indica la situazione che non produce alcuna emozione di ansia quando si verifica nella vita reale e 100 la situazione che scatena il massimo livello di ansia, panico estremo o terrore. Questo valore assegnato viene definito numero di *subjective units of discomfort* (SUD) elicitato dalla situazione e bisogna fare in modo che nessun salto nel livello d'ansia da un item al successivo sia troppo ampio.

Il secondo passo consiste nel far apprendere al paziente il rilassamento muscolare profondo, per il quale si deve tendere e poi rilassare un gruppo muscolare, in modo da percepire la differenza tra i due stati e imparare dopo la tensione a rilassare i muscoli progressivamente sempre di più. Poiché la procedura del Rilassamento muscolare progressivo di Jacobson (1928), coinvolgendo 15 gruppi muscolari, era troppo lunga (la tecnica sarà spiegata nel dettaglio nel par. 3.9.5), Wolpe elaborò una forma più breve che richiedeva meno tempo per essere appresa. Questa strategia di tensione-rilassamento è applicata ai muscoli delle principali zone e, dopo poche sedute, rende un individuo capace di rilassarsi profondamente in tempi brevi.

Infine inizia la parte più propriamente terapeutica. Mentre il paziente è rilassato, gli si chiede di immaginare in modo chiaro la prima scena della gerarchia. Dopo qualche secondo, si invita il paziente a rilassarsi per circa 30 secondi e poi di immaginare nuovamente la scena. Si procede in questo modo per ogni situazione-stimolo, risalendo la gerarchia, facendo immaginare due volte la scena e associando lo stato di rilassamento. Se l'ansia non si presenta si passa all'item successivo,

altrimenti il paziente lo segnala alzando un dito e il terapeuta ripropone uno dei diversi passi del rilassamento e l'immaginazione della scene che di solito consentono al soggetto di proseguire senza provare tensione.
In ogni seduta si presentano 3-4 situazioni-stimolo e si termina la seduta sempre in condizioni di rilassamento e padroneggiamento efficace dell'ultimo stimolo fobico presentato, che si riprende poi nella seduta successiva per ricominciare l'esercizio.
Quando il paziente finisce l'ultima scena della gerarchia può passare gradualmente ad una esposizione *in vivo* con le reali situazioni temute senza eccessiva ansia (Martin, Pear, 1999).

- Esposizione graduale

Per progettare un esercizio di esposizione efficace e per motivare il paziente a lavorare per ridurre ed eliminare gli evitamenti e i comportamenti protettivi, è necessario prima compiere alcuni passi.

1) Far prendere consapevolezza al paziente dell'estensione degli evitamenti che mette in atto, di cui spesso non è cosciente essendo diventati un'abitudine. In seduta, dunque, il terapeuta aiuterà il paziente a censire tutti gli evitamenti e i comportamenti protettivi, considerando, con estrema meticolosità, l'organizzazione della giornata e della settimana e suggerendo tutte le aree di vita dove possono essere presenti. Con ciò il paziente si rende conto del suo modo di vivere coartato, ma considerato normale.
2) Valutare il costo soggettivo di tali comportamenti. Il soggetto, infatti, mette in atto il singolo comportamento evitante secondo un bilancio costi/benefici apparentemente vantaggioso, ossia si evita il pericolo percepito e si riduce l'ansia; ma non tiene conto che gli evitamenti lo accompagnano sempre e che le conseguenti rinunce, sommate, acquistano una notevole rilevanza. Attraverso l'utilizzo di diari di auto-osservazione, si valutano con precisione i tempi dedicati a tali evitamenti, le energie sottratte ad altre attività e le rinunce alle quali il soggetto si sottopone, in modo da stimarne il peso complessivo.
3) Sottolineare due temi fondamentali, già accennati nella fase psicoeducativa, ma cruciali nella fase espositiva: il ruolo che tali comportamenti giocano nel mantenimento del disturbo e su come essi tendano ad autoperpetuarsi; la

sovrastima della gravità e della probabilità di verificarsi dell'evento temuto e la sottostima delle proprie capacità di fronteggiamento.

Dopo questi passi propedeutici, si passa ad elaborare insieme l'esercizio di esposizione, che consisterà nell'affrontare una situazione ansiogena che il soggetto ha l'abitudine di evitare o di sostenere solo aiutandosi con condotte protettive. Sarà una sorta di esperimento creato su misura per quel paziente per falsificare una credenza, resa fino ad allora indiscutibile dall'evitamento, e per apprendere nuovi schemi comportamentali per fronteggiare l'evento temuto. La procedura è analoga a quella della DS, una presentazione graduale *in vivo* di una gerarchia di stimoli ansiogeni, in cui è stata scomposta la situazione problematica, ma senza il rilassamento. Non si basa, infatti, sul contro-condizionamento, ma sul principio che sostenere una quota tollerabile d'ansia, insieme alla percezione soggettiva di un abbassamento sensibile dell'ansia, aiuta l'elaborazione cognitiva.

Qualora l'ansia sia troppo elevata, l'esecuzione del compito di esposizione può avvenire dapprima in immaginazione e poi *in vivo*, inizialmente guidati dal terapeuta e successivamente svolti autonomamente, ma soprattutto rispettando la gerarchia di difficoltà, ossia si parte da situazioni moderatamente ansiogene per poi affrontare via via condizioni sempre più temibili.

Infine, è indispensabile dedicare del tempo in seduta per una discussione sui risultati della prova, per verificare quanto accaduto: infatti, l'efficacia terapeutica dell'esposizione non è data dal solo fatto di averla compiuta, ma dalle conseguenze che il paziente ne trae, se ha veramente messo in discussione e abbandonato la credenza o se la mantiene con qualche ipotesi giustificativa, ad esempio inerenti il caso o la fortuna.

- Indagine sull'ambiente circostante

Per riuscire a modificare le paure relative alla valutazione negativa, è necessario ideare alcune strategie per rilevare quali siano i pensieri e le reazioni degli altri. Dapprima si sceglie la modalità di indagine tra due tipi: a) formulare previsioni relative ai comportamenti specifici che ci si aspetterebbe di osservare, se i giudizi del paziente fossero corretti; b) porre domande specifiche per conoscere cosa le altre persone hanno notato e pensato in quella situazione.

Successivamente, si procede con la riproduzione deliberata dei segni di ansia, al fine di creare un fallimento della prestazione o comportamenti ritenuti socialmente poco adatti. Ad es., al fobico sociale che teme di tremare e versare una bibita verrà chiesto di tremare e rovesciare la sua bevanda deliberatamente in una situazione pubblica, osservando, allo stesso tempo, la reazione degli altri. Ancora, al soggetto che teme di non riuscire a parlare in una situazione critica verrà chiesto di fare lunghe pause durante una conversazione o dimenticare deliberatamente cosa voleva dire.
Dal momento che per alcuni soggetti questi comportamenti risultano troppo ansiogeni per riuscire ad eseguirli, inizialmente è necessario che il terapeuta accompagni il paziente nelle situazioni sociali, in modo che l'esperimento venga condotto in collaborazione. In seguito, ai soggetti viene consigliato di esercitarsi a casa. Inoltre, può essere utile eseguire le prove seguendo un approccio gerarchico.

1.9.5 **Gestione dell'ansia**

Proseguendo l'intervento psicoeducativo anzidetto sul concetto di ansia, che aiuta il soggetto a "normalizzare" e quindi attenuare l'esperienza dell'ansia, è necessario anche intervenire sull'errore metacognitivo, educando il paziente a **pensare con una modalità metacognitiva** (Wells, 2000), ossia riconoscere l'ansia come un segnale di pericolo, percepito soggettivamente, e non come un "pericolo in sé". Prima ancora di saperle interpretare correttamente, il soggetto deve abituarsi a "osservare" le proprie attivazioni emotive nel loro esordio, svolgimento e fine, senza spaventarsi. Lo spavento genera ulteriore ansia e paura in un circolo vizioso senza fine, che conduce al disturbo. A questo riguardo, è particolarmente utile la ***mindfulness*** (si veda par. 3.10.1), che risulta complementare alla terapia cognitiva standard, perché se quest'ultima tende fondamentalmente a modificare il contenuto cognitivo, le tecniche di mindfulness sono volte a modificare il rapporto che si ha nei confronti dei propri pensieri ed emozioni, incoraggiando la percezione dei pensieri come pensieri e non come realtà (Lorenzini, Stratta, 2006). Elemento cruciale della tecnica è l'accettazione, in quanto il paziente è incoraggiato a fare piena esperienza delle proprie attivazioni emotive senza esercitare nessun tipo di valutazione o controllo. Simile alle tecniche di esposizione, differisce da queste per il fatto che il paziente non è incoraggiato ad aspettarsi una graduale riduzione del

disagio in seguito all'esposizione ai sintomi, ma al contrario è invitato a "stare" nel disagio assumendo un atteggiamento non giudicante. Proprio l'assenza di giudizio metacognitivo della propria esperienza emotiva aiuta ad interrompere i circoli viziosi che mantengono il problema.

Inoltre, per la gestione della sintomatologia ansiosa è fondamentale un training di rilassamento, come risposta adattiva di fronteggiamento degli stati emotivi critici. Apprendendo le diverse tecniche di rilassamento, dagli esercizi di base sulla respirazione fino alle tecniche più complesse, e attraverso la pratica quotidiana, il soggetto acquisisce la capacità di generare stati di rilassamento sempre più profondi e in modo sempre più rapido; strategia utile sia per prevenire un innalzamento dell'ansia sia per gestire un'attivazione fisiologica ed emotiva in corso.

- Respirazione diaframmatica

Una strategia rapida da insegnare ai pazienti per procurarsi uno stato di rilassamento è la respirazione diaframmatica, una respirazione "di pancia" calma e regolare. Il terapeuta dapprima mostra al paziente la differenza tra una respirazione toracica, rapida e poco profonda, e una respirazione diaframmatica, più lenta e profonda; successivamente gli fa eseguire ambedue i tipi, invitandolo a registrare le differenti sensazioni fisiologiche e le differenti esperienze psicologiche.

Utilizzando una scala da 0 a 100 punti, appena prima e subito dopo i due tipi di respirazione, il paziente impara ad "ascoltarsi" e a percepire come una respirazione corta, superficiale può indurre agitazione o amplificare uno stato d'ansia già esistente, mentre una più lunga e più profonda, che coinvolge anche la parte bassa del torace e la pancia, porta ad un stato di rilassamento immediato.

- Training Autogeno

Il Training Autogeno (TA) fu elaborato intorno agli anni '20 da J. Schultz, medico e psichiatra, sulla base degli studi fatti sullo yoga e altre discipline psicofisiche orientali e sull'ipnosi. Egli definisce il TA come "autodistensione da concentrazione psichica", realizzabile attraverso "un esercizio sistematico (che si sviluppa da sé e plasma il nostro io) per la formazione di se stessi" (Schultz, 1973). Il rilassamento è da considerarsi come il primo di una serie di gradini: in realtà, il TA è una "tecnica di

cambiamento globale", che produce reali modificazioni fisiologiche e psichiche.
Il cambiamento prodotto prende il nome di "**commutazione autogena**", concetto che è alla base del processo e in sostanza vuol dire invertire la rotta, cambiare uno stato di cose ormai stabilmente strutturato; dal punto di vista psicologico, significa cambiare atteggiamenti mentali radicati, abbandonare vecchie abitudini, usare in modo diverso il pensiero, l'attenzione e la concentrazione. Nel caso specifico, allenarsi vuol dire comportarsi in modo diametralmente opposto al consueto: normalmente ci si addestra a fare qualcosa, mentre nel TA ci si avvia, gradualmente, verso il "non fare".
L'altro concetto fondamentale del TA è quello di "**ideoplasia**", concetto coniato da A. Forel in seguito agli studi effettuati sulla fisiologia dei fenomeni ipnotici e ripreso da Schultz come base teorica da cui partire per mettere a punto la sua nuova tecnica autocurativa. Il termine, letteralmente, sta ad indicare la capacità di un elemento ideativo (immagine, pensiero, concetto) di produrre "formazioni", ossia modificazioni somatiche: gli elementi ideativi produrrebbero alterazioni dell'organismo tali da poter essere percepite in modo obiettivo e sperimentalmente dimostrabile. Schultz capì quella verità elementare che era sfuggita a tutti coloro che si erano occupati della fisiologia dei fenomeni ipnotici e cioè che i processi mentali potevano provocare non solo modificazioni patologiche dell'organismo (come era noto da tempo ed evidente soprattutto nelle psiconevrosi isteriche), ma anche modificazioni positive che potevano riportare armonia in funzioni organiche e psichiche alterate. Con il TA, secondo Schultz, si possono raggiungere:

1) riposo
2) autodistensione
3) autoregolazione delle funzioni corporee normalmente 'involontarie'
4) eliminazione del dolore
5) autodeterminazione (tramite formulazione di proponimenti)
6) autocritica e autocontrollo (tramite l'introspezione)

Quello che è importante sottolineare del TA è la sua unicità come forma di terapia di **autoregolazione autonoma**, cioè come forma di autocontrollo la cui somministrazione è regolata dal paziente. Lo scopo del TA è quello di inglobare tutto il sistema omeostatico del nostro organismo, riducendo gli input del S.N.C.,

come quelli che si presentano durante un periodo di stress, e di facilitare il ritorno all'autoregolazione dell'attività viscerale.

Lo schema sequenziale che Schultz propone per il TA di base è composto da sei esercizi da svolgere in un ambiente tranquillo ed in posizione preferibilmente supina. L'ordine di esecuzione degli esercizi è il seguente:

1) **esercizio della pesantezza**
2) **esercizio del calore**
3) **esercizio del cuore**
4) **esercizio del respiro**
5) **esercizio del plesso solare**
6) **esercizio della fronte fresca**

I primi due sono gli esercizi fondamentali che devono essere appresi molto bene prima di passare ai successivi esercizi specifici. In ogni caso la sequenza va rispettata, in quanto ogni esercizio è stato profondamente studiato a livello fisiologico e può essere definito una conseguenza "naturale" dell'esercizio precedente.

1.9.6 **Training autostima e assertività**

Durante la terapia della FS, è utile dedicare anche uno spazio per lavorare in modo più specifico sul miglioramento dell'autostima, delle abilità sociali e dell'assertività.

L'autostima, il senso globale del proprio valore, la valutazione soggettiva che la persona dà di se stesso, è nel fobico sociale molto bassa, così come il suo senso di autoefficacia. Egli, sentendosi inadeguato, inferiore, è limitato nell'espressione di sé e nei rapporti sociali e la percezione delle sue scarse abilità relazionali e comunicative influisce, in un circolo vizioso, sul giudizio profondo che ha di sé.

È necessario, quindi, aiutare il paziente sia a riconoscere e apprezzare le sue qualità, abilità e risorse, sia ad accettare i suoi limiti, le sue debolezze o la possibilità di sbagliare come parte dell'essere umano; ad esprimere le proprie emozioni liberamente, a soddisfare i propri bisogni e desideri e a difendere i propri diritti; ad apprendere strategie nuove per affrontare in modo diverso le situazioni sociali e modificare quei pensieri e comportamenti che limitano la sua libertà d'espressione. Autostima e assertività possono essere legate da un circolo virtuoso: migliorando la valutazione di sé, il soggetto si comporterà e si confronterà nelle relazioni in modo

più funzionale; acquisendo una comunicazione e un comportamento più assertivo, effetti positivi ricadranno sull'autostima.

Nel training, oltre ad una prima fase introduttiva in cui spiegare i concetti di autostima e autoefficacia, la definizione di assertività, le differenze tra comportamenti passivi, aggressivi e assertivi, si utilizza la **ristrutturazione cognitiva** per identificare le convinzioni irrazionali e le distorsioni cognitive messe in atto che alterano la percezione di sé e dell'altro. Tra le tecniche comportamentali già menzionate risulta particolarmente efficace l'uso dei **role play** (par. 1.9.3), i quali, mediante la ricostruzione di una situazione sociale temuta in un ambiente protetto, consentono al soggetto di confrontarsi con la sua ansia e le sue difficoltà e imparare quindi a gestirle gradualmente, oltre che raccogliere i feedback realistici dagli altri partecipanti.

Seguono alcuni esercizi, tra l'ampia scelta di quelli esistenti, mirati all'affermazione positiva di sé. Completano il training, una disposizione mentale di curiosità e apertura verso la vita, un atteggiamento costruttivo dinanzi le difficoltà, il prendersi cura di sé, attraverso la soddisfazione dei propri bisogni e coltivando ogni area della vita.

- Diritti assertivi

Un passo fondamentale nel training di assertività è divenire consapevole dei propri diritti e imparare a difenderli e rispettarli. Conoscere cosa possiamo volere, desiderare o chiedere all'altro e cosa invece non possiamo avere perché lede il diritto di un altro aiuta a relazionarsi in modo soddisfacente, affermando il nostro modo di essere, ma senza prevaricare l'altro. Esempi di diritti assertivi possono essere: non doversi giustificare, poter fare delle richieste o poter dire di no ad una richiesta, cambiare idea, esprimere la propria opinione, non dover essere perfetto o sentirsi il solo giudice di se stesso.

Il terapeuta invita il paziente a compilare una lista di quelli che possono essere i diritti importanti per lui, riflettendo in questo modo su quali siano le sue necessità e priorità, sulla misura in cui riesce o meno a difenderle e sostenerle. I diritti assertivi del suo elenco "personale" potranno fungere da linee guida nella relazione con se stesso e con gli altri nelle varie aree della vita.

- Frase assertiva

Si insegna al paziente a formulare la frase in modo diverso quando vuole esprimere un giudizio, un'opinione, fare una richiesta o una critica.

La costruzione di una frase assertiva si compone di:

- una parte iniziale, dove si espone la situazione che fa reagire, generalmente nella forma "*Quando accade che*…";
- una parte centrale, con l'esposizione dell'emozione che si prova, sentimenti, bisogni, preferenze e inizia sempre con il pronome "Io";
- una parte finale, con cui si spiega il motivo logico che lega la reazione alla situazione e si formula la richiesta.

In questo modo la comunicazione risulterà più chiara e completa, più costruttiva perché si esamina la situazione, si esprime apertamente l'impatto emotivo e il problema verificatosi. Inoltre, utilizzare il pronome "Io" esprime un'assunzione di responsabilità, sottolinea il carattere personale del giudizio o dell'opinione emessa e l'altro, non sentendosi attaccato, è più disponibile al dialogo.

- Uso di affermazioni positive

Inizialmente il paziente considera un episodio accaduto o una situazione da affrontare ed esprime la sua convinzione negativa riguardo se stesso nell'affrontare l'evento. Quindi, si chiede al paziente di immaginarsi nella scena mentre pensa la convinzione negativa e di esplicitarne le reazioni emotive. Poi si invita il paziente a sostituirla con affermazioni positive, ad indagarne le diverse reazioni emotive suscitate e a percepire la piacevole sensazione di dire qualcosa di positivo su di sé.

Una volta che tali affermazioni sono state generate e verificate, anche attraverso le varie strategie cognitive e comportamentali descritte precedentemente, il paziente può scriverle in modo da poterle avere presenti e ripetere, per poi usarle come asserzioni positive su se stesso quando agisce nelle varie situazioni sociali e pubbliche. Lo scopo è prevenire l'attivazione dei processi che focalizzano l'attenzione sull'individuo, controllare l'ansia nel momento in cui questa e le preoccupazioni relative al sé interferiscono con la prestazione, favorendo così la costruzione del senso di autoefficacia riguardo le situazioni sociali.

1.10 Prevenzione delle ricadute

Durante il percorso terapeutico, e in particolar modo nelle ultime sedute, il terapeuta adotta strategie specifiche al fine di prevenire la possibilità di ricadute, ossia la ricomparsa della sintomatologia, e a far sì che gli obiettivi raggiunti dal paziente e il cambiamento attuato rimangano stabili nel tempo. Lo scopo di tali strategie è verificare l'effettiva modifica delle credenze erronee e dei comportamenti disfunzionali o, piuttosto, il permanere di credenze residue irrazionali e di comportamenti residui di evitamento e protettivi connessi a determinati timori, che costituendo un fattore di vulnerabilità ad ansie future, vanno modificati prima della fine del trattamento.

1.10.1 **Monitoraggio della terapia**

Una modalità utile per la prevenzione delle ricadute è il costante monitoraggio del procedere terapeutico, reso possibile nella terapia cognitivo comportamentale dal particolare stile di lavoro che si viene a creare. Infatti, il coinvolgimento attivo del paziente attraverso esercizi pratici, la revisione degli homework in seduta, la discussione costruttiva sugli ostacoli incontrati dal paziente consentono di monitorare nelle diverse fasi l'andamento della terapia.

Avere indicazioni aggiornate sul livello di miglioramento della sintomatologia, sulla consapevolezza degli schemi invalidanti e dei meccanismi di mantenimento e sulle modifiche già effettuate consente al terapeuta di modulare l'intervento sugli obiettivi ancora da raggiungere e di lavorare su quegli elementi problematici residui che porterebbero ad una futura ricaduta.

1.10.2 **Anticipazione della ricaduta**

Un modo per prevenire la ricaduta è proprio prevederla. Spesso, nei pazienti che hanno ottenuto dei miglioramenti, le attese sono di non doversi più misurare con i sintomi ansiosi e l'idea di un'eventuale ricaduta è fortemente temuta.

È invece utile, nelle ultime sedute terapeutiche, "rendere presente" una possibile ricaduta. Questa scelta ha, innanzitutto, la funzione di verificare i cambiamenti ottenuti sui costrutti centrali che caratterizzano il disturbo e sondare la permanenza

di eventuali interpretazioni catastrofiche dell'evento: la ricomparsa di uno o più sintomi non va vista come una ricaduta completa, profonda, che azzera tutti i progressi fatti fino a quel momento, come un processo "tutto o nulla", dove o si è guariti o si è malati; ma può essere vista come un momento difficile, un episodio critico che può essere superato grazie ai nuovi mezzi acquisiti con la terapia.
Inoltre, ha la funzione di verificare le capacità del paziente di utilizzare autonomamente le risorse e gli strumenti appresi.
Infine, consente al paziente di costruire, insieme al terapeuta, dei piani di intervento che possano contenere e superare episodi di disagio.

1.10.3 **Chiusura della terapia e colloqui di richiamo**

La chiusura della terapia va effettuata in modo graduale, così da permettere al paziente un passaggio progressivo dalla presenza costante del terapeuta come figura di riferimento alla gestione autonoma di sé e della propria vita, continuando il processo di crescita personale iniziato in terapia.
A tal scopo, risulta utile nella fase finale diradare la cadenza delle sedute, passando da una a due settimane, e successivamente a un mese. Alcuni colloqui di richiamo o mantenimento sono poi programmati, ad es. a scadenze trimestrali, per mantenere quanto appreso, verificare i progressi del paziente nel tempo e affrontare eventuali difficoltà emerse dopo la conclusione della terapia.

1.10.4 **Sintesi del percorso terapeutico**

A termine terapia è utile chiedere al paziente di redigere un riassunto del percorso effettuato, in modo da ricostruire il razionale della terapia. Tale sintesi dovrebbe indicare i fattori che hanno generato il disturbo, i meccanismi di mantenimento e i circoli viziosi, le modalità di fronteggiamento del problema e di cambiamento, le figure significative e il suo modo di relazionarsi.
Lo scopo è quello di stimolare la persona a prendere coscienza ed esplicitare la sua nuova visione della sofferenza e del cambiamento, processo che comporta diversi vantaggi:

- consente di intervenire di fronte al permanere di credenze potenzialmente patogene;

- porta all'identificazione e al consolidamento dei punti chiave del cambiamento;
- stimola la persona a fissare una traccia mnestica del procedimento terapeutico, in modo da rendere possibile il recupero degli aspetti necessari, nel caso si troverà in situazioni di difficoltà;
- si rafforza la percezione del proprio senso di autoefficacia nel processo di cambiamento;
- promuove in modo particolare lo sviluppo delle capacità metacognitive, soprattutto il processo integrativo.

1.11 Efficacia della terapia e confronto con le altre

Prima della pubblicazione del DSM-III l'intervento psicologico con pazienti affetti da FS consisteva principalmente nell'insegnare determinate abilità sociali, nella convinzione, dimostratasi poi errata, che il nucleo centrale del disturbo fosse una carenza di tali abilità (Turner et al., 1986). I risultati ottenuti con tale approccio terapeutico, soprattutto in trattamenti di gruppo, erano positivi. Solo successivamente ci si rese conto che nel trattamento con insegnamento delle abilità sociali l'aspetto principale che ne determinava l'efficacia spesso altro non era se non un intervento di esposizione (Wlazlo et al., 1990; Stravynski et al., 2000). In ogni modo, alcuni ricercatori (Van Dam-Baggen, Kraaimaat, 2000) hanno evidenziato che i trattamenti espositivi e quelli che prevedono l'insegnamento di abilità sociali presentano uguale efficacia.

Mentre secondo alcuni studi non vi è differenza nell'efficacia della terapia espositiva da sola o associata con la terapia cognitivo comportamentale, singola o di gruppo (Feske, Chambless, 1995; Hope, Heimberg, Bruch, 1995; Gould, Buckminster, Pollack, Otto, Yap, 1997a; Clark, 2005), altre ricerche hanno evidenziato l'efficacia della terapia cognitiva nel trattamento dei fobici sociali, in particolare della terapia combinata cognitivo comportamentale, anche di gruppo (Heimberg, Salzman et al., 1993; Taylor, 1996; Salaberria, Echeburua, 1998). Va comunque considerato come sia praticamente difficile effettuare una reale comparazione tra l'efficacia dei trattamenti espositivi e di quelli cognitivi. L'inattesa esperienza disconfirmatoria che l'individuo affronta durante l'esposizione alle situazioni sociali ansiogene è in grado inevitabilmente di modificarne anche le credenze, senza che sia stata effettuata una specifica ristrutturazione cognitiva (Bouton, Mineka, Barlow, 2001).

Considerando il trattamento farmacologico, numerosi studi confermano l'efficacia clinica della somministrazione di IMAO (fenelzina) nel trattamento della FS, che comparata con la terapia cognitivo comportamentale risulta uguale (Gelernter et al., 1991; Liebowitz et al., 1992; Versiani et al., 1992; Heimberg et al., 1998). Da rilevare però che i soggetti trattati solo farmacologicamente sono maggiormente esposti a ricadute rispetto a quelli che hanno ricevuto anche una TCC. Inoltre, l'uso dei farmaci IMAO presenta reali limitazioni in relazione ai rischi di induzione di crisi

ipertensive e di altri effetti collaterali indesiderati. Riguardo la classe delle BDZ (clonazepam, alprazolam), alcuni studi confermano l'efficacia (Otto et al., 2000), ma anche in questo caso ci sono problemi collaterali, tipo la possibilità di dipendenza fisica, gli effetti di sinergia presentati con l'alcool e l'elevato tasso di ricaduta alla sospensione della somministrazione (Gelernter et al., 1991; Davidson et al., 1993; Versiani et al., 1996). Come già spiegato nel par. 1.7, il trattamento farmacologico di prima scelta nella FS è rappresentato oggi dagli SSRI (Davidson, 2006).

Concludendo, i farmaci, anche nei disturbi d'ansia, aiutano ad alleviare i sintomi ma non a rimuovere le cause del problema. Per tali motivi, nei casi più gravi, i clinici associano al trattamento psicoterapico quello farmacologico, in quanto i farmaci, abbassando i livelli di sofferenza soggettiva e di ansia, aiutano a creare le condizioni favorevoli per un intervento psicoterapeutico efficace.

PARTE II

UN CASO CLINICO DI FOBIA SOCIALE

2.1 Informazioni generali

2.1.1 **Dati anagrafici**

Andrea è un uomo di 30 anni, nato a Roma, diplomato al Liceo Scientifico, impiegato presso un'azienda di informatica dove si occupa dell'helpdesk delle diverse sedi dislocate nella città di Roma e dintorni.

Il padre ha 50 anni, diploma media superiore, è impiegato ed è in buone condizioni di salute. La madre ha 49 anni, diploma media superiore, è casalinga, anche lei in buone condizioni di salute. Ha solo una sorella, di 23 anni, studentessa.

Da poco più di un anno è sposato con Sara, 30 anni, segretaria presso lo studio di un medico. Vivono a Roma in una casa di loro proprietà e non hanno figli.

2.1.2 **Motivo della richiesta**

Andrea richiede un intervento psicologico, a settembre, perché durante l'estate gli è successo di provare in più occasioni, mentre guidava, un forte malessere, con ansia, sensazione di svenimento, nausea per un peso sullo stomaco e paura.

Gli accade in diverse situazioni, quando guida in città, se c'è il rischio di restare bloccato nel traffico o quando non c'è uno spazio che consente di fermarsi, per l'imbarazzo di essere osservato dagli altri automobilisti o per il timore di fare errori nella guida e sentirsi quindi imprecare contro; quando viaggia verso posti che non conosce o se il traffico è intenso, senza avere al fianco la moglie che gli consente di scambiarsi alla guida.

Oltre a questi episodi specifici di forte ansia quando guida, che lo hanno spinto a chiedere un aiuto psicologico, racconta, in generale, di essere molto ansioso se deve affrontare situazioni in cui è osservato, se deve svolgere una performance davanti ad altri e quando deve intrattenersi con persone nuove o poco conosciute, soprattutto se le ritiene "importanti"; per questo evita le situazioni di socializzazione o fare qualcosa dinanzi ad altri, per paura di non essere mai all'altezza e di essere giudicato negativamente.

2.1.3 **Aspettative del paziente**

Valutando i suoi problemi "*abbastanza pesanti*", sentendosi "*un debole*" e provando "*rabbia per il fatto di averli*", Andrea vorrebbe "*stare più tranquillo e vivere più sereno*", "*perché a 30 anni uno dovrebbe poter fare tutto senza problemi*".

Desidera modificare il suo stato d'animo di preoccupazione, le emozioni di paura e di ansia che prova quando deve affrontare un compito davanti ad altri e la tensione che sperimenta se si sente osservato o se si trova in situazioni che potrebbero esporlo al giudizio degli altri.

Vede la terapia come uno spazio in cui "*aprirsi per far vedere le proprie debolezze e capire come combatterle*" e tra i benefici che spera di ottenere, afferma, a breve termine, "*più tranquillità*", a lungo termine, "*risolvere tutti i suoi problemi e sapere come affrontarli*". Ritiene che il terapeuta debba "*saper ascoltare e saper individuare dove realmente risiede il problema*" e quindi, per potergli essere d'aiuto, "*indicargli la via*".

2.2 Assessment

Durante il primo colloquio ho raccolto le prime informazioni sul problema presentato, sui motivi che lo hanno spinto a chiedere aiuto e sulle sue aspettative nei confronti della terapia, ponendo solo poche domande aperte, in modo da lasciarlo per la gran parte libero di raccontare secondo le sue necessità.
Nei colloqui successivi, invece, ho approfondito ulteriori aspetti del problema per una sua maggiore comprensione e definizione, dall'esordio fino al suo strutturarsi e perpetuarsi. Ho ricostruito la storia di vita del paziente, dal suo percorso evolutivo agli schemi di sé e dell'altro, dalle relazioni significative alle aree di vita attuali. Oltre ai colloqui, mi sono avvalsa dapprima dei principali test e interviste per la diagnosi, in seguito li ho implementati con questionari più specifici sulle tematiche che, andando avanti nell'assessment, emergevano.

2.2.1 **Primo colloquio**

Il primo colloquio con Andrea è stato caratterizzato inizialmente dal fatto che egli non ha raccontato subito il problema attuale per cui è venuto, ma ha esordito con la narrazione di un periodo problematico avuto a 26 anni, che fino a quel momento non aveva mai più considerato, anzi l'aveva quasi dimenticato, come ha precisato dopo, stupito di averlo tirato fuori in questa occasione. Aveva sofferto di un mal di testa molto forte che gli iniziava dopo pranzo e durava fino a sera, con nessun antidolorifico gli passava e in più aveva la febbre a 37 tutte le sere. E' andato da molti medici, ha fatto diversi esami ma nessuno ha mai trovato una causa, ha pensato di avere la Sindrome da Affaticamento Cronico, letta su Internet, finché un medico gli ha prospettato, come ultima spiegazione rimasta, l'ipotesi che potesse essere di origine psicologica. In quel periodo non era stato assunto, come si aspettava, da una importante azienda multinazionale, dopo averci lavorato per due anni con un Contratto di Formazione Lavoro; in seguito, aveva trovato un impiego precario, per nulla gratificante, di consegna pacchi per una piccola società e, dopo alcuni mesi, era stato preso in prova presso una nuova azienda (si veda la "Storia di vita"). Con il tempo i mal di testa sono scomparsi e non si sono più ripresentati.
Dopo questo evento, inizia a parlare del problema vissuto questa estate, non senza

difficoltà, perché prova disagio ed imbarazzo nell'esprimere come si è sentito e come si sente tuttora e nel raccontare degli episodi che normalmente non dovrebbero comportare ansia e tensione. Fa molte pause tra le frasi, come se, anche considerando la mimica facciale, si vergognasse a tirare fuori cosa gli è successo e cosa ha provato, buttando fuori poi all'improvviso una frase come a liberarsi e a doversi fidare di chi ha davanti. Sembra soppesare le parole, per scegliere bene quelle che possano esprimere le sensazioni provate, riuscendoci spesso con qualche modo di dire o metafora.

Tutto inizia a luglio, quando, dopo una serata passata tra amici ad un matrimonio, in cui aveva bevuto molto, torna a casa a notte tarda e, quasi senza dormire, dopo poche ore parte con la moglie e alcuni amici per andare in vacanza.. Poco prima di arrivare a destinazione si sente male mentre guida, con nausea, vomito, sensazione di svenire e, non riuscendo a guidare, chiede a sua moglie di sostituirlo. L'esperienza del malessere fisico provato (nonostante la spiegazione logica dell'eccesso di alcool, mancanza di sonno e impegno alla guida) lo segna a tal punto che, durante tutta la vacanza, lo riprova ogni volta che deve guidare lui, con gli altri amici in macchina, verso spiagge nuove, di cui non ha ancora provato la strada. Ogni volta chiede a Sara di sostituirlo, prima che gli amici possano vedere il suo malessere, per paura di fare una brutta figura, nel caso svenisse o vomitasse. Inizia a portare sempre con sé una bottiglietta d'acqua per la sensazione di peso sullo stomaco e nausea e a non fumare perché peggiora il malessere.

Dopo la vacanza e fino al momento della richiesta, gli succede altre volte: durante una gita con gli amici, anche qui fa guidare Sara, che lo tranquillizza senza farglielo pesare; mentre percorre un viale a più corsie, molto grande e trafficato in motorino, portando una sua amica dietro; prendendo una statale, per andare a fuori Roma a far visita alla nonna, perché inizia a pensare che se gli si fermasse la macchina o si sentisse male, lì non ci sono né piazzole di sosta né la corsia di emergenza, quindi bloccherebbe la fila degli automobilisti e si esporrebbe ai loro giudizi. Inoltre una situazione che teme molto è dover parcheggiare quando dietro di sé c'è la fila, perché il pensiero di dover far aspettare e innervosire le persone in fila o l'essere osservato mentre parcheggia dall'automobilista che segue, gli provoca ansia elevata; ancora, rimanere fermo in mezzo al traffico, perché si sente osservato dagli

automobilisti affianco, diventando così impacciato e imbarazzato.
Di conseguenza, per sentirsi tranquillo evita le strade trafficate, sceglie strade note dove già sa come incanalarsi per non rimanere bloccato tra le macchine o si mantiene sul lato della strada per avere la possibilità di svoltare o di accostarsi se necessario. Se invece deve viaggiare con altri, es. familiari o amici, porta sempre con sé la moglie, con la quale non prova vergogna, per farsi sostituire in caso di bisogno, adducendo una scusa banale che non insospettisca gli altri presenti.
Durante questo primo colloquio ho fatto in modo che il paziente si sentisse a suo agio, per quanto gli fosse possibile nella prima seduta con una terapeuta sconosciuta, accogliendolo con un atteggiamento aperto e sereno, cercando di trasmettere calma ed empatia; invitandolo a raccontare liberamente e a parole sue cosa lo avesse spinto a chiedere aiuto e incoraggiandolo a non omettere aspetti che a lui potessero sembrare stupidi, infantili o imbarazzanti; sottolineando che nel setting terapeutico non un comportamento, non un pensiero o una parola è sottoposto a giudizio ma, anzi, ogni evento ha un suo significato e una sua logica che gradualmente avremmo compreso insieme.
Verso la fine del colloquio ho spiegato, in generale, in cosa sarebbe consistito il percorso terapeutico: una prima fase di valutazione, poi una restituzione di quanto rilevato con essa, la decisione degli obiettivi da raggiungere e a seguire la terapia vera e propria sulle problematiche emerse, illustrando brevemente l'approccio cognitivo comportamentale.

2.2.2 **Storia di vita e profilo evolutivo**

Andrea ha vissuto una prima infanzia abbastanza tranquilla, accudito da entrambi i genitori che gli hanno voluto sempre molto bene, ma vivendo con il padre un rapporto molto conflittuale, dovuto alla severità di questi, sin da quando era piccolo fino alle scuole superiori all'incirca.
Il padre "*è stato sempre molto severo*" e lo "*riprendeva continuamente*", "*oppressivo, sempre molto attento che non sbagliasse, sempre lì a dire che sbagliava questo o quello, spesso anche davanti ad altri familiari*". Per questo Andrea soffriva molto non capendo i motivi delle continue critiche e vergognandosi di apparire stupido o incapace quando erano presenti gli zii o altre persone della famiglia, i quali spesso intervenivano in sua

difesa. Il periodo peggiore è stato durante le scuole medie, egli si innervosiva tanto perché il padre lo riprendeva sempre, anche per i risultati scolastici non eccelsi. Nonostante questo, Andrea allo stesso tempo lo percepiva come "*una guida*", "*molto presente*", che gli dimostrava "*tanto amore*", con cui giocava spesso e si divertiva, concludendo che "*c'era sempre tanto amore, ma erano più i momenti negativi che quelli positivi*".

La madre era invece "*molto più tranquilla e permissiva*", lo lasciava "*libero di sbagliare*" e anche lei gli ha "*sempre voluto bene*". Essendo casalinga, passava molto tempo insieme al figlio, giocava con lui e lo aiutava con i compiti. È "*sempre stata collaborativa e mai rompiscatole*".

Quando aveva 6 anni è nata la sorellina e non riferisce particolari stati d'animi problematici per questo evento. Il rapporto con la sorella è stato sempre buono, "*solo qualche bisticcio da adolescenti, ma quelli abituali tra fratelli, nulla di importante*".

Gli anni delle elementari non sono stati sereni, in quanto oltre alle critiche che riceveva dal padre, anche a scuola veniva "*preso in giro e attaccato*", perché, essendo un bambino "*timido, tranquillo, non attaccabrighe, permaloso ma incapace di contrattaccare*", era facile oggetto di attacchi e scherzi da parte degli altri bambini.

Verso gli 11 anni ha vissuto una fase di sofferenza dovuta ad una separazione tra i suoi genitori, i quali non riuscivano ad andare d'accordo "*per il carattere difficile, duro e critico*" del padre. Racconta la tristezza provata nelle occasioni in cui il padre prendeva lui e la sorella per uscire, ma senza la madre; in particolare, ricorda una gita a Firenze e il senso di smarrimento nel non comprendere perché erano solo loro tre e non tutta la famiglia come in passato, soprattutto perché l'assenza della madre connotava la gita negativamente, non c'era gioia e spensieratezza, ma serietà, tristezza.

Tra i momenti felici, invece, narra i weekend o i periodi estivi passati dalla nonna che abita in campagna in Abruzzo, la quale aveva perso ancora giovane il marito più anziano di lei e molto tempo dopo aveva incontrato un nuovo compagno, con cui stava molto bene. Andrea racconta il senso di tranquillità e di libertà che viveva con la nonna, l'ammirazione e l'affetto che provava sia per lei, la vedeva una donna forte, particolare, sia per il suo compagno, un uomo simpatico, accudente e sereno, che lui ha sempre visto come un nonno vero. Lì si sentiva felice e amato dai nonni,

giocava all'aria aperta a pallone o da solo o con un amichetto del paese.

Quando Andrea compie 14 anni, la sua famiglia affronta un cambiamento importante e radicale, dovuto ad una scelta lavorativa del padre, che porta i genitori a tornare a vivere insieme: si trasferiscono negli Stati Uniti, perché il padre coglie l'opportunità, che la società per cui lavora offre, di lavorare all'estero, essendoci migliori prospettive, sia di carriera sia economiche. In più, egli considera questa come un'occasione che avrebbe permesso ai figli di imparare bene l'inglese, cosa a cui teneva tanto.

Questo trasferimento segna l'inizio per Andrea di un periodo difficile, di grande sofferenza per tutto ciò che aveva lasciato e per la realtà sconosciuta che si trova ad affrontare. I primi sei mesi sono stati tragici, piangeva tutte le sere chiuso in camera, ascoltando le sue canzoni preferite; inizia a sperimentare l'ansia quando deve fare qualcosa o anche al solo pensiero di affrontare una situazione esterna e nasce in lui un grande senso di insicurezza. Prova a dirlo al padre, ma questi lo incoraggia ad andare avanti, fiducioso che sarebbe stato meglio in futuro. Non conoscendo la lingua, Andrea non riusciva ad integrarsi nella scuola e nel gruppo dei pari, anzi presto diventa oggetto di scherno, anche perché fa amicizia con un ragazzo italiano, figlio di un collega del padre, che già era "lo sfigato" e quindi già vittima dei ragazzi più forti del gruppo. A causa di questi attacchi di bullismo, si ritrova anche a picchiare per difendere sé e il suo amico.

Verso i 16 anni entra a far parte di un gruppo di messicani, essendo più facile linguisticamente comunicare con loro e perché anche loro emarginati, in quanto del sud. Pian piano inizia così ad uscire dal periodo buio, sia perché grazie alle nuove amicizie si sente parte di un gruppo di coetanei con cui condividere le giornate e le varie esperienze, sia perché, imparando sempre di più l'inglese, riesce ad integrarsi meglio nel contesto ambientale. Inoltre in questo periodo sostituisce gli occhiali, che lo avevano sempre fatto sentire ridicolo, con le lenti a contatto.

I successivi due anni sono un periodo più sereno, acquisisce sicurezza e si sente più adeguato, ha "una serie di piccole storie con delle ragazze", fa le sue prime esperienze sessuali e sperimenta anche alcune droghe e l'alcool. Il padre continua a "*rompere*", ma Andrea comincia a non curarsene più di ciò che gli dice.

A 18 anni torna in Italia con la sua famiglia. Ormai si sente molto sicuro di sé, grazie

al bagaglio di esperienze fatte, anche tra gli amici italiani; anzi, tra questi risulta lui quello più interessante e con più conoscenze, avendo vissuto all'estero. In questo periodo conosce Sara, e dopo un anno di profonda amicizia, si fidanzano.

Dai 19 anni ai 23 svolge vari lavori, interessanti e costruttivi per lui, presso due compagnie telefoniche e presso un ente che gestisce il commercio con i paesi esteri.

A 23 anni inizia un Contratto Formazione Lavoro presso una grande azienda multinazionale, che dura due anni, durante i quali è sottoposto a varie pressioni ma Andrea è sicuro di essere assunto al termine del periodo di formazione come da prassi consolidata.

A 25 anni, invece, a causa di una crisi economica dell'azienda e per la prima volta nella storia di questa, non gli confermano l'assunzione. Per lui è "*una vera e propria mazzata*", per mesi ci sta male, incredulo che proprio a lui fosse successa questa cosa mai verificatasi prima. Vive questo licenziamento come un fallimento, come un "*non essere stato accettato*", e come la "*perdita del lavoro per la vita*". Cerca un nuovo impiego e trova insieme con Sara un semplice lavoro di consegna pacchi. Un incarico sminuente per lui, non gratificante, infatti, deve solo guidare e poi attendere in macchina mentre la ragazza consegna la merce al destinatario. Dopo qualche mese gli offrono un incarico in una azienda di informatica, ma prima di essere assunto deve fare alcuni mesi di prova. Questa situazione scatena in Andrea la paura di commettere errori, di non essere all'altezza dei compiti affidatigli, il sentirsi sempre sotto esame, ansia per il timore di non essere assunto dopo il periodo di prova, così come era successo precedentemente nella azienda dove aveva fatto il C.F.L..

In questo periodo gli si presenta il problema dei mal di testa, descritto nel primo colloquio. Si sente molto sotto pressione e ha un crollo psicologico, diventa nervoso e ansioso, con la paura di sbagliare ogni cosa. Ogni giorno dopo il lavoro, quando torna a casa, per il forte mal di testa è costretto a stare nel letto al buio, va a dormire presto, non sopporta i minimi rumori fatti in casa e pretende il silenzio, litigando per questo con i familiari. Riprova il senso di inadeguatezza, vede il futuro incerto e di nuovo si sente insicuro, ma questa volta in modo grave (come sarà interessante notare su un grafico fatto, più avanti nella terapia, sulla "sensazione di sicurezza").

Infatti, si preoccupa sempre di cosa possano pensare di lui i familiari, gli amici, e si sente a disagio ogni volta che deve iniziare una conversazione con qualcuno,

provando ansia già quando si prospetta un incontro. Riduce le situazioni di socializzazione, esce poco e solo con pochi amici stretti, se deve andare ad una festa si preoccupa di quante siano le persone che conosce e non, e una volta arrivato, si avvicina subito a chi conosce, preoccupandosi degli altri presenti, di essere osservato e giudicato come impacciato, uno "*non tosto*". Pensa sempre a cosa dire, teme di non riuscire mai ad essere brillante, e la maggior parte delle volte quindi resta in silenzio o parla poco, reputando poi quello che ha detto banale, non interessante.

Successivamente, nella nuova azienda viene assunto automaticamente, in modo scontato, senza una comunicazione ufficiale e questo in parte lo tranquillizza. Il lavoro è soddisfacente e gradualmente s'inserisce bene nel nuovo contesto. Si occupa della rete informatica che collega le varie sedi, gira molto, ha delle responsabilità e si rapporta sia con persone gerarchicamente superiori che con tutti gli operatori ai pc da supportare. Per far fronte alla sua ansia sociale e da prestazione, adotta varie strategie, ad esempio si prepara e ripete bene prima tutto ciò che deve spiegare agli operatori.

A 28 anni si sposa con Sara e vanno a vivere insieme. Solo con la moglie è veramente a suo agio, perché con lei non si vergogna, non sentendosi sotto esame e giudicato. Il rapporto con lei è per lui una grande risorsa, in quanto gli crea un'oasi di benessere e tranquillità, dove si sente supportato e accettato cosi come è. Spesso si regalano weekend di relax in una loro casa in un paesino di montagna, in modo da concedersi uno spazio per rilassarsi insieme.

Nel periodo in cui ha iniziato la terapia, è preoccupato di nuovo per il lavoro, perché l'azienda inizia ad andare in crisi e ci sono stati dei licenziamenti. Anche se per ora il rischio di perdere il lavoro non si prospetta, essendo la sua mansione abbastanza importante, egli inizia a preoccuparsi che possa accadere nel prossimo futuro.

In questi ultimi anni, quindi, nonostante il nuovo lavoro e poi il matrimonio felice, Andrea ha vissuto un lungo periodo di disagio, iniziato dapprima con una sintomatologia acuta, che lo ha portato a restringere le sue attività; successivamente, risvegliandosi anche sensazioni di inadeguatezza provate in altre fasi della sua vita, si è cronicizzato uno stato di forte ansia sociale, paura di non essere all'altezza nelle varie performance e una costante percezione di sé come persona non interessante, inadeguata, e dell'altro, invece, come competente oltre che giudicante.

2.2.3 **Comunicazione intra-familiare e modello di attaccamento**

I genitori hanno avuto Andrea quando erano molto giovani, lui 21 e lei 20 anni, e questo può aver influito sul loro bisogno di dover essere dei bravi genitori, all'altezza di crescere i propri figli prima di tutto "come bravi ragazzi, educati e rispettosi" e, poi, anche in grado di saper fare le cose bene. Ambedue hanno trasmesso ai figli l'educazione, il rispetto dell'altro e l'osservanza delle regole, ma mentre la madre ha avuto un atteggiamento più sereno e permissivo, il padre è sempre stato molto severo e critico, compromettendo i rapporti sia con la moglie che con entrambi i figli, per più di vent'anni di vita familiare. Per questo il sentimento di attaccamento di Andrea nei confronti di suo padre è sempre stato conflittuale, in quanto da un lato lo vedeva come un modello di rettitudine, competenza, capace di dare amore e solidarietà al figlio, dall'altro, con le sue continue critiche, con il suo sottoporre a giudizio ogni comportamento del figlio, gli scatenava stati di tristezza, inadeguatezza e smarrimento, quando era piccolo, e sentimenti di irritazione e rabbia, via via che cresceva.

Lo stile di attaccamento nei confronti del padre si configura, in parte, come ansioso-evitante, in quanto Andrea, non sapendo mai come avrebbe reagito il padre alle sue interazioni o come avrebbe giudicato una sua azione, si teneva a distanza, senza manifestare troppo i suoi sentimenti e bisogni, ma aspettando ciò che avrebbe fatto il padre. Nei confronti della madre, invece, Andrea ha sviluppato uno stile di attaccamento sicuro, percependo la figura materna come protettiva, accogliente e non giudicante, capace di dare amore in modo incondizionato e sensibile al suo bisogno di rassicurazione. Questa relazione è stata per lui fondamentale, lo ha aiutato in parte a superare i momenti di conflittualità con il padre e ha determinato, inoltre, quelle caratteristiche psicologiche che oggi si esplicano nel rapporto di coppia, come la sensibilità ai bisogni della partner, la capacità di dare e ricevere amore, oltre a motivare il bisogno di costruire una relazione di coppia funzionale.

Un ruolo importante hanno svolto anche figure parentali come le due nonne, il nonno acquisito e uno zio, tutte persone che lo difendevano quando era attaccato dal padre e riprendevano questi per l'esagerazione e l'irragionevolezza di tali attacchi. In queste situazioni, Andrea, nonostante si sentisse difendere da parte dei parenti, racconta che l'unico stato che provava era la vergogna di essere

rimproverato davanti ai familiari a cui era affezionato e, quindi, di apparire loro come un incapace.

Durante una seduta in cui stavamo analizzando il nucleo originario della coppia genitoriale come genesi del nucleo familiare, e quindi come una rottura nel primo crea automaticamente una rottura nel secondo, Andrea ha evidenziato, con grande tristezza, sullo schema che andavamo costruendo, come le diverse relazioni intercorrenti tra la madre, la sorella e se stesso fossero state di accordo, confronto, condivisione, supporto a seconda delle situazioni, mentre le relazioni tra il padre e ognuno di loro tre fossero state caratterizzate tutte da scontro e conflitto.

Quando Andrea è diventato adulto, più o meno verso i 22-23 anni, il rapporto con il padre è iniziato a cambiare, diventando più sereno e meno conflittuale. L'atteggiamento del padre si è modificato molto lentamente nei confronti del figlio via via che questi cresceva, entrava nel mondo del lavoro, diventava un uomo indipendente che faceva le sue scelte, per cambiare poi nettamente dopo il suo matrimonio. Attualmente "*il rapporto è ottimo, stranamente è rimasto il buono e il cattivo è andato via!*". Andrea sente che lo considera adulto, parlano di tutto e gli "*dà buoni consigli*". Il miglioramento del padre non è solo nei confronti del figlio, ma è parte di un suo cambiamento più generale, raggiunto con la maturità o con le esperienze fatte, con il superamento delle conflittualità con la moglie e delle sue ansie nel dover essere un genitore responsabile; ora si relaziona più serenamente con tutti, anche con la moglie.

Il ciclo vitale di questa famiglia ha raggiunto una fase di equilibrio soddisfacente sia per la coppia genitoriale sia per i figli, che ora si sentono supportati da entrambi i genitori su diversi piani. Infatti, il disagio che sta vivendo con la sua ansia sociale e la scelta di iniziare una psicoterapia, Andrea li ha condivisi ora con il padre, creando anche un'occasione per porgli degli interrogativi che si porta da tempo dentro.

Infine, Andrea attualmente ha da poco iniziato a costruire la sua nuova famiglia con Sara, sulla base di un rapporto d'amore forte, di apertura verso l'altro e condivisione. Questa nuova famiglia rappresenta per lui, in questo momento critico, uno spazio di fondamentale importanza, dove sentirsi adeguato e libero dalla percezione di essere giudicato.

2.2.4 **Valutazioni psicometriche**

Ho approfondito la valutazione del paziente somministrando prima l'intervista BPRS 4.0 e i test MMPI-2 e SCID-II, poi aggiungendo i questionari STAI-Y e LSPS.

Brief Psychiatric Rating Scale Vers. 4.0 (BPRS 4.0)

Dalla somministrazione della BPRS si evidenzia la presenza di frequenti episodi di ansia, moderatamente elevata, in diverse situazioni sociali o nei casi di esecuzione di un compito (item "ansia": 5). Accompagnati da sintomi neurovegetativi, compromettono alcune aree del funzionamento del soggetto, ad esempio i rapporti sociali allargati e alcune situazioni lavorative, con la messa in atto di evitamenti, comportamenti protettivi e, a volte, ritiro. Tutto ciò determina nel paziente momenti di tristezza e infelicità perché sente di non vivere liberamente a causa del suo problema e perché si percepisce come un "debole" (item "depressione": 3).

1.	**PREOCCUPAZIONI SOMATICHE**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
2.	**ANSIA**	NV	1	2	3	4	**5**	6	7
3.	**DEPRESSIONE**	NV	1	2	**3**	4	5	6	7
4.	**RISCHIO DI SUICIDIO**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
5.	**SENTIMENTI DI COLPA**	NV	1	2	**3**	4	5	6	7
6.	**OSTILITÀ**	NV	1	2	3	**4**	5	6	7
7.	**ELEVAZIONE DEL TONO DELL'UMORE**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
8.	**GRANDIOSITÀ**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
9.	**SOSPETTOSITÀ**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
10.	**ALLUCINAZIONI**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
11.	**CONTENUTO INSOLITO DEL PENSIERO**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
12.	**COMPORTAMENTO BIZZARRO**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
13.	**TRASCURATEZZA DI SÉ**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
14.	**DISORIENTAMENTO**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
15.	**DISORGANIZZAZIONE CONCETTUALE**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
16.	**APPIATTIMENTO AFFETTIVO**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
17.	**ISOLAMENTO EMOTIVO**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
18.	**RALLENTAMENTO MOTORIO**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
19.	**TENSIONE MOTORIA**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
20.	**MANCANZA DI COOPERAZIONE**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
21.	**ECCITAMENTO**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
22.	**DISTRAIBILITÀ**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
23.	**IPERATTIVITÀ MOTORIA**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7
24.	**MANIERISMO E POSTURE**	NV	**1**	2	3	4	5	6	7

Inoltre, si rilevano stati di rabbia quando si trova costretto ad affrontare situazioni che non sa gestire, impreviste o che lo espongono troppo, ma la esterna e si sfoga solo con la moglie, che è l'unica persona con cui si apre (item "ostilità": 4). Per questo prova sensi di colpa nei confronti della moglie, si vergogna dei suoi scatti d'ira e si colpevolizza per non riuscire a darle sempre serenità (item "sentimenti di colpa": 3). Oltre questi, non si rilevano altri aspetti di rilievo clinico.

Minnesota Multifasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)

Dall'esame delle scale di validità risulta che il test è valido e interpretabile. I bassi punteggi nelle scale L e K indicano che ha risposto agli item in maniera aperta e realistica, con un atteggiamento collaborativo e non di difesa; è coerente con ciò anche il punteggio basso della scala F, leggermente più alto delle altre due, che denota una tendenza a non sottolineare i problemi psicologici e a non esagerare il quadro sintomatologico. L'analisi dei punteggi significativi nelle scale di base **0-Si**, **7-Pt** e **2-D**, unitamente alle elevazioni nelle scale di contenuto **SOD**, **LSE** e **ANX**, suggerisce il profilo di un soggetto socialmente introverso, riservato, timido, che presenta ansia, tensione, grande disagio nelle relazioni sociali e senso di inquietudine. Tendente a preoccuparsi molto, irritabile, ansioso, malinconico, incline a provare sensi di colpa e umore depresso, è una persona ipercontrollata e non impulsiva, introspettiva e rimuginante. Inoltre, si sente insicuro e inferiore, manca di fiducia in se stesso, è autocritico e autosvalutativo, essendo convinto di non essere attraente o importante, ma anzi goffo, maldestro e inutile.

La scarsa opinione di sé, unita al marcato senso di disagio e all'introversione, fanno si che nelle relazioni interpersonali, il paziente si caratterizzi come accondiscendente, remissivo, affidabile e accetti eccessivamente l'autorità. È a proprio agio solo con pochi amici intimi, molto sensibile a ciò che le altre persone pensano di lui, si preoccupa della sua accettazione e non manifesta i propri sentimenti apertamente. In particolare, è molto a disagio con le persone del sesso opposto.

Gli aspetti problematici emersi, di natura principalmente ansiogena e relazionale, suggeriscono dunque la presenza di una Fobia Sociale generalizzata e la possibilità di un intervento psicoterapico, visto l'atteggiamento di apertura nei confronti del trattamento e di fiducia nel cambiamento.

Numero item mancanti o risposte "non so"		0	

Scale di Validità o controllo

Scala **L**	**Menzogna**	4	43
Scala **F**	**Frequenza**	4	47
Scala **K**	**Correzione**	14	45

Scale di Base o Cliniche

1. scala **Hs**	**Ipocondria**	19	64
2. scala **D**	**Depressione**	30	**69**
3. scala **Hy**	**Isteria**	23	51
4. scala **Pd**	**Deviazione Psicopatica**	23	49
5. scala **Mf**	**Mascolinità-Femminilità**	22	42
6. scala **Pa**	**Paranoia**	8	50
7. scala **Pt**	**Psicastenia**	40	**71**
8. scala **Sc**	**Schizofrenia**	26	46
9. scala **Ma**	**Ipomania**	12	34
0. scala **Si**	**Introversione Sociale**	52	**81**

Scale Supplementari

Scala **Fb**	**Risposte casuali**	3	51
VRIN	**Incoerenza nelle risposte**	7	56
TRIN V/F	**Incoerenza nelle risposte V/F**	8	55
Scala **MAC-R**	**Alcolismo**	23	52
Scala **O-H**	**Ostilità ipercontrollata**	10	35
Scala **Pk**	**Disturbo da stress post-traumatico**	17	62
Scala **APS**	**Tossicodipendenza potenziale**	25	62
Scala **AAS**	**Ammissione di tossicodipendenza**	3	60
Scala **MDS**	**Disagio coniugale**	2	45

Scale di Contenuto

Scala **ANX**	**Ansia**	14	**70**
Scala **FRS**	**Paure**	6	57
Scala **OBS**	**Ossessività**	4	51
Scala **DEP**	**Depressione**	13	61
Scala **HEA**	**Preoccupazioni per la salute**	10	60
Scala **BIZ**	**Ideazione bizzarra**	1	48
Scala **ANG**	**Rabbia**	5	49
Scala **CYN**	**Cinismo**	13	51
Scala **ASP**	**Comportamenti antisociali**	13	64
Scala **TPA**	**Personalità di tipo "A"**	11	54
Scala **LSE**	**Bassa autostima**	14	**71**
Scala **SOD**	**Disagio sociale**	17	**74**
Scala **FAM**	**Problemi familiari**	2	46
Scala **WRK**	**Difficoltà sul lavoro**	12	57
Scala **TRT**	**Indicatori di difficoltà di trattamento**	6	53

Figura 2.1

MMPI-2™ S.R. Hathaway e J.C. McKinley
Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2™

FOGLIO DI PROFILO PER LE SCALE DI BASE

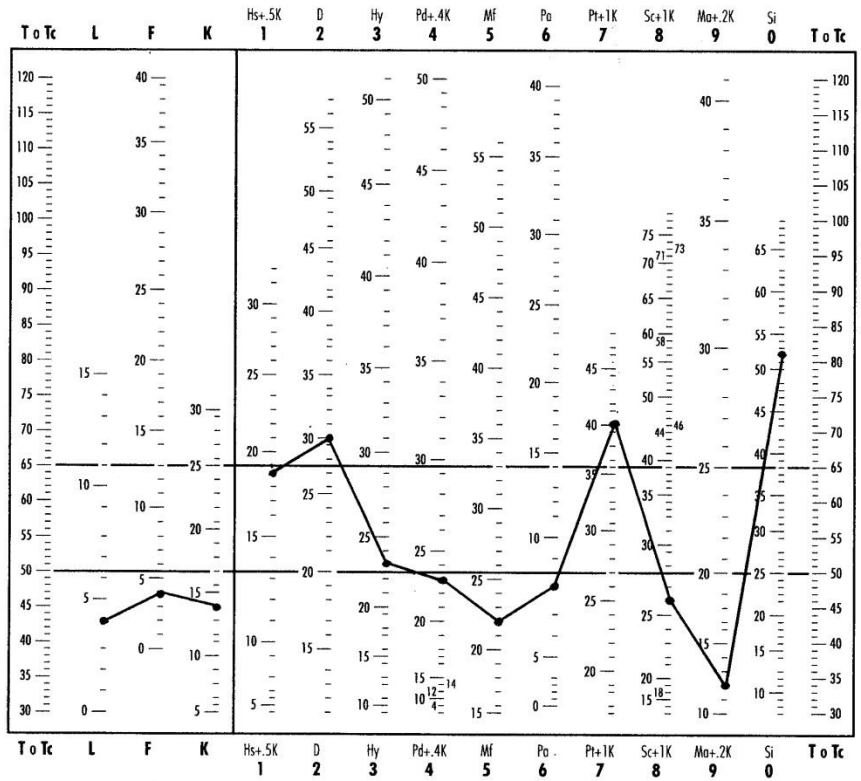
Translated and Adapted by Permission. Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved. Copyright of the Italian edition © 1995 by O.S. Organizzazioni Speciali - Firenze. "MMPI-2" and "Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2" are trademarks owned by The University of Minnesota.

Traduzione e adattamento su autorizzazione. Copyright © 1943 (rinnovato 1970), 1989 University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. Tutti i diritti riservati. Copyright per l'edizione italiana © 1995 O.S. Organizzazioni Speciali - Firenze.
Adattamento italiano di P. Pancheri e S. Sirigatti

Nome e Cognome _____
Indirizzo _____
Professione _____ Data della prova _____
Titolo di studio _____ Età _____ Stato civile _____
Esaminatore _____

Questo foglio è stampato in azzurro. Ogni altra versione è da considerarsi contraffatta.

MASCHI



Frazioni di K

K	.5	.4	.2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	1	1
2	1	1	0
1	1	0	0
0	0	0	0

	L	F	K	Hs+.5K 1	D 2	Hy 3	Pd+.4K 4	Mf 5	Pa 6	Pt+1K 7	Sc+1K 8	Ma+.2K 9	Si 0
Punteggio grezzo	4	4	14	12	30	23	17	22	8	26	12	9	52
K da aggiungere				7			6			14	14	3	
Punteggio grezzo con K				19			23			40	26	12	

Punteggio "Non so (?)" _____

ORGANIZZAZIONI SPECIALI

C.M. 91738-J

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)

Dalla somministrazione dell'intervista SCID-II non si evidenzia la presenza di Disturbi di Personalità, ma l'esistenza di alcuni tratti evitanti e depressivi, dovuti al senso di inadeguatezza, scarsa valutazione di sé e paura del giudizio critico, che gli comportano inibizione nelle situazioni interpersonali e tristezza.

01 Evitante	1	2	**3**	4	5	6	7		
02 Dipendente	**1**	2	3	4	5	6	7	8	
03 Ossessivo-Compulsivo	**1**	2	3	4	5	6	7	8	
04 Passivo-Aggressivo	1	2	3	4	5	6	7		
05 Depressivo	1	2	**3**	4	5	6	7		
06 Paranoide	1	2	3	4	5	6	7		
07 Schizotipico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
08 Schizoide	1	2	3	4	5	6	7		
09 Istrionico	1	2	3	4	5	6	7	8	
10 Narcisistico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11 Borderline	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12 Antisociale	1	2	3	4	5	6	7		
13 Non Altrimenti Specificato (NAS)	1								

Liebowitz Social Phobia Scale (LSPS)

Con la somministrazione della LSPS si sono ottenuti i seguenti livelli:

	paura/ansia	evitamento
Ansia di performance	**29**/39	**22**/39
Ansia sociale	**28**/33	**21**/33

I punteggi elevati sia nell'ansia di performance che nell'ansia sociale evidenziano le difficoltà che Andrea incontra non solo quando deve svolgere un compito dinanzi ad altre persone, es. al lavoro o nelle attività con il gruppo della chiesa che frequenta, ma altresì nelle varie situazioni sociali, anche quelle informali, come partecipare ad una festa dove non conosce molti presenti.

Il punteggio dell'evitamento messo in atto risulta meno elevato in ambedue le due

categorie, in quanto precisa che molte situazioni, come quelle che si presentano al lavoro, non può evitarle, adottando quindi strategie protettive per non far salire eccessivamente l'ansia.

State-Trait Anxiety Inventory - Y (STAI-Y)

I punteggi di ambedue le scale della STAY si collocano nel range medio-alto, confermando la presenza nel paziente di ambedue gli aspetti.

	nullo o molto basso da 20 a 30	medio-basso da 31 a 50	medio-alto da 51 a 70	altissimo da 71 a 80
Ansia di stato			**60**	
Ansia di tratto			**53**	

2.2.5 **Schede di auto-osservazione**

Durante i primi colloqui, mentre approfondivamo le caratteristiche del problema, ho stimolato e aiutato il paziente ad osservarsi e a scrivere cosa gli accadeva durante la situazione ansiogena ai diversi livelli cognitivo, fisiologico, comportamentale e emotivo, iniziando così a rendere il paziente consapevole delle relazioni tra loro e raccogliendo esempi utili alla concettualizzazione del caso.

Espongo, di seguito, due schede di auto-osservazione dei comportamenti e dei pensieri riguardo alcune situazioni ansiogene esemplificative.

Scheda 1. Auto-osservazione dei comportamenti e conseguenze emotive

Situazione	Cosa ho fatto	Cosa ho provato
Mentre guidavo ho sentito salire l'ansia.	Ho chiesto a Sara di guidare.	Mi sono calmato; ma poi mi sono sentito un debole.
Arrivato alla festa di un amico, ho visto tanta gente che non conoscevo.	Ho cercato i miei amici e mi sono subito avvicinato a loro.	Si è abbassata l'ansia iniziale e mi sono tranquillizzato.

Scheda 2. Auto-osservazione dei pensieri e conseguenze emotive

Situazione	Cosa ho pensato	Cosa ho provato
Sono arrivato puntuale alla Messa.	Ora l'organizzatore mi vede e mi chiede di leggere. Non ho scuse plausibili.	Agitazione, forte ansia, timore che si vedesse.
(stessa situazione di sopra)	Oggi ho la scusa che sono raffreddato.	Sono tranquillo.

2.3 Diagnosi finale secondo DSM-IV-TR

Sulla base di quanto emerso dall'intero processo di assessment effettuato con Andrea, ho formulato la diagnosi secondo il sistema multiassiale del DSM-IV-TR.

Asse I: ***Disturbi Clinici***

Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica

Fobia Sociale, tipo generalizzata

Asse II: ***Disturbi di Personalità***

Ritardo Mentale

Nessuna diagnosi

Asse III: ***Condizioni Mediche Generali***

Nessun problema di tipo medico

Asse IV: ***Problemi Psicosociali ed Ambientali***

Insoddisfazione lavorativa e minaccia di perdere il lavoro

Asse V: ***Valutazione Globale del Funzionamento***

55 (attuale)

2.4 Concettualizzazione del caso

2.4.1 **Descrizione del problema**

Il paziente Andrea presenta ansia elevata in diverse situazioni sociali e nello svolgimento di perfomance o semplici attività dinanzi altre persone. Tra i sintomi evidenzia tachicardia, tensione muscolare, sudorazione, agitazione, senso di oppressione, prima e durante l'evento ansiogeno, accompagnati da paura di sbagliare o bloccarsi e di essere giudicato dagli altri come impacciato, stupido o inadeguato.

Il problema si presenta frequentemente e con un'intensità elevata, tale da aver determinato in Andrea l'utilizzo, a seconda dei casi, di una serie di evitamenti, qualora abbia modo di sottrarsi alla situazione ansiogena, o di comportamenti protettivi, allorché sia costretto ad affrontarla.

Di conseguenza, in alcune aree della vita, come quella lavorativa e familiare, il paziente riesce ad avere un discreto livello di funzionamento, grazie alla "familiarità" delle situazioni e delle relazioni; mentre altre aree, come quella sociale e relazionale, esponendo continuamente alla possibilità di un giudizio, si sono ampiamente ristrette, causando uno scadimento del suo funzionamento sociale.

2.4.2. **Profilo interno del disturbo**

La sintomatologia presentata da Andrea è regolata da stati mentali di inadeguatezza, senso di inferiorità e incompetenza, bassa autostima.

Gli scopi, per lui irrinunciabili, che vede continuamente minacciati si riferiscono a:

- "l'immagine sociale", dare sempre una buona impressione di sé agli altri e non essere giudicato negativamente o criticato;
- "l'amore, l'affetto e la stima delle persone care", sentire che "conta" per le persone importanti della sua vita;
- "l'autostima", il desiderio di sentirsi sicuro di sé, competente e adeguato.

Vediamo ora, nello specifico, i contenuti dei diversi livelli di pensiero.

PENSIERI AUTOMATICI NEGATIVI	
Ansia sociale	***Ansia da performance***
– "non ce la farò mai a …." – "prendendo il caffè mi tremeranno le mani" – "gli altri si accorgeranno subito che sono imbarazzato" – "alla festa non saprò cosa dire…., certamente dirò cose banali…." – "penseranno di me che sono stupido… una persona per niente interessante!" – "gli altri preferiranno la compagnia di persone più simpatiche" – "non do serenità a mia moglie" – "mia moglie si stancherà di me…"	– "non riuscirò a spiegare ai colleghi il lavoro da fare" – "il capo mi chiamerà per lamentarsi di me…" – "non riuscirò a risolvere il problema nella rete" – "i colleghi penseranno che sono un incapace" – "mi confonderò e balbetterò mentre spiego ai nuovi del gruppo (in chiesa) – "leggendo (durante la messa) mi tremerà la voce e diventerò tutto rosso" – "non riuscirò a parcheggiare bene alla prima manovra" – "sbaglierò a parcheggiare e mi manderanno al diavolo!"

CONVINZIONI E ASSUNZIONI	
Situazioni sociali	***Situazioni di performance***
– "devo dare sempre una buona impressione di me" – "se non parlo in modo fluente, gli altri penseranno che sono imbranato" – "devo essere brillante e sciolto con i miei amici, altrimenti penseranno che sono noioso" – "se sarò noioso, gli amici mi allontaneranno" – "se non riesco a dire niente, gli altri mi giudicheranno stupido"	– "devo mostrarmi sempre competente e informato" – "se non riesco a risolvere tutti i problemi della rete, il capo penserà che sono incompetente" – "devo fare tutto bene per essere apprezzato dai colleghi" – "se mi faccio vedere ansioso, non mi ascolteranno alla riunione in chiesa"

SCHEMI DI BASE	
Schema del Sé	***Schema dell'Altro***
– sono inadeguato – sono incompetente, incapace – sono noioso, banale – non sono attraente, brillante, interessante – sono debole, non sono "tosto" – sono insicuro	– l'altro è competente, capace – l'altro è simpatico, divertente, interessante – l'altro è importante, superiore – l'altro è sicuro di sé – l'altro è giudicante, critico – l'altro è rifiutante

DISTORSIONI COGNITIVE	
Lettura del pensiero	"lei pensa che io sia banale, non divertente"
Catastrofizzazione	"durante la lettura in chiesa mi bloccherò, diventerò rosso e tutti i presenti rideranno di me"
Personalizzazione	"il mio amico oggi non è uscito con me, sicuramente perché sono noioso"
Svalutazione	"oggi i miei amici si sono divertiti con me e mi hanno dimostrato affetto, ma è solo perché mi conosco da tanto" "sono riuscito a risolvere il problema nella rete e spiegarlo ai colleghi, ma non era difficilissimo"
Astrazione selettiva	"anche se i colleghi mi hanno fatto i complimenti alla fine della riunione, io ho fatto delle pause durante il discorso…ho sentito salire l'ansia…."
Doverizzazioni	"devo avere sempre qualcosa da dire" "non devo mai fare errori"

2.4.3 **Scompenso e fattore precipitante**

Il problema ha avuto origine e si è strutturato in un periodo di difficoltà lavorative che ha inciso negativamente sull'autostima e sul senso di autoefficacia del paziente e ha mandato in crisi il suo funzionamento psicologico. Il fattore precipitante è stata la mancata assunzione nell'azienda multinazionale dopo aver terminato il C.F.L., vissuta in modo tragico dal paziente come un mancato riconoscimento personale (nonostante fosse dovuta a problematiche dell'azienda) e come la perdita di certezze

e di un futuro importante a livello professionale; a seguire, un impiego non gratificante, anzi svilente, e il successivo periodo di prova nella nuova azienda, vissuto soggettivamente come un esame continuo e con la paura di rivivere un rifiuto a livello professionale.

2.4.4. **Fattori predisponenti e vulnerabilità**

Alla base della personalità di Andrea c'è un temperamento sensibile, timido, introspettivo, osservatore, riflessivo e attento agli altri. A questi tratti di base si sono poi aggiunte caratteristiche dovute ai modelli intrafamiliare ed extra, come l'essere educato e ubbidiente, rispettoso delle regole sociali e degli altri, soprattutto dell'autorità. Aspetti che hanno influito sugli schemi di base costruiti e sul funzionamento psicologico.

Tra le esperienze di vita vissute, il modello di attaccamento e i relativi stati d'animo provati si evidenziano alcuni elementi che hanno determinato una vulnerabilità di Andrea nell'affrontare le diverse situazioni sociali e nel gestire la percezione del giudizio degli altri, fungendo, dunque, da fattori predisponenti allo sviluppo di una Fobia Sociale.

Seguendo la cronologia della vita del paziente rileviamo:

- Le continue critiche da parte del padre, una figura importante, amata e da cui voler essere amato; l'essere ripreso da questi davanti ad altre persone, soprattutto familiari e l'essere confrontato sempre con un modello "ideale" di comportamento. Gli stati d'animo conseguenti erano di vergogna, sensi di colpa per non essere un figlio capace, paura di perdere l'amore dei genitori e dei parenti perché non all'altezza.
- L'essere preso in giro dai compagni di scuola alle elementari, sentirsi ferito dagli attacchi e incapace di reagire e contrattaccare allo stesso modo.
- La fase di separazione tra i genitori e la percezione di rottura nel nucleo familiare, con relativi vissuti di tristezza, senso di abbandono e perdita della figura paterna.
- L'esperienza di scherno e rifiuto vissuta all'inizio degli anni passati in USA, sentirsi ed essere visto come il "diverso" dal gruppo dei coetanei perché straniero, emigrato e incapace di capire la lingua, con conseguente senso di inadeguatezza e profonda insicurezza nelle proprie capacità relazionali.

2.4.5. **Fattori di mantenimento e aggravamento**

Dopo l'esordio del problema, in parte consapevolmente in parte in modo inconsapevole, Andrea ha messo in atto una serie di risposte comportamentali disfunzionali che hanno portato ad un cambiamento nello stile di vita. Queste, insieme ad alcuni processi mentali anch'essi disfunzionali, hanno portato allo strutturarsi del disturbo vero e proprio e al suo mantenimento.

FATTORI DI MANTENIMENTO

Comportamenti di evitamento	Comportamenti protettivi
– Far guidare la moglie ai primi sintomi di ansia – Non mettere lo zucchero nel caffè se è in compagnia per timore di versarlo – Non andare ad una festa se non conosce nessuno – Non mettersi al centro dell'attenzione durante una conversazione in gruppo – Arrivare tardi alla Messa per non essere scelto per la lettura – Nel gruppo della chiesa non prendersi incarichi da "guida" per i nuovi arrivati – Non guardare le persone negli occhi – Evitare le strade trafficate – Evitare la S.S. Pontina perché senza corsia d'emergenza o piazzole di sosta – Non discutere o controbattere se in disaccordo con il capo o se non gli danno le ferie	– Portare la moglie con sé se deve viaggiare con amici o familiari – All'arrivo ad una festa dirigersi subito verso chi conosce già bene – In un gruppo rivolgersi a chi già conosce – Se presente dall'inizio della Messa, trovare scuse, tipo il raffreddore, per non leggere – Prepararsi bene prima un lavoro da fare – Ripetersi mentalmente prima le spiegazioni da fare ai colleghi – Fare strade già note, tenersi sul lato della carreggiata – Parcheggiare dove c'è molto spazio per non far aspettare la fila – Portarsi l'acqua e non fumare se deve guidare verso posti che non conosce

Processi cognitivi
– Errore metacognitivo, percepire l'ansia come un pericolo in sé – Attenzione e memoria selettiva – Percezione della minaccia allo scopo della "buona immagine sociale" – Irrinunciabilità dello scopo – Autovalutazione negativa – Inferenza del giudizio altrui a partire dalla percezione soggettiva di sé – Abbassamento dell'autostima – Diminuzione del senso di autoefficacia – Elaborazione dello Schema del Sé come "inadeguato e incompetente" – Elaborazione dello Schema dell'Altro come "competente e giudicante"

All'inizio, quando ha sofferto dei mal di testa ed era sotto pressione per il periodo di prova nella nuova azienda, c'è stata una forte chiusura emotiva e un ritiro dalle relazioni sociali allargate, mantenendo solo i rapporti con le persone più care, la moglie, la famiglia e qualche amico stretto. Successivamente, scomparsi i mal di testa e stabilizzatasi la posizione lavorativa, ha ripreso gradualmente la vita sociale, ma sono comunque rimasti molti comportamenti protettivi e di evitamento in diverse aree della sua vita, es. al lavoro, nell'attività che svolge nella sua parrocchia, nelle situazioni di svago e nelle relazioni interpersonali, nei viaggi, ecc.

Nell'ultimo periodo c'è stato un aggravamento del disturbo in seguito all'episodio di malessere mentre guidava, accaduto questa estate (raccontato nel primo colloquio).

L'errata interpretazione dei sintomi di stanchezza e postumi del bere come un attacco d'ansia, il timore di fare una brutta figura davanti agli amici se avesse vomitato o fosse svenuto, più la percezione del pericolo di vita per tutti se avesse fatto un incidente, hanno causato in Andrea un'escalation dell'ansia e il suo sentirsi debole.

Questo episodio ha rappresentato un nuovo fattore scatenante, dando inizio ad un aggravamento della FS. Infatti, rispetto agli anni precedenti, sono aumentate sia le situazioni ansiogene sia la frequenza e l'intensità degli episodi d'ansia, amplificando la necessità degli evitamenti e comportamenti protettivi, con le note conseguenze sulla percezione di sé.

2.4.6 **Risorse e caratteristiche personali**

Tra le risorse interne, il paziente dimostra di possedere una buona resilienza, come risulta dall'analisi delle reazioni di fronteggiamento avute rispetto alle diverse fasi o eventi critici. Anche se ne ha risentito molto sul piano emotivo, Andrea ha saputo comunque trovare un "adattamento" e ha superato molte difficoltà: sia a livello pratico, come l'inserimento nella realtà di vita completamente diversa in USA, la perdita di un lavoro considerato sicuro e la ricerca di uno nuovo; sia a livello affettivo e relazionale, come essere criticato dal padre, essere oggetto di scherno alle elementari, prima, e durante il liceo all'estero, poi.

Tutti eventi che, sommati, avrebbero potuto determinare un crollo psicologico grave o alternative di vita disfunzionali; invece, nonostante il disagio emotivo e lo sviluppo di un disturbo d'ansia sociale, il paziente è riuscito comunque a costruirsi alcuni spazi di vita soddisfacenti, a inserirsi in diverse realtà lavorative, a fare delle scelte in autonomia e, soprattutto, a creare e mantenere delle relazioni appaganti.

Tra le strategie di coping funzionali si individua la capacità di sapersi creare spazi e tempi per rilassarsi e quindi compensare lo stress che accumula nel vivere le varie situazioni ansiogene. Questo gli consente di abbassare i livelli di irritabilità e frustrazione che ne conseguono ed evitare le "esplosioni", salvaguardando così le relazioni significative.

Infine, le sue buone capacità introspettive e d'insight, il sapersi impegnare e la fiducia nella possibilità di un cambiamento gli hanno permesso di fare il percorso terapeutico con consapevolezza e attenzione e di acquisire un orientamento positivo verso la soluzione dei suoi problemi emotivi e relazionali.

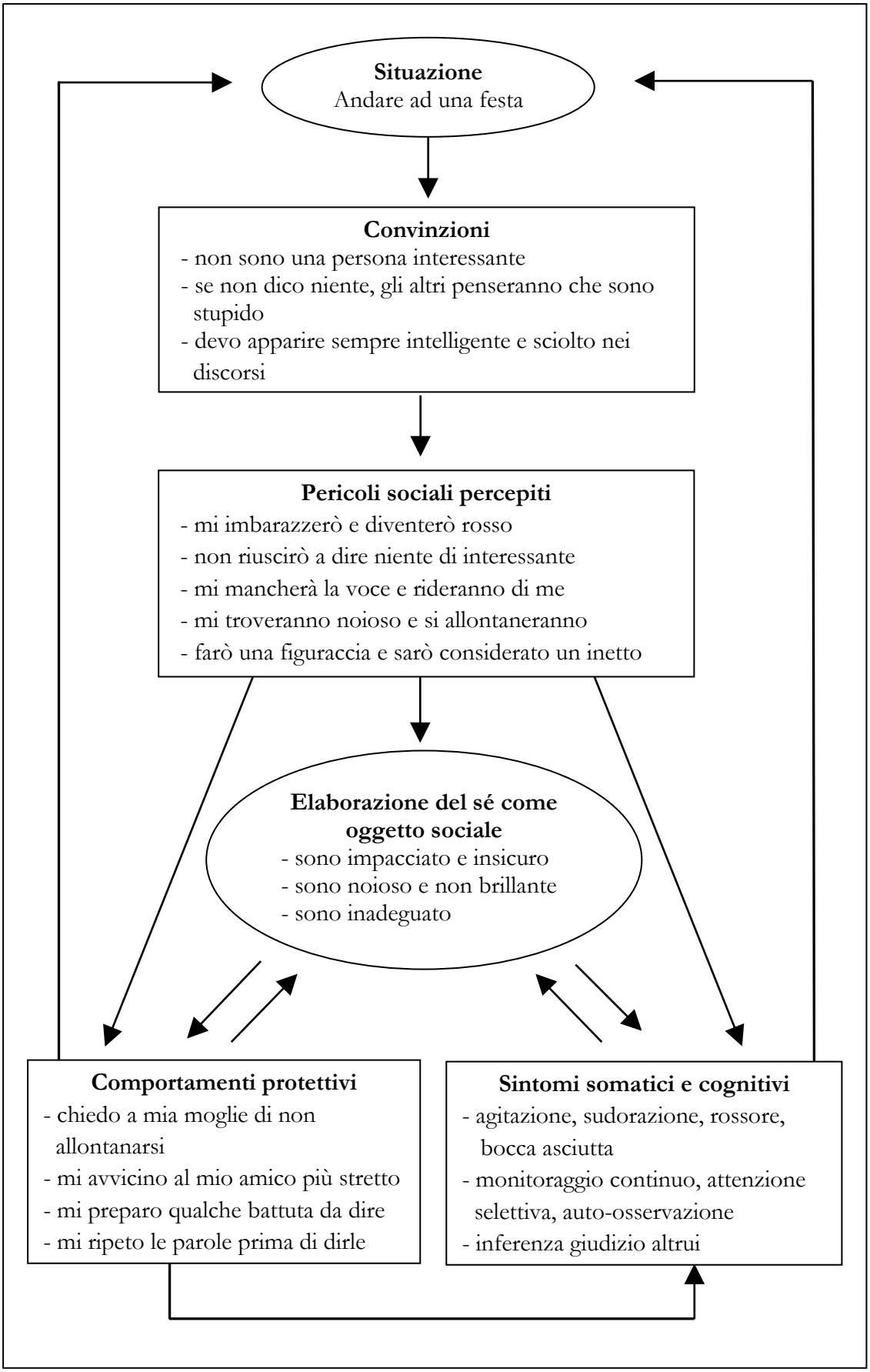
Tra le risorse esterne si evidenzia innanzitutto la relazione sentimentale, sana e soddisfacente, che consente al paziente la possibilità di aprirsi e di sentirsi compreso; poi la famiglia d'origine, luogo di affetti e di supporto; infine, il gruppo di amici stretti con cui divertirsi e confrontarsi.

2.4.7 **Schemi riassuntivi della concettualizzazione del caso**

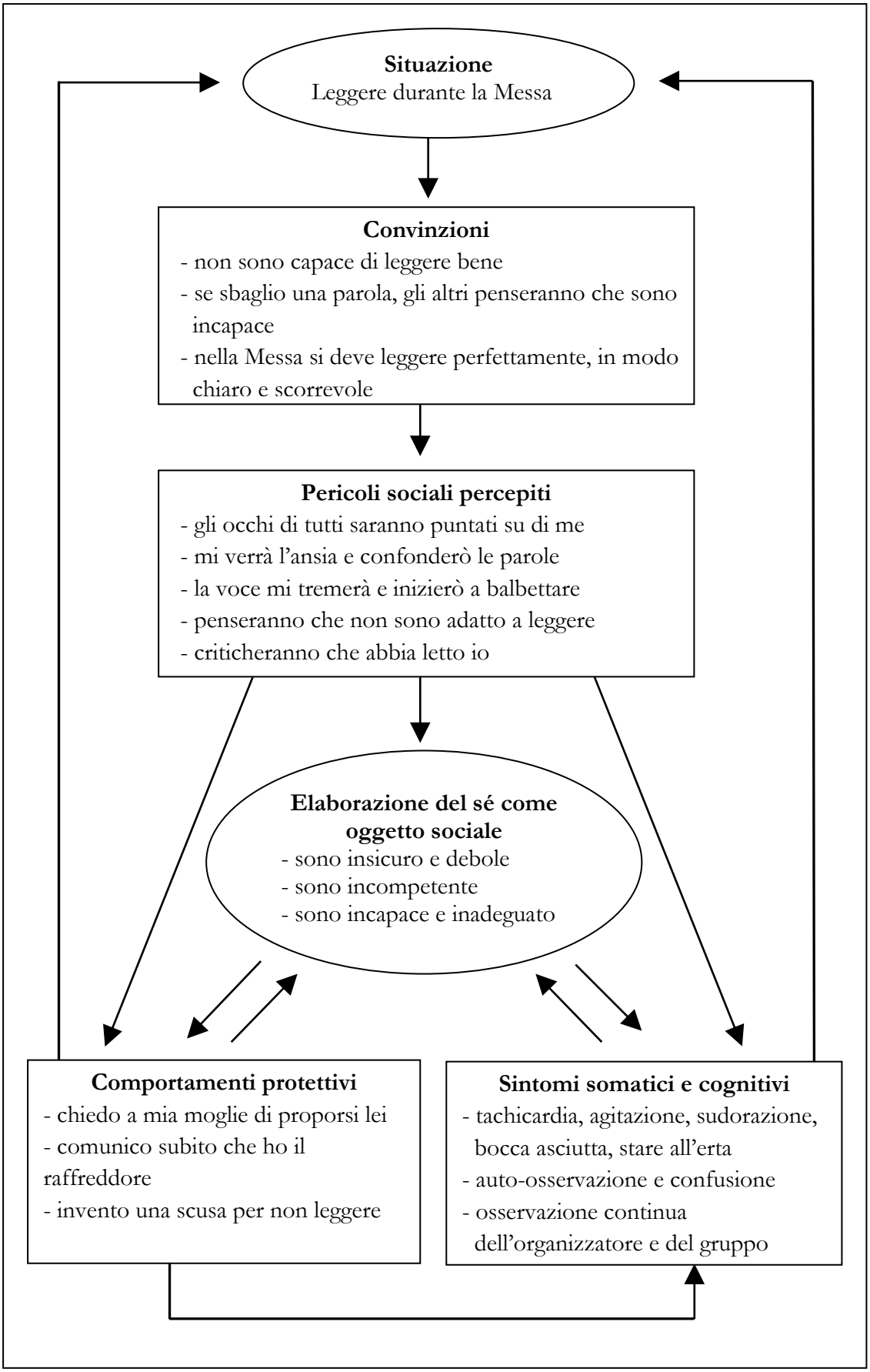
Completata la concettualizzazione del caso, ho schematizzato il funzionamento psicologico del paziente utilizzando il modello di Clark e Wells, descritto nella parte teorica (par. 1.5.1).

Come situazioni esemplificative ho considerato, primo, una tipica condizione sociale ansiogena per Andrea come partecipare ad una festa dove non si conoscono tutti i presenti (Schema 2.1) e, secondo, la perfomance della lettura in chiesa durante la Messa (Schema 2.2). Ambedue gli schemi li ho utilizzati durante la successiva restituzione al paziente, come una mappa per aiutare a comprendere la sequenza di eventi psicologici che si innesca nella FS, compresi i circuiti di feedback.

Schema 2.1 Concettualizzazione del caso di Andrea: esempio di una situazione sociale



Schema 2.2 Concettualizzazione del caso di Andrea: esempio di una performance



2.5 Contratto terapeutico

Terminata la fase di assessment, ho dedicato una seduta alla restituzione al paziente della diagnosi e di quanto emerso dall'intero processo di valutazione, per poi passare alla pianificazione condivisa di un trattamento e stabilire quindi un contratto terapeutico.

Innanzitutto, ho illustrato a Andrea la concettualizzazione del suo caso: riassumendo i fattori di rischio e vulnerabilità, il fattore scatenante e di aggravamento, i fattori di mantenimento e le risorse personali, ho descritto la genesi, l'evoluzione e il funzionamento del suo disturbo, con le relative conseguenze sul suo assetto psicologico. Utilizzando come cornice concettuale il modello cognitivo, ho spiegato al paziente le relazioni tra il suo stile cognitivo, le sue modalità comportamentali e i suoi stati d'animo e come tutto ciò gli provochi malessere.

Accertandomi che questa prima spiegazione generale fosse stata chiara ed esaustiva, ho condiviso empaticamente il suo stato d'animo e ho rassicurato il paziente precisando che ogni aspetto lo avremmo comunque analizzato nello specifico nel corso della terapia.

Da ciò sono passata alla costruzione condivisa di un progetto terapeutico, stimolando il paziente ad esplicitare gli obiettivi che desiderava raggiungere e suggerendo altri aspetti utili da affrontare. Ho definito poi il percorso terapeutico da svolgere al fine di ridurre gradualmente il disturbo presentato e migliorare la qualità della vita, suddividendo gli obiettivi da raggiungere in fasi progressive:

- **<u>Obiettivi a breve termine</u>**
  - conoscenza vantaggi/svantaggi dell'ansia, degli evitamenti e dei comportamenti protettivi
  - conoscenza del modello cognitivo della FS
  - consapevolezza del proprio stile cognitivo e comportamentale disfunzionale
  - consapevolezza schemi Sé/Altro e di come si sono strutturati

↓

Fine: "normalizzazione" dell'ansia e comprensione del proprio disturbo

- **<u>Obiettivi a medio termine</u>**
  - ristrutturazione cognitiva dei pensieri disfunzionali (livello cognitivo)
  - esposizione e eliminazione dei comportamenti protettivi (livello comportamentale)
  - apprendimento delle tecniche di rilassamento (livello fisico)
  - miglioramento delle capacità di decentramento

  ↓

  Fine: padroneggiamento delle situazioni ansiogene e acquisizione di uno stile cognitivo funzionale

- **<u>Obiettivi a lungo termine</u>**
  - apprendimento di abilità di coping e abilità assertive
  - miglioramento dell'autostima e del senso di autoefficacia
  - capacità di prevenire o gestire eventuali ricadute

  ↓

  Fine: costruzione di una valutazione positiva di sé

Per la definizione del contratto terapeutico ho, inoltre, chiarito i compiti del terapeuta e del paziente, il suo ruolo attivo e la collaborazione reciproca; gli aspetti e le regole del setting terapeutico, come la frequenza e la durata delle sedute, la gestione dei ritardi o dei rinvii degli appuntamenti; un'ipotesi sulla durata della terapia, sulle modalità di conclusione e i follow-up.

2.6 Trattamento

Seguendo il piano terapeutico deciso e tenendo presente le aree d'intervento nella FS (si veda il par. 1.9), ho condotto la terapia con Andrea dedicando una prima fase alla psicoeducazione; a seguire, una fase centrale molto ampia e variegata, rivolta alla ristrutturazione cognitiva, all'esposizione e all'apprendimento delle tecniche di rilassamento, per poi procedere con una fase focalizzata sull'acquisizione di abilità assertive e sul miglioramento dell'autostima. Infine, le ultime sedute sono state dedicate al riepilogo del lavoro svolto, al rinforzo dei progressi fatti e alla prevenzione delle ricadute.

2.6.1 **Fase 1. Psicoeducazione**

Ho dato avvio alla terapia illustrando al paziente, ora nel dettaglio, il **modello cognitivo**: i diversi livelli cognitivo, comportamentale, emotivo e fisiologico, le influenze reciproche tra questi, il ruolo determinante del primo sugli altri, le interrelazioni tra queste dimensioni soggettive e l'ambiente esterno. Ho spiegato cosa fossero i PAN, le credenze e le distorsioni cognitive, evidenziando quelle tipiche nella FS. Ho chiarito il concetto di **schema**, soprattutto come ognuno di noi elabora una personale visione della realtà, costruendo quindi uno schema di sé, dell'altro, della vita in generale ed anche uno su come pensa di essere visto dall'altro, schema che non corrisponde alla reale visione che l'altro può avere di noi.

Sottolineando come questi concetti gli sarebbero poi serviti da base per la comprensione del funzionamento del suo disturbo, ho reso la spiegazione più pratica e realistica per lui iniziando a compilare insieme degli ABC con gli esempi delle situazioni ansiogene raccontate nei primi colloqui, ampliando così l'esercizio fatto con le schede di auto-osservazione (par. 2.2.5).

Successivamente, ho spiegato la **natura dell'ansia**, emozione universale e, come tutte le emozioni, avente una funzione di segnale, in questo caso segnale di una minaccia percepita; gli scopi che motivano l'individuo e, in particolare, lo **scopo della "buona immagine"**, che il fobico sociale vede costantemente minacciato; la messa in atto di **comportamenti protettivi** e **di evitamento**, considerati erroneamente vantaggiosi, e il loro ruolo nel mantenimento del problema a lungo

termine.

Infine, ho terminato la fase psicoeducativa riprendendo gli schemi della concettualizzazione del caso (Schemi 2.1 e 2.2) per rivederli insieme alla luce dei nuovi concetti appresi e quindi comprendere meglio **come si struttura e funziona la FS**.

Ogni concetto l'ho spiegato ancorandomi ad esempi pratici, presi dai racconti di Andrea, compilando schede o facendo schemi di pari passo con la spiegazione oppure fornendogli brevi dispense da rivedere poi a casa. Inoltre gli ho indicato alcuni testi di facile lettura sull'ansia sociale (Appendice I).

Andrea, sin dall'inizio, si è mostrato interessato a queste spiegazioni per lui nuove, desideroso di capire le cause del suo disagio; ma, soprattutto, confrontare le sue sensazioni e i suoi vissuti con un'esposizione logica e scientifica fatta da una professionista lo hanno fatto sentire "meno strano e diverso" e ha "iniziato a vedere la possibilità di una soluzione".

2.6.2 **Fase 2. Ristrutturazione cognitiva, esposizione e rilassamento**

In questa fase inizialmente ho trattato, con varie tecniche di ristrutturazione cognitiva, i punti nodali nello stile cognitivo del paziente. Gradualmente ho inserito degli esercizi espositivi, per eliminare i comportamenti protettivi e imparare ad affrontare sia le situazioni sociali sia una performance. Parallelamente, alternando alcune sedute, ho iniziato l'addestramento al rilassamento, esperienza completamente nuova per Andrea, per un uso combinato con le esposizioni. In particolare, è stato utilizzato per strutturare una desensibilizzazione sistematica su una difficoltà circoscritta a cui desiderava far fronte.

Nel corso di questa fase sono stati anche affrontati, mediante il problem solving, alcuni aspetti pratici emersi nella vita quotidiana non inerenti la FS, come occasione per apprendere nuove abilità di coping e migliorare quindi il senso di autoefficacia.

A) ***L'autovalutazione negativa***

Attraverso un dialogo socratico, riepilogando i PAN che si attivano in lui quando affronta le diverse situazioni temute e risalendo alle convinzioni disfunzionali sottostanti, abbiamo ricostruito la percezione negativa che egli aveva di sé come

soggetto sociale, in modo tale da iniziare a definire lo Schema di Sé. Si è analizzato come questa autovalutazione fosse legata a una "sovrastima" del pericolo in una situazione sociale e ad una "sottostima" della propria capacità di fronteggiarlo, stime ambedue risultanti dalla sua percezione soggettiva, non corrispondente alla realtà.
A questo punto, ho stimolato il paziente dapprima a trovare delle "prove a favore" dell'esistenza del pericolo percepito e della sua incapacità a fronteggiarlo e poi, le "prove contro" le sue convinzioni, differenziando quelle interne e quelle esterne.
L'intero processo è durato alcune sedute ed è servito per iniziare a "scalfire" lo Schema di Sé svalutante. Da notare, le prime volte Andrea considerava solo prove a favore, anche perché spesso la sua ansia realmente alterava la performance, quindi ho lavorato sugli effetti dell'ansia. Quando, in un momento successivo della terapia, l'esercizio è stato ripetuto su nuovi eventi, le prove contro sono state più significative e diversificate, assumendo un importante ruolo di feedback positivi (si veda anche la "Raccolta di dati positivi" più avanti).

T. *Consideriamo l'evento che mi hai raccontato l'altra volta, quando il tuo amico ha portato due amici nuovi nel gruppo…. Puoi raccontarmi come ti sei sentito e cosa hai provato?*
P. *Agitato!! Imbarazzato, mi è salita l'ansia e mi sono sentito a disagio….*
T. *Quali pensieri hai avuto in quel momento?*
P. *Che non li conoscevo e non sapevo che venissero altre due persone, doveva essere una serata tranquilla tra noi amici…*
T. *Prova a ricordare quali pensieri ti sono venuti in mente per il fatto di trovarti dinanzi due persone che non conoscevi.*
P. *Ora che mi presento, loro mi guarderanno… Potrò confondermi con le parole o balbettare, sicuramente diventerò rosso e se ne accorgeranno… chissà se farò un movimento maldestro e allora l'attenzione sarà su di me, chissà che penseranno di me… Dopo, tutti loro inizieranno a parlare, a scherzare e io magari non avrò niente da dire… non riuscirò ad essere divertente…e penseranno che non sono interessante.*
T. *Quindi i tuoi pensieri erano riferiti al timore di fare una brutta figura?*
P. *Sì, posso fare una figuraccia…*
T. *Cosa significherebbe per te fare una figuraccia…. cosa comporterebbe?*
P. *Che sono insicuro… che non sono capace di essere una persona sciolta come gli altri, non sono*

capace di comportarmi in modo "normale" quando sono con le altre persone.

T. *Cosa intendi per "modo normale", puoi provare a spiegarmelo meglio?*

P. *Bisognerebbe essere sciolti, divertenti, sapere cosa dire, avere la battuta pronta. Oppure essere intelligenti e competenti sugli argomenti che si affrontano, cioè significa "essere all'altezza" nelle varie situazioni. Invece io non sono così…sono impacciato e penso di non essere interessante.*

T. *Provi come un senso di inadeguatezza?*

P. *Sì, esattamente, mi sento inadeguato…*

……..

T. *Riprendiamo il punto definito l'altra volta sulla percezione che hai di te stesso, che possiamo iniziare a chiamare lo "Schema di Sé", ossia la visione che tu hai del tuo modo di essere, una visione che sappiamo non essere corrispondente alla realtà o alla visione che gli altri possano avere di te…, ricordi il concetto di schemi della realtà, vuoi provare a riepilogarlo?*

P. *Sì. Ho capito che ognuno di noi ha una visione di sé, una visione della vita e una visione dell'altro… e poi ha una visione di come pensa che l'altro lo veda…….che non è quella che l'altro veramente ha di noi…*

T. *Esattamente. Proviamo ora a capire alcune variabili che possono influenzare questo senso di inadeguatezza che provi in diversi contesi sociali.*

Quando ti trovi in mezzo alle persone quanto ritieni possa essere il pericolo, che tu percepisci, che le cose vadano male?

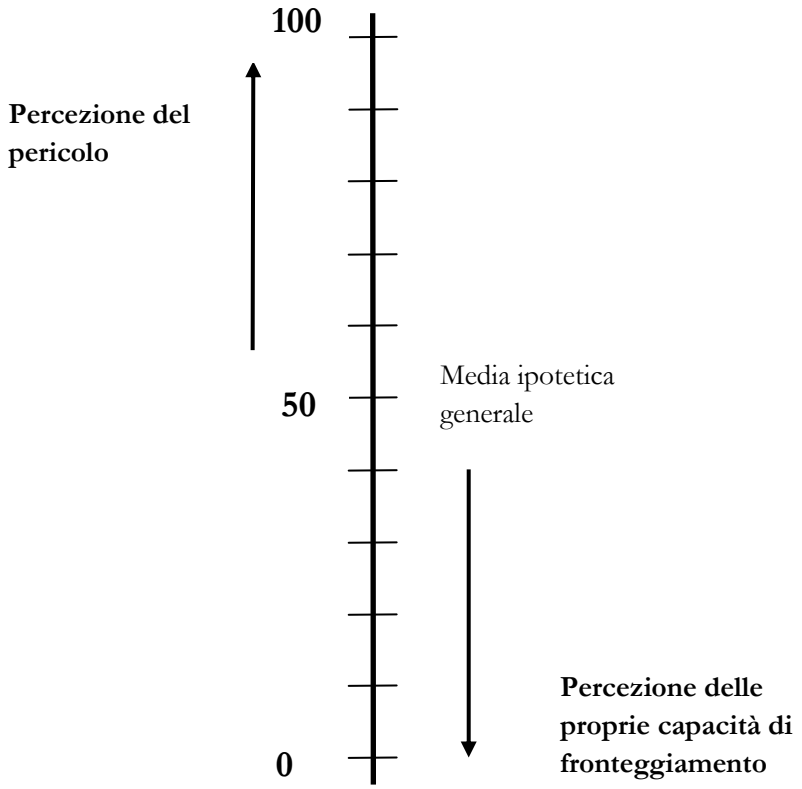
P. *Beh, direi tanto…*

T. *Considerando una scala da 0 a 100,* (abbozzo un grafico) *prova a dare una percentuale alla percezione del pericolo?*

P. *Se sono in mezzo alla gente, se ci sono persone che non conosco… è anche 100!! Qualche volta può essere 80.. 90… dipende se c'è qualcuno che conosco…*

T. *Bene, ora prova a immaginare invece quanto percepisci in quei momenti di essere capace di affrontare la situazione in modo efficace.*

P. *In quei momenti veramente poco, direi zero o quasi!!*



T. (definendo il disegno) *Ecco cosa succede quando affronti una situazione per te ansiogena: da un lato la percezione del pericolo è elevatissima, il desiderio o la convinzione di "dover fare bella figura", ossia lo "scopo della buona immagine" lo vedi minacciato al massimo; dall'altro la percezione delle tue "capacità di fronteggiamento" è bassissima, se non nulla. Si crea, dunque, un gap molto elevato tra due stime che sono assolutamente soggettive, sono "percezioni" tue della realtà e lavoreremo con diversi esercizi su queste per ridefinire il loro valore, ad es. raccogliendo delle "prove" a favore e contro. Proveremo anche a chiarire quali sono le conseguenze peggiori che potrebbero accadere e quali condizioni invece si sono verificate.*

P. *Sì, infatti, io penso sempre che succeda il peggio, ma poi effettivamente sarebbe "il peggio"? e comunque non è che succede veramente chissà che….ma io prima penso sempre al peggio!*

……...

T. *Proviamo ora ad elencare su un foglio quali prove potrebbero esserci che confermano la veridicità delle tue percezioni e poi individuiamo le prove contro, cioè che non confermano ciò che tu pensi fortemente.*

P. *Ok, provo a pensarci, le prime le conosco bene, non so bene quali potrebbero essere le seconde….*

Situazione: serata tra amici con due persone nuove	
Prove a favore	***Prove contro***
– mi sento diventare rosso – mi sale l'ansia – sento la bocca asciutta – mi blocco, sia non riesco a parlare sia divento rigido nei movimenti – non riesco a parlare perché non so cosa dire, è come se avessi la testa vuota – sto muto per gran parte del tempo – mi succede sempre così con le persone nuove, quindi è vero che sono incapace – non sono soddisfatto di me – gli altri non fanno così	– i due che non conoscevo non si sono allontanati da me – non mi hanno riso o sbadigliato in faccia (ma questo forse perché sono educati…) – i miei amici continuano a frequentarmi (ma con loro ci conosciamo da tempo e poi con loro sono più a mio agio)

T. *Ora Andrea puoi notare come molte delle prove che porti a favore della tua incapacità di fronteggiare gli eventi non sono altro che le conseguenze provocate dell'ansia, non effettivamente dei dati che confermano che tu non possa essere capace di comportarti come vorresti in una situazione sociale. L'ansia, come ti spiegavo alcune sedute fa, altera molto i nostri stati mentale, emotivo, fisiologico e questo, a sua volta, ha conseguenze sul nostro modo di comportarci. Ad esempio, se non sai cosa dire e ti sembra di avere la testa vuota non è perché sei poco intelligente o incapace di riflettere su un argomento, ma è l'ansia, dovuta alla paura di essere giudicato, che ti fa andare nel pallone e blocca i tuoi pensieri. Infatti, altre situazioni nella tua vita, ad esempio al lavoro, con i tuoi familiari, dimostrano che sei in grado di tenere una conversazione, che hai le capacità di ragionare, scherzare, dire cose intelligenti, ecc… non sono deficitarie, ma è l'ansia che blocca queste capacità…. Lavoreremo molto sulla gestione dell'ansia, ma anche sul circolo vizioso innescato dalla percezione che hai di te stesso.*

P. *Ok, mi è chiara la differenza.*

B) ***Paura del giudizio altrui***

Si è affrontato il timore di essere giudicato dagli altri, sempre e negativamente, compilando dapprima, come base di partenza, alcune schede ABC su una situazione

particolarmente ansiogena per il paziente, ossia andare ad una festa. Nello specifico, ha differenziato la festa dove conosce solo poche persone, quella dove conosce un 50% dei presenti e quella dove conosce quasi tutti, tipo il 90% (Allegati 8, 9, 10).
Si è approfondita l'analisi, poi, con l'utilizzo di una RPD specifica per questo aspetto (Allegato 11), distinguendo in due colonne i PAN relativi al giudizio su di sé e quelli relativi ai giudizi emessi dall'altro. Si è potuto in questo modo esaminare quali distorsioni cognitive metteva in atto, come la "lettura del pensiero" e la "catastrofizzazione", e provare a formulare delle ipotesi alternative ai suoi pensieri catastrofici e assolutistici inerenti i giudizi degli altri sulla sua persona, registrando anche il cambiamento nello stato emotivo. Infine, per valutare la credibilità delle spiegazioni ipotizzate ho chiesto a Andrea di raccogliere quei dati positivi che potevano avvalorare queste e disconfermare, invece, le sue credenze originarie.

RACCOLTA DATI POSITIVI
Con le persone a me vicine:
– I miei amici mi dimostrano piacere nel vedermi
– I miei amici mi chiamano, mi invitano, mi propongono di fare qualcosa
– Quando propongo io qualcosa loro accettano
– Mia moglie non mi ha mai criticato per il mio modo di discorrere
– Spesso mi capita di scherzare e divertire mia moglie e i miei amici
– Attualmente non sono mai stato allontanato, escluso o deriso
– Mia sorella mi ha presentato ai suoi amici, quindi non si vergogna di me
– Al lavoro ho ottimi rapporti con i colleghi
– Con i miei zii e cugini spesso sono divertente
– Sono molte le persone che mi vogliono bene, che mi rispettano e si fidano di me
In generale:
– Attualmente, mai nessuno ha riso di me, mi ha preso in giro, tranne quando scherzavamo tra amici e non mi capita di essere oggetto di scherno
– Non mi capita di essere criticato aspramente, di essere definito da qualcuno un incapace o incompetente
– Anche alle feste, effettivamente non mi è mai capitato di essere "isolato"
– Qualche volta alle feste o a qualche evento, sono riuscito a conoscere qualcuno nuovo perché si è parlato di interessi comuni
– Anche se insieme a Sara, sono riuscito a farmi nuovi amici a R. (paese dove ha una casa)
– Un collega di un altro centro, che vedo raramente, mi ha proposto di vederci per una pizza
– Se incontro uno dei miei capi alla macchinetta del caffè resta a parlare, non va via

Spinto da questi esercizi e dal mio supporto, il paziente ha iniziato a considerare tutti i comportamenti degli altri e quegli aspetti reali che dimostrano l'esistenza di buone relazioni sociali, dell'accettazione altrui, della stima e rispetto ricevuti, della sua capacità di divertire e divertirsi. Come in un "gioco figura-sfondo", il focus della sua attenzione selettiva è stato spostato dagli aspetti negativi percepiti soggettivamente in primo piano e "allargato" a quegli elementi positivi che lasciava sullo sfondo, non considerandoli.

C) ***Deficit di decentramento cognitivo***

Strettamente collegato al punto precedente è stato il lavoro sul deficit di decentramento cognitivo. Basandomi sul concetto delle visioni della realtà differenti per ogni individuo e sfruttando le ipotesi alternative formulate con la RPD, ho allenato Andrea a "spostarsi" dalla sua prospettiva e dall'osservazione centrata su di sé e ad inferire la visione dell'altro non a partire da queste ma da elementi diversi, come il comportamento dell'interlocutore, il proseguimento della relazione, gli aspetti della vita dell'altro oppure i successi ottenuti, i compiti portati a termine efficacemente, la stima e il rispetto ricevuti. Particolarmente utile è stato l'esercizio del "disegno dello spazio mentale", prendendo come riferimento l'occasione in cui gli capita di dover parlare con una persona che non conosce, soprattutto quando è una ragazza.

T. *Con l'esercizio della RPD abbiamo analizzato bene la tua sensazione di essere al centro dell'attenzione altrui e quindi di essere sempre osservato, scrutato e giudicato dagli altri. Abbiamo visto quanto tu sia preoccupato ogni volta che accada questo e quanto tu poi sia certo che effettivamente sta andando così.*

P. *Sì, è sempre così quando ci sono persone che non conosco e in parte anche quando sto con persone che conosco bene, ad esempio i miei amici o i miei colleghi.*

T. *Bene, allora proviamo a "convertire in termini pratici" questa tua aspettativa di essere giudicato, ossia cosa dovrebbero* ***fare o non fare*** *gli altri se focalizzassero l'attenzione sul tuo comportamento? Prova a definirlo nello specifico.*

P. *….Non so…. penso che forse se una persona stesse focalizzando l'attenzione su di me dovrebbe fissarmi… oppure guardarmi tutto, dalla testa ai piedi, i miei particolari…non guardare altrove o*

parlare con gli altri, ma essere concentrato su di me…

T. *E se stessero pensando o se esprimessero sulla tua persona delle valutazioni negative, dei giudizi negativi che tu temi, effettivamente, praticamente, come dovrebbero agire, cosa farebbero?*

P. *Se stessero pensando male di me, forse cambierebbero l'espressione del viso…infastidita, annoiata, oppure se ne andrebbero…se dovessero esprimerlo a parole un giudizio negativo penso direbbero che non ritengono sia giusto qualcosa che ho detto o fatto, che non sono d'accordo con il mio modo di fare, che non gli piaccio….anche in questo caso penso se ne andrebbero da un'altra parte, non parlerebbero più con me…*

T. *Bravo Andrea, hai saputo considerare molti aspetti pratici che confermerebbero la tua aspettativa catastrofica sul giudizio da parte degli altri. Ora prova a ricordare quanti di questi comportamenti ti è capitato di osservare quando sei in mezzo alla gente, per esempio considera la situazione della festa, tra amici e non, dove sei stato.*

P. *Se penso alla festa….o quando sono in ufficio….effettivamente queste cose non mi succedono, gli altri non sono scocciati o infastiditi, non mi trattano male, anzi… Ma io comunque ho questa sensazione! penso che mi stiano giudicando, e male!*

T. *Sì Andrea, capisco la sensazione di cui mi parli, ma questa non deriva dalla realtà oggettiva, ma dal fatto che i tuoi schemi, le tue paure e preoccupazioni per il giudizio altrui, la tua ansia determinano una focalizzazione della tua attenzione su di te, una eccesiva auto-osservazione…. E ciò che tu registri di te, il tuo stato ansioso e i tuoi pensieri negativi, ti porta a pensare che anche gli altri ti stiano valutando per ciò che tu senti e pensi. Invece, a causa di ciò, non presti realmente attenzione agli altri, a quello che veramente fanno gli altri!*

P. *…… Non lo sapevo che dipendeva da questo…….. non è facile capire che io faccia così….*

T. *Certo, non è facile….. Ma non preoccuparti, sei qui proprio per capire e in questo ti aiuterò io. Inoltre noi tutti possiamo apprendere schemi nuovi e modificarci, ricordi?*

Per allenarti a comprendere questo meccanismo e per poterlo modificare gradualmente, se ti va prova a fare un esercizio a casa, simile al lavoro che stavamo facendo qui, così lo definiamo meglio e lo rinforziamo.

Consiste nel compilare questa scheda con tre colonne, sopra ci sono delle domande per aiutarti nella compilazione. Nella 1' metterai le tue "aspettative egocentriche", cioè quello che pensi sul giudizio degli altri, secondo la tua ottica, sulla seconda, cosa dovrebbero fare gli altri se ti stessero giudicando negativamente, e nell'ultima, quali comportamenti da parte degli altri si sono verificati.

P. *Sì, va bene, ci proverò.* (Allegato 13)

……...

T. *Oggi facciamo un esercizio molto semplice ma che ci aiuta a riflettere sulle prospettive diverse.*
Spiego il primo passo dell'esercizio "il disegno dello spazio mentale" (par. 1.9.3) e la situazione da lui scelta riguarda quando si è trovato a parlare con una ragazza della sua età, che conosceva poco, anche carina, il che lo imbarazza ancora di più.
T. *Secondo te quanta parte di questo spazio era in quel momento occupato da te? Basati però sulla sensazione che tu avevi in quel momento, non su una valutazione razionale, logica che puoi fare adesso qui.*
P. *Ah, se penso a quel momento, TUTTO QUANTO!!* (il tono di voce e la mimica sottolineano l'ovvietà di questa asserzione!)
T. *Bene, ora fai un gioco di immaginazione: prova a immaginare i vari aspetti della vita di questa ragazza, tipo la sua famiglia, i suoi interessi, cosa fa, cosa desidera, inventa a tuo piacimento… scrivi qui un elenco di tutto ciò che pensi la riguardi…*
L'elenco è il seguente:

- *ha una famiglia numerosa*
- *fa l'università, è sotto pressione per gli esami*
- *ha un gruppo di amici, ma è insoddisfatta di alcuni*
- *va in palestra, ha appena cambiato sport*
- *le piace leggere*
- *non è fidanzata e le piace un ragazzo*
- *vorrebbe trovare un lavoro*
- *vorrebbe più tempo libero perché è troppo impegnata*
- *sta pensando ad un'altra facoltà universitaria*
- *ha un familiare con problemi di salute*
- *vuole fare una festa per il suo compleanno*
- *sta organizzando una vacanza per l'estate*

Proseguendo l'esercizio Andrea disegna nel cerchio tanti piccoli cerchi per ogni aspetto che va ad inserire, fino a che resta veramente poco spazio libero. A questo punto, quando gli chiedo di ricollocare il pensiero per lui avuto dalla ragazza, Andrea sorride, rendendosi conto di come la prospettiva dell'altro possa essere molto differente dalla sua.
Dopo un approfondimento su questo tema, lo invito a ripetere questo esercizio mentalmente nelle diverse situazioni in cui si sente osservato.

D) ***Comportamenti protettivi e di evitamento***

Un passo fondamentale in questa fase della terapia è stato affrontare i diversi comportamenti di evitamento e protettivi messi in atto, ormai da tempo, in molte aree di vita.

Si è proceduto dapprima a stilare, in seduta, un elenco di questi, suddivisi secondo le aree interessate, e a valutarne il "costo personale" in termini di rinunce o di limite all'indipendenza. Anche se la consapevolezza di Andrea su quanto questi comportamenti condizionassero la sua vita fosse già elevata, infatti li ha sempre vissuti in modo egodistonico e accompagnati da stati d'animo di tristezza e frustrazione, l'esercizio ha consentito una visione più chiara dell'estensione e del costo complessivo considerevole.

Riepilogato quanto già detto nella fase psicoeducativa sul ruolo assunto da tali comportamenti nel mantenimento del disturbo, siamo passati, poi, a delle brevi e semplici esposizioni in seduta, simulando alcune situazioni della vita quotidiana da lui evitate, ad es. chiedere di nuovo le ferie al capo dopo un rifiuto, fare qualche battuta con una persona poco conosciuta.

Altri eventi più problematici sono stati affrontati in immaginazione, con l'ausilio delle tecniche di rilassamento, tipo guidare su una strada a scorrimento veloce da solo. Contemporaneamente abbiamo progettato una sequenza di situazioni sociali, scelte tra quelle evitate secondo una gerarchia di difficoltà, in cui esporsi gradualmente, ad esempio cominciando a chiedere qualcosa alla segretaria dello studio, poi ad uno sconosciuto per strada fino ad arrivare a iniziare la conversazione per primo con un altro frequentatore della palestra.

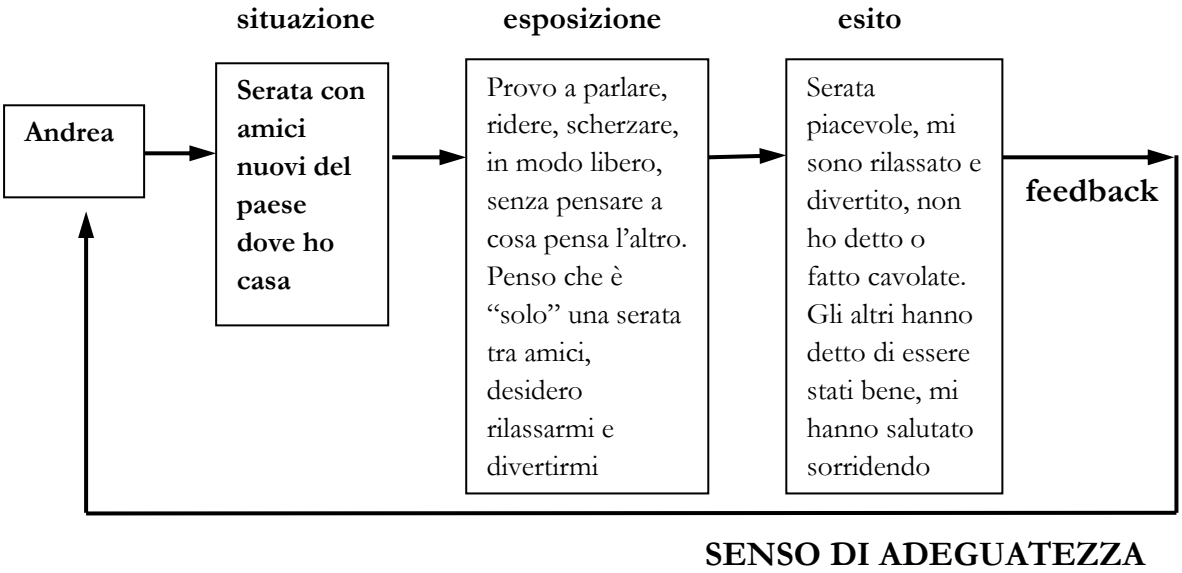
L'intera attività di esposizione è stata sostenuta, a livello corporeo, dagli esercizi di consapevolezza del respiro e di rilassamento, con alcune difficoltà riguardo il "lasciarsi andare" e per la totale inesperienza in questa pratica; mentre a livello cognitivo, dal lavoro di modifica delle convinzioni irrazionali sul sé e sugli altri.

Area interessata	Comportamenti di evitamento e comportamenti protettivi	Grado di rinuncia o di limite
Lavoro	Evito di insistere per le ferie	70
	Evito di discutere o controbattere	40
	Mentre sono con i colleghi in pausa: fumare, non iniziare argomenti nuovi, non mettersi al centro dell'attenzione	50-60
	Mi preparo bene il lavoro da spiegare e le cose da dire	70
Relazioni amicali	Non vado ad una festa se non conosco nessuno	80
	Evito di conoscere gente nuova	80
	Chiedo a mia moglie di restare con me	100
	Se ci sono persone nuove resto vicino agli amici	70
	Mi rivolgo solo ai miei amici	70
	Penso cosa dire prima di parlare	90
	Evito di bere o mangiare cose che potrebbero sporcarmi	50
	Evito di mettere lo zucchero nel caffè	50
	Non mi maschero e non partecipo a feste in maschera	60
	Non faccio mai una cosa che mi può mettere al centro dell'attenzione, soprattutto se c'è qualcuno che non conosco	60
Hobby	Non frequento in palestra i corsi di fitness, perché sono affollati e per alcuni esercizi particolari che mi imbarazzano	70
	In palestra non chiacchiero per primo con gli altri	80
	Negli spogliatoi non faccio casino come altri	50
	Non mi interesso ad attività ludiche di gruppo	70
Cose pratiche	Evito il traffico, scelgo percorsi noti e non trafficati	70
	Non viaggio da solo se non conosco la strada o se è una strada tipo la Pontina, trafficata e senza corsia d'emergenza	100
	Mi faccio sostituire alla guida da mia moglie se mi sento l'ansia, se non conosco la strada o se ci sono altri	100
	Non parcheggio se c'è la fila dietro	80
	Parcheggio dove c'è molto spazio	50
	Non mi intrattengo con gli addetti negli uffici pubblici	60
	Molte cose pratiche da fare fuori chiedo a mia moglie di farle	70
Attività in Chiesa	Arrivo tardi alla Messa o quando sta per iniziare	90
	Invento scuse per non leggere le Scritture	90
	Mi nascondo o chiedo a mia moglie di proporsi lei per le letture	90
	Evito di fare da "guida" per i nuovi arrivati nel gruppo	90
	Nel weekend di ritiro con la parrocchia scelgo subito gli incarichi che non mi "stressano" per evitare quelli che mi mettono ansia, tipo fare da guida	70

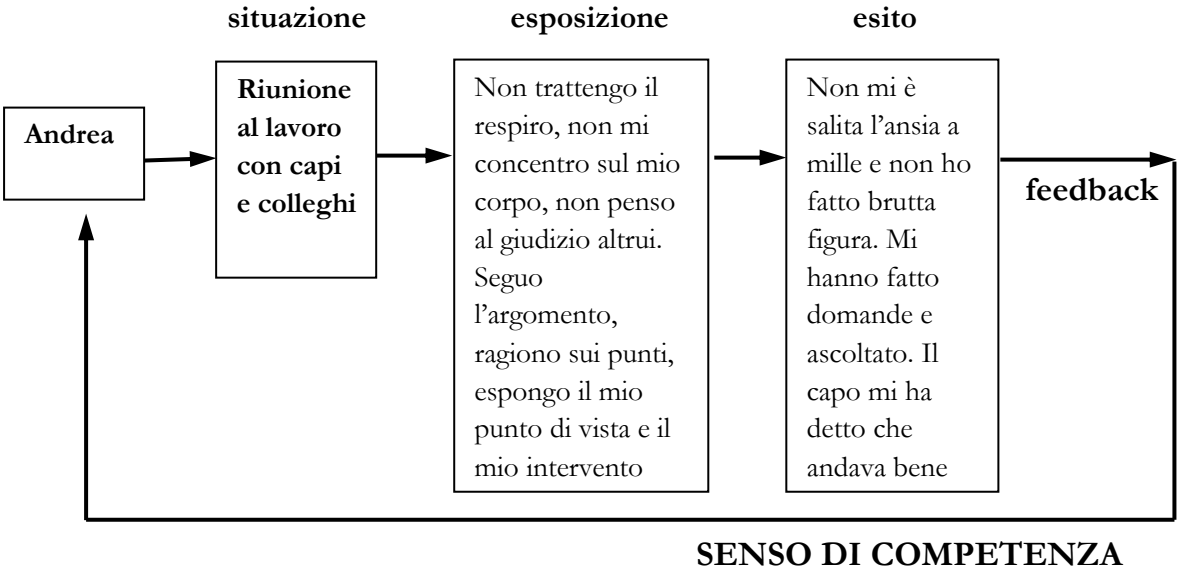
Soprattutto è stata importante, al fine di rinforzare la costruzione di nuovi schemi mentali, la raccolta e la verifica dei feedback nelle varie esposizioni. Ho stimolato

Andrea a portare l'attenzione sugli esiti delle varie esposizioni, evidenziando i suoi comportamenti funzionali, la risposta da parte dell'altro, il risultato globale in termini di gestione di sé e della relazione. Al riguardo, abbiamo schematizzato poi tre eventi, rappresentativi dell'intera gamma di situazioni temute, per riflettere sul processo funzionale messo in atto durante l'esposizione e mantenerne una traccia mnestica utile nel futuro.

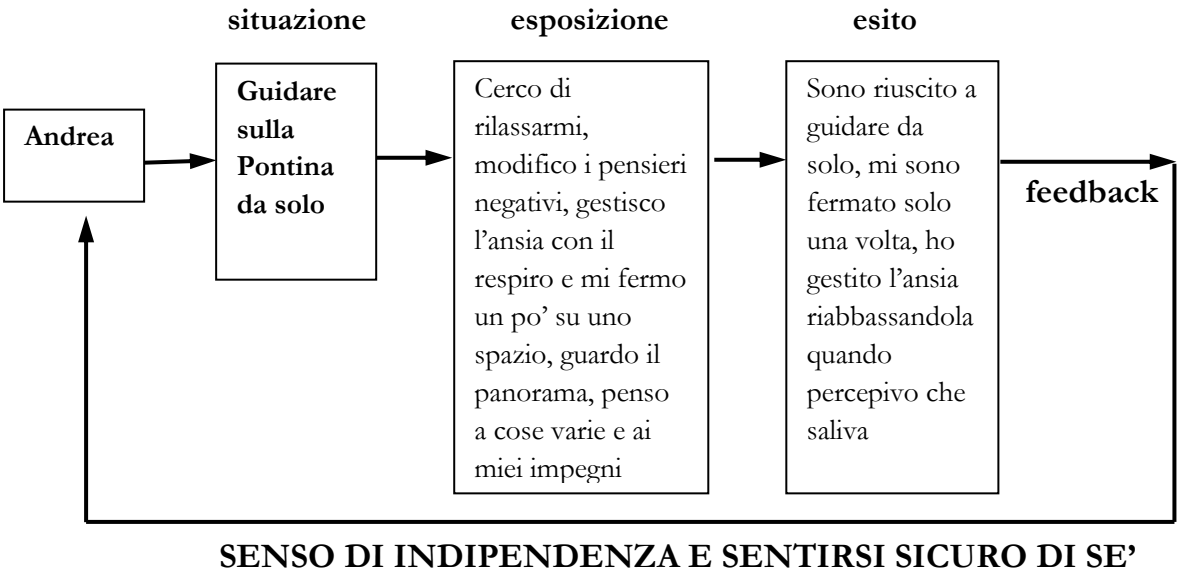
Esempio 1



Esempio 2



Esempio 3



E) ***Ansia da performance***

Una delle performance considerate maggiormente ansiogene dal paziente è leggere un brano religioso dinanzi a molte persone, soprattutto se avviene in un contesto importante e formale come quello della Messa. Per apprendere a gestire l'ansia da performance, dunque, abbiamo scelto questo tipo di compito, spesso presente e ogni volta fonte di stress e frustrazione per lui, sia che lo eviti sia che lo adempi (Allegato 14). Ho deciso di intervenire con una esposizione più strutturata utilizzando la Desensibilizzazione Sistematica. La gerarchia delle situazioni correlate al compito di leggere costruita da Andrea, con i relativi SUD, è la seguente:

100 leggere le Scritture durante una Messa "importante", es. quella di Natale
90 leggere tutte le Intenzioni in una Messa "importante", es. quella di Natale
80 leggere le Scritture
70 leggere tutte le Intenzioni da solo al leggio
60 leggere solo una Intenzione dal banco, alternandomi con gli altri
50 arrivare alla Messa in anticipo ed essere presente all'assegnazione delle letture
40 arrivare alla Messa in orario
30 arrivare alla Messa con 5 minuti di ritardo
20 arrivare alla Messa con 10 minuti di ritardo
10 arrivare alla Messa con 15 minuti di ritardo

Si è approfondita, poi, la pratica del rilassamento appresa in precedenza, aggiungendo gli esercizi specifici di tensione-distensione del rilassamento muscolare progressivo. Ho esortato il paziente a percepire le variazioni tra le due condizioni, in modo da divenire sempre più consapevole delle tensioni corporee e capace di indurre uno stato di rilassamento.

Si è proseguito con l'associazione, in immaginazione, delle situazioni-stimolo al rilassamento, risalendo la gerarchia. Fino al livello 50 l'esercizio si è svolto senza grandi difficoltà, da questo punto in poi, invece, si è proceduto molto lentamente per l'ansia provocata dalla rappresentazione delle persone presenti alla Messa, soprattutto quando la chiesa è gremita.

Anche in vivo, Andrea ha sostenuto subito in modo efficace i primi step dell'esercizio, mentre per riuscire a leggere durante la Messa senza livelli di ansia elevati è stato necessario un tempo più lungo, durante il quale si sono ripresi alcuni punti già trattati e si è lavorato per il rafforzamento del senso di adeguatezza.

F) ***Affrontare e risolvere un problema***

Durante la terapia, il paziente ha evidenziato quanto vivesse l'abitudine di fumare molto come un problema, sia per la sua salute e benessere sia per un senso di dipendenza da un comportamento malsano. Dipendenza rinforzata anche dal fatto che spesso il fumare viene utilizzato da Andrea come comportamento protettivo, ossia per avere qualcosa "da fare" e per "adeguarsi agli altri", comportandosi in modo simile, quando è insieme ad altre persone in un momento di relax, esempio durante la pausa al lavoro. Egli mi spiega come desidererebbe smettere di fumare, ma l'ostacolo è stato sempre la paura di non riuscire a sopportare l'astinenza e il non avere più un'abitudine che aiuta nel socializzare.

Ho accolto la richiesta del paziente, resa importante non solo dalla sua esigenza di modificare un'abitudine nociva, ma come occasione per apprendere le abilità di problem solving, acquisendo un atteggiamento costruttivo verso i problemi, rivolto alla soluzione e, quindi, per migliorare la percezione di sé come soggetto capace, con le sue risorse interne, di affrontare un problema e risolverlo.

Per l'intervento mi sono avvalsa principalmente della tecnica del Problem Solving, con l'inserimento di alcuni esercizi per l'osservazione e la ristrutturazione cognitiva.

Sono state necessarie due sedute per le prime tre fasi e una seduta, successiva all'attuazione della soluzione scelta, per la verifica e discussione degli esiti e per la raccolta dei feedback positivi.

1) **Identificare il problema/obiettivo** (fase osservativa o conoscitiva)

L'obiettivo che il paziente desiderava raggiungere era già ben chiaro e circoscritto, ossia smettere di fumare. Dunque, abbiamo dedicato questa prima fase ad approfondire il problema, attraverso un'analisi dei vantaggi e svantaggi che comporta per lui questa abitudine e degli ostacoli soggettivi alla sua modifica, in termini di bisogni, paure e preoccupazioni.

Esercizio 1. Analisi vantaggi / svantaggi

	a breve termine	**a lungo termine**
FUMARE	**VANTAGGIOSO** – Piacere fisico – Piacere mentale – Condivisione di un'abitudine in gruppo – Mi aiuta ad essere più sciolto in compagnia	**SVANTAGGIOSO** – Danneggio la mia salute in generale – Potrebbe venirmi un cancro o comunque danneggio i polmoni – Spendo tanti soldi, è un costo mensile – I miei abiti e la mia persona odorano sempre di fumo – Danneggio la salute di mia moglie e di chi mi sta vicino
NON FUMARE	**SVANTAGGIOSO** – Non avere il piacere della sigaretta! – Mancherebbe qualcosa durante la pausa o in altri momenti della giornata – Quando sono con gli altri non condividerei un comportamento comune – Mi sentirei più impacciato con le mani libere – Potrei innervosirmi per l'astinenza	**VANTAGGIOSO** – Eliminerei tutti i rischi per la salute – Avrei i polmoni puliti e quindi avrei più fiato e mi sentirei più leggero – Non danneggerei la salute di chi mi sta vicino – Avrei un odore più buono – Non mi si macchierebbero denti e dita – Non spenderei tutti quei soldi per una cosa che fa male – Con quei soldi potrei farmi un viaggio all'anno – Oppure ogni mese potrei pagarci la palestra o iniziare un hobby che desidero – **Mi libererei di una dipendenza!** – **Essere riuscito io a liberarmi di una dipendenza!!**

Esercizio 2. Analisi degli ostacoli

Domande utilizzate per individuare gli ostacoli	Definizione degli ostacoli
Cosa non mi fa smettere di fumare? Per quale motivo non ci sono mai riuscito? Quale è il mio bisogno che c'è dietro? Cosa mi preoccupa? Di cosa ho paura? Cosa penso sul non fumare?	– Ho paura di non sopportare l'astinenza, di stare male – Ho paura di togliermi una cosa per me necessaria – Penso che non fumando non condividerei più con gli altri quest'abitudine quando siamo in compagnia – Ho bisogno di fare qualcosa che mi rende più sciolto quando sono con gli altri – Mi preoccupo se mi innervosisco e quindi posso maltrattare mia moglie o scattare con chi mi è vicino – Ho paura di non riuscirci perché sono debole

2) **Generare le soluzioni** (fase creativa)

La ricerca e la scelta della soluzione è ruotata attorno a tre punti principali, per ognuno dei quali si sono considerate diverse opzioni:

a) con quale modalità smettere

- diminuire gradualmente il numero di sigarette fino a eliminarle completamente
- interrompere in modo netto

b) in quale momento e in quale luogo

- durante la settimana lavorativa
- durante il weekend a casa a Roma
- durante il weekend di relax con Sara al paese
- durante una vacanza fuori con amici
- durante le festività pasquali da trascorrere con i miei

c) come far fronte agli ostacoli individuati

- con impegni e distrazioni varie, es. cibo, bibite, interessi, film, correre
- modificando i pensieri disfunzionali
- concentrandomi sul "dopo", sul superamento del problema

- pensando a tutti i significati che avrà per me
- riflettendo sui vantaggi/svantaggi
- riflettendo sull'inutilità di questa abitudine
- posso chiedere aiuto o comprensione se necessario, per es. se sono nervoso

Andrea ha scelto come soluzione migliore per lui da attuare quella di interrompere in modo netto, durante un weekend al paese in tranquillità solo con sua moglie e di lasciare spazio a tutte le opzioni elencate per superare gli ostacoli mentali e fisici, considerando di volta in volta quella più adeguata.

3) **Valutare, scegliere e pianificare** (fase critica-realistica)
Si è proceduto alla pianificazione del weekend al paese, valutando tutti gli aspetti che potevano concorrere o meno al raggiungimento dell'obiettivo. Dopo aver stabilito i giorni, la compagnia della moglie e non di amici o parenti, il momento dell'interruzione coincidente con il lasciare Roma e andare al paese, il focus principalmente è stato sulle risposte da adottare per far fronte alle difficoltà che avrebbe potuto avere. Per riorganizzare le considerazioni fatte con questo lavoro, ho suggerito a Andrea di utilizzare come supporto lo schema della RP (Allegato 15).

4) **Mettere in pratica** (fase esecutiva)
Andrea ha affrontato il weekend senza sigarette mettendo in pratica tutto ciò che avevamo esaminato in seduta, con un atteggiamento molto propositivo, desideroso di riuscire nel suo intento e di raggiungere l'obiettivo in modo definitivo. Ha incontrato diverse difficoltà, ma meno di quelle che aveva ipotizzato, perché l'atteggiamento mentale positivo, assunto già da alcuni giorni prima, lo ha aiutato ad affrontare l'intera situazione in modo deciso e sicuro e con uno stato d'animo più leggero di quello che invece temeva di avere.

5) **Esito e feedback** (fase di verifica e discussione)
L'esito dell'esperienza è stato del tutto positivo sia in termini di superamento delle difficoltà personali sia riguardo il pieno raggiungimento dell'obiettivo desiderato. Al paziente è risultato molto utile il lavoro, fatto a priori, di analisi degli ostacoli e

pianificazione delle strategie per farvi fronte, in quanto gli ha permesso di costruirsi un modello mentale di fronteggiamento delle criticità, acquisendo sicurezza e fiducia. Inoltre, sul piano psicologico, ha giocato un ruolo importante poter condividere il problema con il terapeuta e riceverne supporto.

Nella fase di verifica abbiamo esaminato le abilità di coping messe in atto nell'intero weekend sia per prevenire sia per gestire i momenti difficili, in modo da chiarirle e rinforzarle. Infine, abbiamo evidenziato i feedback positivi che egli poteva trarre dall'intera esperienza:

- essere riuscito a risolvere un problema importante
- avere avuto volontà e fermezza
- apprendimento delle tecniche di Problem Solving
- possibilità di "generalizzare" ad altri problemi o situazioni critiche
- fiducia nelle proprie possibilità e capacità
- stato emotivo positivo di grande soddisfazione personale
- benessere fisico e recupero della salute
- aspetti positivi nel rapporto con la moglie: condivisione e supporto, assenza di aggressività
- miglioramento del senso di autoefficacia e dell'autostima

2.6.3 **Fase 3. Training assertività e autostima**

In una fase avanzata della terapia, dopo che il paziente ha acquisito uno stile cognitivo e comportamentale più funzionale e agganciandoci a quanto fatto nella fase precedente, abbiamo dato spazio ad un lavoro più specifico sulla modifica dello stile comunicativo anassertivo e sul miglioramento dell'autostima.

Questo lavoro si è svolto parallelamente su due piani: il primo, nel contesto della seduta individuale, è consistito nell'analisi delle origini e dello strutturarsi dello Schema di Sé e dell'Altro, in modo da comprendere le radici profonde e dare un senso alle sue caratteristiche di personalità; il secondo, in un contesto di gruppo, partecipando ad un seminario esperienziale da me tenuto sui temi assertività e autostima, dove Andrea, oltre ad un lavoro di approfondimento, ha potuto fare molta pratica con l'esposizione in vivo.

Un ruolo importante in questo periodo l'hanno giocato alcuni cambiamenti critici sopraggiunti nella vita del paziente, il quale, per fronteggiare le difficoltà emerse, ha "realmente" messo in pratica e rafforzato le nuove abilità acquisite in terapia.

Il primo evento che ha dato preoccupazione e alterato la serenità familiare è stato il licenziamento improvviso e ingiustificato della moglie. Il paziente è riuscito ad essere un valido supporto per Sara, sia a livello emotivo, standole vicino empaticamente e spronandola a guardare avanti, sia a livello pratico, assumendo un ruolo attivo nel gestire le difficoltà e la burocrazia per la causa contro il datore di lavoro.

Nel frattempo, dato che nell'azienda si prospettava sempre più la possibilità di chiusura dei centri, Andrea ha deciso di iscriversi a Scienze Infermieristiche per costruirsi un nuovo futuro lavorativo, sulla base di alcune stime fatte con un zio che lavora in questo campo. Affrontare un percorso nuovo e così diverso dai precedenti, avere nuove esperienze di confronto e di esposizione, insieme alle modifiche nello stile di vita, è stato per Andrea un importante banco di prova per applicare nuovi schemi personali e relazionali. Dopo alcuni mesi dal termine della terapia è stato effettivamente messo in cassa integrazione e, quindi, si è dedicato a tempo pieno alla frequenza dell'università, con l'obiettivo di laurearsi fintanto che ha questa risorsa economica e contando, se necessario, sull'aiuto da parte della famiglia.

Vediamo ora i due piani su cui si è lavorato in questa fase.

A) ***Origini e struttura degli Schemi Sé - Altro***

La comprensione dei fattori da cui si sono originati e strutturati gli schemi rappresentativi di sé, dell'altro, della relazione e della vita in generale, è stata di grande aiuto al paziente, che ha potuto in questo modo ricostruire una narrazione coerente di sé e delle sue esperienze.

In particolare, esaminando la relazione di attaccamento, le modalità comunicative all'interno della famiglia e alcuni episodi significativi, abbiamo evidenziato come elemento cruciale che ha influito sugli schemi mentali di Andrea l'esperienza del "**confronto con l'altro**", frequente, pressante, anche imposto, e presente in diversi ambiti e fasi della sua vita.

Nell'infanzia, da parte del padre, confronto assillante e ripetuto con un modello

ideale di "bravo ragazzo", quindi vago e difficile da rappresentarsi per un bambino.
Alle elementari, confronto con gli altri bambini più sicuri, forti, che si sapevano imporre e sapevano comandare, mentre lui più tranquillo e timido diventa quello debole, insicuro, incapace di reagire con la forza.
Nell'adolescenza negli Stati Uniti, confronto duro con coetanei diversi per ambiente, lingua e cultura, quindi più sicuri di sé e prevaricatori nei confronti di Andrea, immigrato e dal carattere mite.
Segue uno stralcio dei dialoghi avuti in questa fase in cui si cerca di comprendere le ragioni dei comportamenti avuti dalle figure di attaccamento e dare un senso al vissuto di inadeguatezza che lo ha accompagnato dall'infanzia fino all'età adulta.

T. *Come ti sentivi quando eri bambino?*

P. *Sentivo che i miei genitori mi volevano bene, non mi sentivo rifiutato o escluso… ma papà si arrabbiava sempre, mi riprendeva sempre… e io mi sentivo TROPPO SOTTO PRESSIONE!! E poi, mi faceva sentire una schifezza…*

T. *Cosa facevi quando ti sentivi così male, come reagivi abitualmente?*

P. *Piangevo o mi chiudevo in camera… e mi vergognavo, soprattutto se c'erano i miei nonni o i miei zii. Ora capisco che la mia vergogna era dovuta alla paura di fare brutta figura con loro e che loro mi ritenessero stupido o incapace…*

T. *Cosa pensi oggi del perché i tuoi genitori si siano comportati così come hanno fatto durante la tua infanzia?*

P. *Penso che erano giovani e quindi è possibile fare degli errori. Credo che papà abbia sempre agito in modo che io diventassi una persona educata, consapevole, ecc. Ma forse esagerava…*

T. *Certo… non è facile essere genitori, soprattutto se si è giovani e si ha paura di sbagliare. Come pensi che tutte queste esperienze abbiano influenzato la tua personalità da adulto?*

P. *Forse mi hanno reso più insicuro e bisognoso che "la persona che mi sta davanti" mi debba accettare.*

T. *Vero… essere ripreso continuamente, soprattutto dalla figura genitoriale, così importante per noi, ed essere criticato dinanzi ad altre persone amate influenza la visione di sé che si va formando. Il bambino che eri ha costruito lo Schema di Sé sulla base di questo vissuto di inadeguatezza, dovuto all'esperienza frequente di sentirsi criticato e quindi alla convinzione di essere incapace; mentre l'Altro veniva percepito come più capace, quindi superiore e inoltre, come colui che può*

giudicare e criticare.

P. *Sì, ora capisco meglio come si è formata la mia insicurezza e la preoccupazione continua del giudizio altrui.*

B) ***Costruzione di nuovi schemi***

Definire gli schemi personali, comprenderne le origini e la loro l'influenza sul suo stile di vita, ha dato a Andrea una visione chiara e onnicomprensiva di sé e dei suoi problemi; questa, a sua volta, gli ha dato maggiore spinta nel desiderio di cambiare, in particolare, nella volontà di utilizzare i nuovi strumenti e le modalità acquisite al fine di modificare i suoi schemi disfunzionali.

Il contesto del seminario è stato utilissimo per lo svolgersi di tale processo di cambiamento. L'approfondimento dei temi su cui verteva il seminario, la conoscenza degli stili comunicativi disfunzionali, con le relative riflessioni sul proprio stile, le esercitazioni scritte e gli homework specifici (Allegati 16, 17, 18), hanno consentito la messa in discussione dei vecchi schemi e la costruzione di nuove visioni di sé, dell'altro e delle relazioni.

L'efficacia maggiore è stata data dalla sua esposizione nel gruppo, dal presentare se stesso al riportare un homework, dal fare un role-play al confrontarsi con gli altri nelle discussioni, dal fare domande di chiarimenti al dare e ricevere feedback. Tali esposizioni, inizialmente stimolate e graduate da me, in seguito gestite spontaneamente da Andrea, gli hanno consentito di sperimentare competenze sociali e un senso nuovo di adeguatezza, migliorando, grazie ad un circolo virtuoso, la sua autostima. Ad esempio, egli è divenuto abile nel relazionarsi più serenamente anche con le figure femminili, riuscendo addirittura ad iniziare per primo la conversazione con le ragazze del gruppo, anche con quelle carine e ancora non ben conosciute. Inoltre, provare a esprimere il proprio punto di vista o intervenire in una discussione tra i partecipanti sulle diverse esperienze di ciascuno, ha facilitato una generalizzazione di tali comportamenti anche nel contesto lavorativo, dove aveva sempre evitato di dire la sua nelle riunioni se non interpellato o non era mai stato capace di chiedere spiegazioni o insistere dinanzi ad una domanda di ferie non accolta.

2.6.4 **Fase 4. Prevenzione delle ricadute e conclusione**

Una volta raggiunti gli obiettivi prefissati nel contratto, ci siamo avviati verso la conclusione della terapia. Le sedute sono state diradate, passando prima ad una cadenza quindicinale, poi mensile per le ultime due sedute, in modo da permettere al paziente di distaccarsi gradualmente dal terapeuta e dalla terapia e abituarsi a gestirsi autonomamente.

In questa ultima fase ci siamo dedicati alla prevenzione delle ricadute, esaminando l'eventuale presenza di credenze disfunzionali residue o il permanere di alcuni evitamenti.

A tale scopo, abbiamo considerato un ambito sociale nuovo nella vita di Andrea, ossia quello universitario, per verificare l'effettiva acquisizione e padronanza di abilità sociali e l'assenza di convinzioni maladattive nel momento in cui si trova a fronteggiarlo. Attraverso alcune simulate, abbiamo anticipato una possibile ricaduta, prendendo come esempio delle situazioni critiche in cui Andrea poteva trovarsi all'università, tipo il confronto con un professore all'esame o durante il tirocinio in ospedale, il relazionarsi e fare gruppo a lezione con tanti colleghi fino ad allora sconosciuti. La nuova esperienza universitaria è stata per Andrea, dopo l'anno di terapia, un terreno fertile per mettersi alla prova e verificare le sue nuove capacità di gestione dell'ansia e della paura di non essere all'altezza; inoltre, per la prima volta si è confrontato con un contesto sociale, così ampio e variegato, assumendo una nuova visione di sé, come persona che può essere capace, adeguata e libera dalla preoccupazione del giudizio altrui.

Per consolidare i risultati raggiunti, abbiamo poi effettuato una rassegna del lavoro svolto durante la terapia, riepilogando i temi principali trattati in ogni fase, gli strumenti psicologici utilizzati e gli obiettivi perseguiti. Questo compito è stato molto utile per Andrea anche a ricostruire l'intero processo terapeutico, comprenderne il razionale e fissarne una traccia mnestica.

Verso le ultime sedute, stimolato dal lavoro di rilettura e dalle riflessioni sulle sue caratteristiche problematiche sulle quali si era intervenuti, Andrea ha schematizzato su un grafico una vera e propria "ricostruzione narrativa di Sé" in riferimento all'aspetto "sentirmi sicuro di me".

Come si vede nella Figura 2.2, Andrea disegna un primo crollo della sua autostima,

già molto bassa (40%), all'età di 14 anni, quando il trasferimento negli USA, con tutte le problematiche note, gli crea ansia e una grande insicurezza (20%). Dai 16 anni pian piano inizia un miglioramento del suo senso di adeguatezza, fino a raggiungere il massimo (colorato in verde) ai 18 anni. Grazie, infatti, all'inserimento in un gruppo di pari, la padronanza della lingua, anche la sostituzione degli occhiali con le lenti a contatto, egli riesce ad adattarsi alla nuova realtà e ad acquisire sempre più sicurezza.

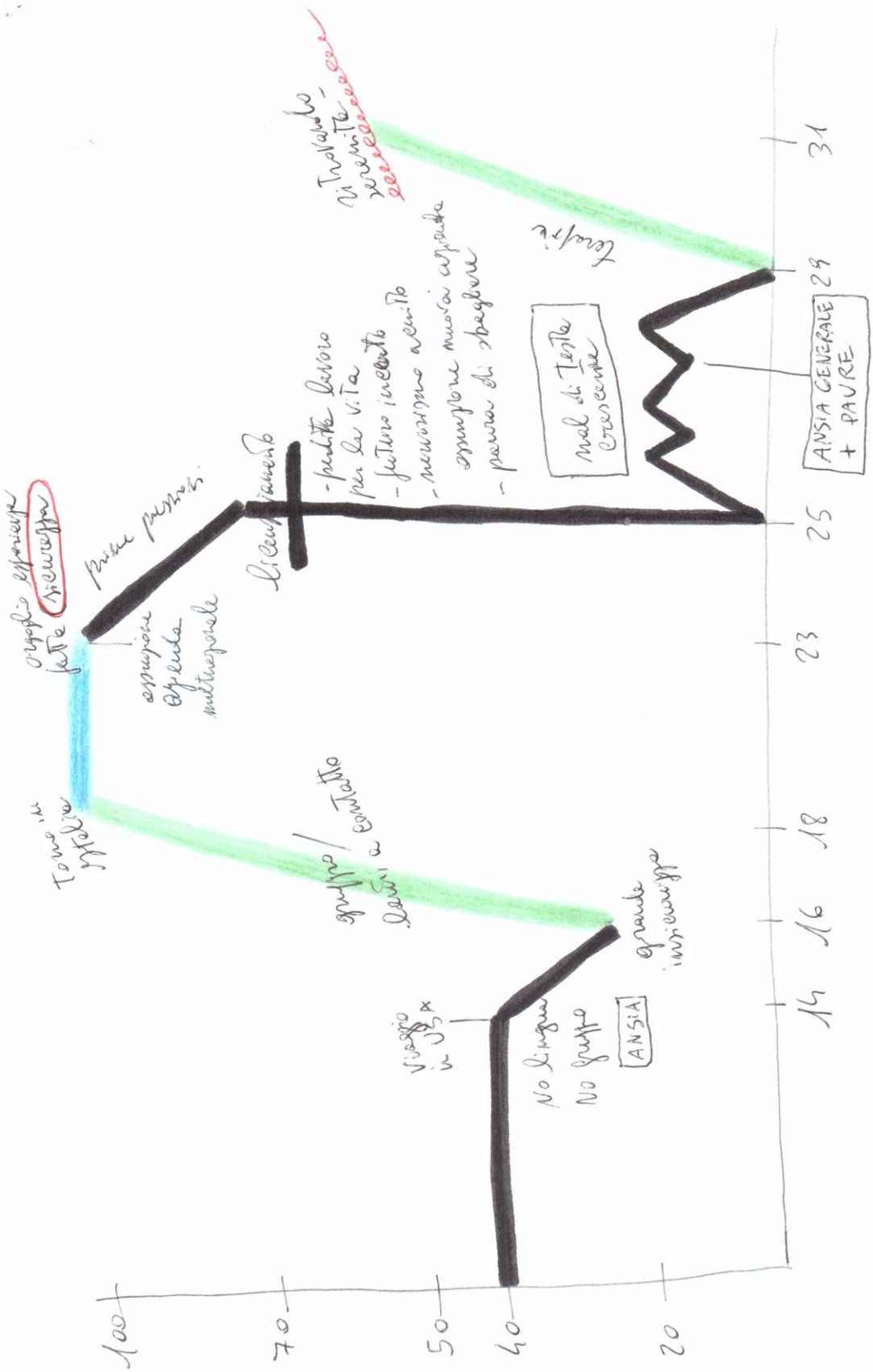
Da questo punto, quando torna in Italia, fino ai suoi 23 anni (colorato in blu), Andrea attraversa l'unico periodo della sua vita in cui è sentito pienamente sicuro di sé, orgoglioso dell'esperienza fatta negli Stati Uniti, delle sue nuove abilità sociali e dei riscontri positivi che ha sia in ambito lavorativo sia nella sfera sentimentale e amicale.

Ma in seguito, le pressioni a cui è sottoposto durante il C.F.L. presso l'azienda multinazionale determinano in lui un calo della sua autostima (70%) dovuto all'ansia da performance, timore di non essere all'altezza, per poi avere un crollo netto e drammatico, sia a livello psicologico che fisico, quando a 25 anni non gli viene confermata l'assunzione (0%). Un evento che segna l'inizio del periodo più critico per Andrea (a cui assegna un punteggio sul 20% per ben 4 anni), con paure, insicurezza, ansia generale, mal di testa costante, che lo porta poi a 29 anni, nel momento di un aggravamento dei sintomi fobici, alla richiesta di aiuto.

Infine, conclude il disegno il recupero graduale di quel livello di autostima perduto (da 0 fino al 70 della fase attuale), grazie al percorso terapeutico che gli ha dato, oltre agli strumenti necessari, la fiducia nel ritrovare la sua serenità.

Terminata la terapia, abbiamo programmato tre sedute di follow up, da effettuare ogni due mesi, al fine di mantenere quanto appreso e verificare i progressi a distanza di tempo.

Figura 2.2


100
70
50
40
20
14
16
18
23
25
29
31
ANSIA GENERALE + PAURE
mal di testa crescente
-perdita lavoro per la vita
-futuro incerto
-nervosismo aveva
sempre nuovi aspetta
-paura di sbagliare
licenziamento
prime pensioni
ANSIA
No lingua
No gruppo
grande inserimento
gruppo / lavoro a contatto
Torino in Italia

2.7 Relazione terapeutica

Nel prendere in carico Andrea, uno degli obiettivi più immediati come terapeuta è stato quello di trasmettere comprensione ed empatia verso il suo stato d'animo d'imbarazzo e comunicare, sia in modo diretto che indiretto, l'assenza di qualsiasi giudizio da parte mia e nel contesto terapeutico. In questo modo è stato possibile creare un clima disteso, di apertura e fiducia e costruire dunque una relazione terapeutica positiva e collaborativa, che ha fatto da base all'intero percorso.

Oltre che con questa modalità relazionale, è stato possibile agganciare il paziente, e mantenere costante la sua motivazione, attraverso un coinvolgimento diretto nel programma terapeutico. Desideroso di comprendere il suo problema, di acquisire le abilità per risolverlo e migliorarsi, Andrea ha sempre avuto un ruolo attivo, è stato puntuale, costante e partecipe, dalla comprensione del modello utilizzato all'applicazione sul suo caso specifico, dall'esecuzione degli esercizi cognitivi e comportamentali allo svolgimento degli homework.

La fiducia nutrita nella mia persona e nelle mie competenze nel guidarlo verso la risoluzione e il suo atteggiamento di apertura hanno reso possibile una buona alleanza terapeutica e lo sviluppo di aspettative positive sul buon esito della terapia.

2.8 Esito

Il trattamento, nel suo complesso, ha avuto un esito positivo, con il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Al termine di un percorso durato circa un anno e mezzo, lavorando costantemente e impegnandosi nel superare le difficoltà, Andrea ha sia acquisito una chiara conoscenza del disturbo di cui soffriva, delle cause e del suo funzionamento, sia una maggiore consapevolezza della sua personalità e dei suoi schemi cognitivi disfunzionali ricorrenti.

Apprendere e sperimentare nuove modalità di gestione di sé nelle relazioni sociali e nelle situazioni di performance ha permesso gradualmente l'acquisizione di uno stile cognitivo più funzionale e una maggiore fiducia e sicurezza nelle proprie capacità personali e sociali, con effetti positivi sull'autostima. Tra gli esempi di queste nuove abilità e soprattutto del superamento del "senso di insicurezza", si evidenzia la decisione di inserirsi, all'età di 31 anni, in un contesto sociale e culturale come quello dell'università, per lui completamente nuovo, e, quindi, di rimettersi in gioco. Scelta che ha comportato anche affrontare i suoi superiori al lavoro per richiedere cambi di orari e maggiore flessibilità nei turni, situazione che in un recente passato sarebbe stata per lui impensabile. Inoltre, condividendo questa scelta con i suoi familiari, è stato capace di chiedere aiuto e sostegno, sia emotivo che pratico, ai genitori e alla moglie, superando qualsiasi timore di essere giudicato.

Gli esiti positivi sono stati confermati anche dai punteggi ottenuti al re-test fatto prima della conclusione della terapia; in particolare, le scale della LSPS e della STAY-Y evidenziano un netto miglioramento della sintomatologia ansiosa e degli evitamenti che abitualmente venivano messi in atto.

Liebowitz Social Phobia Scale (LSPS)

	paura/ansia	evitamento
Ansia di performance	**17**/39	**12**/39
Ansia sociale	**20**/33	**15**/33

State-Trait Anxiety Inventory - Y (STAI-Y)

	nullo o molto basso	medio-basso	medio-alto	altissimo
	da 20 a 30	da 31 a 50	da 51 a 70	da 71 a 80
Ansia di stato	**22**			
Ansia di tratto	**30**			

2.9 Follow up

Terminata la terapia, ci siamo accordati per fare tre follow up, a distanza di due mesi ciascuno, in modo da verificare il mantenimento di quanto appreso, eventuali difficoltà incontrate e i progressi nelle diverse aree della vita.

Durante questi mesi ci sono state delle novità nella vita di Andrea, alle quali egli ha reagito in modo efficace e con un atteggiamento positivo. Tra gli eventi negativi, c'è stata la perdita del lavoro, infatti, come previsto, è stato messo in cassa integrazione; ma avere ancora un'entrata, anche se ridotta, e disporre di molto tempo libero hanno rafforzato in lui l'impegno universitario, desiderando conseguire la laurea triennale nei tempi. Tra gli eventi positivi, ci sono stati i primi esami universitari sostenuti e l'inizio del tirocinio, quindi, l'esperienza di situazioni sociali e professionali da affrontare con nuove modalità. Inoltre, c'è stata la novità di un figlio in arrivo.

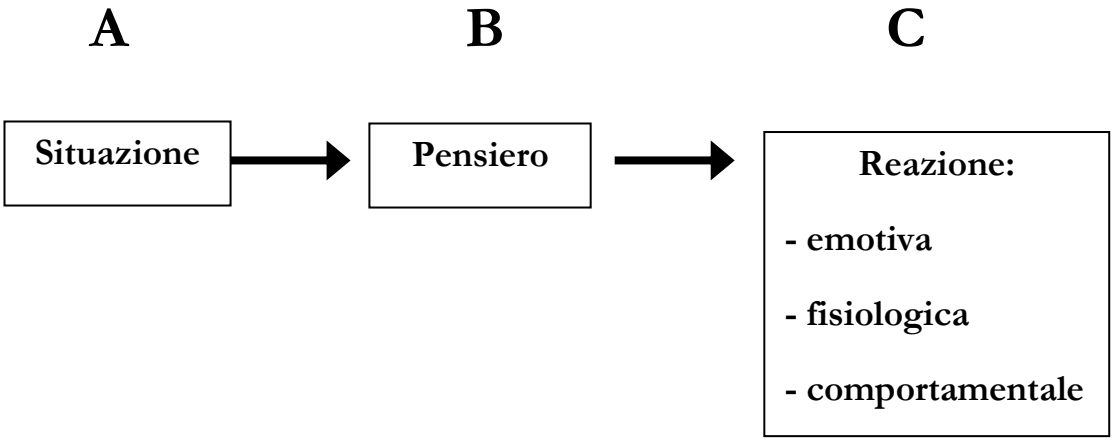
In tutto ciò, ho rilevato un'ottima gestione di sé sia a livello di performance sia a livello relazionale, non solo con i colleghi e amici universitari, ma anche con quelle persone ritenute "importanti", tipo il professore universitario, il primario del reparto ospedaliero dove svolge il tirocinio, perfino se donne.

Andrea mi ha espresso la sua soddisfazione per questi miglioramenti, notando come, in un circolo virtuoso, hanno aumentato la fiducia in se stesso e il desiderio di sperimentarsi in diverse situazioni sociali critiche. Restituendogli anche la mia soddisfazione per il suo impegno e per i progressi raggiunti, ho comunicato la mia disponibilità, qualora in futuro avesse avuto la necessità di un consulto.

APPENDICE I

Materiale fornito al paziente

IL MODELLO COGNITIVO



*Le **emozioni**, il **comportamento** e lo **stato fisiologico** delle persone sono influenzati dalla loro **percezione degli eventi**, cioè dal loro modo di pensare.*

Non è la situazione in se stessa che determina ciò che la gente sente, ma piuttosto il modo in cui le persone interpretano una situazione.

I nostri sentimenti, le nostre emozioni, il nostro modo di percepire la realtà e noi stessi, il nostro comportamento e le nostre azioni possono essere negativamente influenzati da particolari forme di errato ragionamento. Queste forme di "pensiero sbagliato" prendono il nome di ***distorsioni cognitive***.

Le distorsioni possono essere:
Di segno **positivo**: vediamo la realtà più bella di quella che è
Di segno **negativo**: vediamo la realtà meno bella di quella che è. E questo ad esempio non ci permette di raggiungere gli obiettivi che ci siamo prefissati.

CATEGORIE PRINCIPALI DI "DISTORSIONI COGNITIVE"

1. «Doverizzazioni» o uso assolutistico del verbo dovere

Consistono nel ritenere che «le cose devono assolutamente andare così», che «gli altri devono assolutamente comportarsi in un certo modo», che io «devo assolutamente avere quello che voglio». L'errore sta appunto nel considerare un'esigenza assoluta ciò che nella maggior parte dei casi sarebbe solo obiettivamente preferibile.

2. Espressioni di insopportabilità, intolleranza

Consistono in pensieri del tipo «Non lo sopporto...», «Io non tollero che...», «E' insopportabile...». Sono forme di esagerazione attraverso le quali l'aspetto sgradevole di un evento o di una persona viene ingigantito, determinando un atteggiamento di rabbia o di evitamento.

3. Valutazioni globali su se stessi e sugli altri

In questo caso l'irrazionalità consiste nel giudicare una persona nella sua globalità partendo da uno solo o da pochi comportamenti osservati. Inoltre, il comportamento di una persona viene spesso erroneamente equiparato alla persona stessa («Hai fatto una cosa stupida, quindi sei uno stupido»). Questo errore nel modo di pensare porta a far uso di etichette che esprimono valutazioni globali, del tipo «incapace», «stupido», «carogna». Tali attributi possono essere pensati riguardo agli altri oppure possono essere rivolti a se stessi («Io non valgo niente »). Quando sono riferiti agli altri questi pensieri fanno nascere nei loro confronti un atteggiamento di ostilità o di rifiuto; se riferiti a se stessi determinano disistima e sconforto.

4. Pensieri catastrofizzanti

Consistono nel considerare il verificarsi di certe cose come un evento «terribile», «orrendo», quando obiettivamente sarebbe solo spiacevole o fastidioso. Spesso si tratta di pensieri che anticipano in modo esageratamente negativo eventi futuri, provocando quindi reazioni di intensa ansia («E' tremendo che…»,«Sarebbe terribile se…»).

5. Indispensabilità, bisogni assoluti

Consistono in affermazioni che trasformano in bisogno assoluto ciò che obiettivamente sarebbe solo preferibile. Prendono spesso forma di pensieri del tipo «Non posso rinunciare a...», «Ho assolutamente bisogno di...», «Non si può vivere senza...» «Bisogna assolutamente…». Le conseguenze emotive di questo modo di pensare possono essere ansia, depressione, ostilità.

LE "DISTORSIONI COGNITIVE" SECONDO A. T. BECK

1. PENSIERO "TUTTO O NULLA"

Vedere una situazione in soli due modi contrapposti, in due categorie, invece che in un *continuum*. Gli eventi vengono visti come tutti bianchi o tutti neri, buoni o cattivi. Non esiste una via di mezzo. Si è nella logica del "o... o…".

2. PENSIERO CATASTROFICO

Predire il futuro in maniera negativa ed aspettarsi in continuazione che avvenga un disastro, una tragedia, senza considerare altri possibili esiti o sviluppi.

3. SQUALIFICARE O SVALUTARE IL POSITIVO

Non attribuire valore alle nostre azioni, qualità o aspetti positivi.

4. RAGIONAMENTO EMOTIVO

Pensare che qualcosa sia vera solo per il fatto di "sentire" (in realtà, "si crede") fortemente che è così, ignorando, svalutando o minimizzando tutto ciò che prova il contrario.

5. ETICHETTAMENTO

Attribuire a noi stessi e agli altri etichette globali, rigide senza considerare che l'evidenza potrebbe condurre più ragionevolmente a conclusioni meno drastiche o disastrose.

6. ESAGERAZIONE / MINIMIZZAZIONE

Quando, nel valutare noi stessi, un'altra persona o una situazione si esagera irragionevolmente il negativo e/o si minimizza il positivo.

7. FILTRO MENTALE

Prestare un'attenzione ingiustificata ad un unico dettaglio negativo invece di considerare e valutare appropriatamente tutto l'insieme.

8. LETTURA DEL PENSIERO

Credere di sapere quello che gli altri pensano e provano, o il motivo per cui agiscono in un certo modo, evitando di considerare altre o più probabili possibilità. In particolare, pensare di sapere quello che una persona pensa di noi.

9. IPERGENERALIZZAZIONE

Tendenza ad arrivare a conclusioni di carattere generale in maniera affrettata, allontanandosi dalla situazione concreta e attuale.

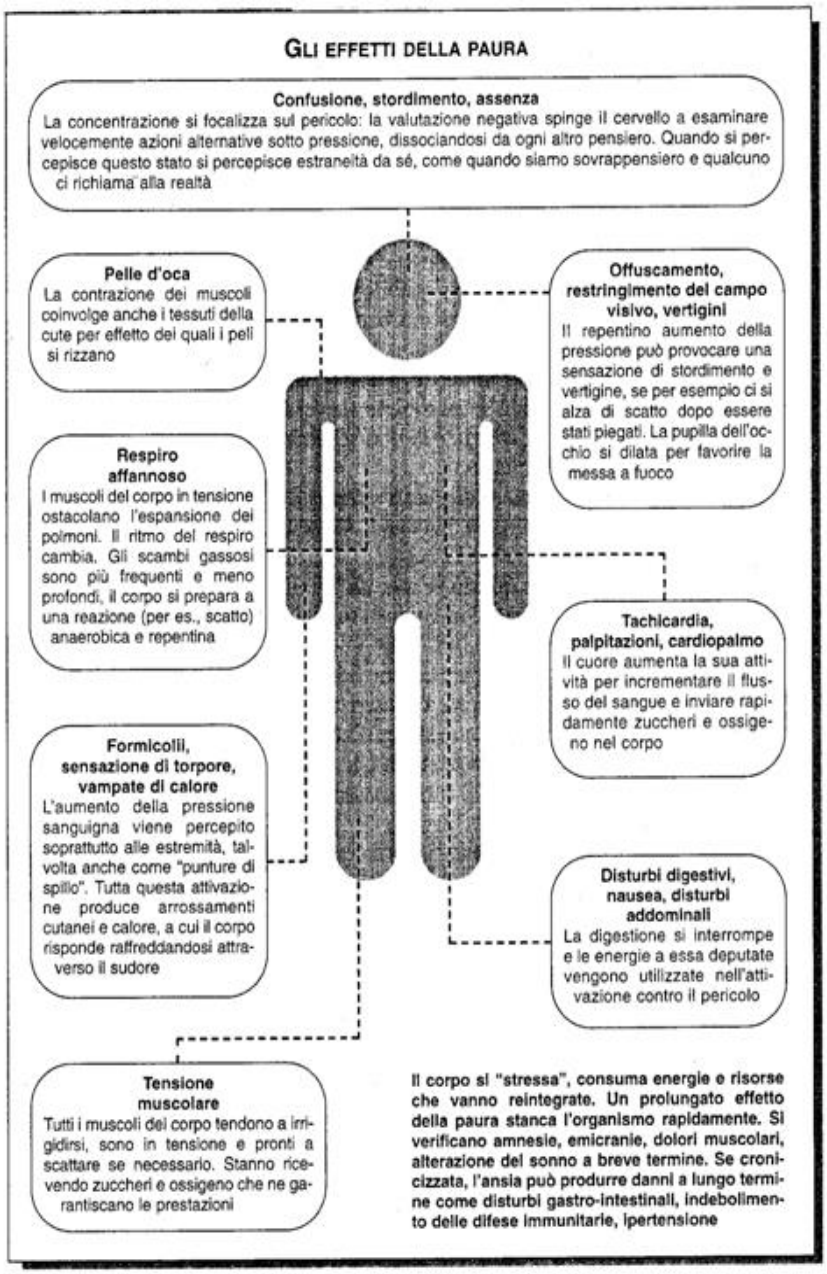
10. PERSONALIZZAZIONE

Credere che gli altri si comportino negativamente a causa nostra, senza prendere in considerazione spiegazioni più plausibili per il loro comportamento.

11. AFFERMAZIONI "DOVREI" E "DEVO"
Avere un'idea fissa, precisa, rigida di come noi o gli altri dovremmo comportarci e, qualora queste aspettative non vengano soddisfatte, si dà una valutazione eccessivamente negativa della situazione. L'errore sta nel considerare un'esigenza assoluta ciò che nella maggior parte dei casi sarebbe obiettivamente solo preferibile.

12. VISIONE TUNNEL
Vedere solo gli aspetti negativi di una situazione che collimano con il nostro atteggiamento o stato mentale, mentre altri aspetti importanti sono cancellati, censurati o minimizzati.

GLI EFFETTI DELLA PAURA



Tratto da Baldini (2004) "*Homework: un'antologia di prescrizioni terapeutiche*"

RELAZIONE TRA ANSIA E PRESTAZIONE

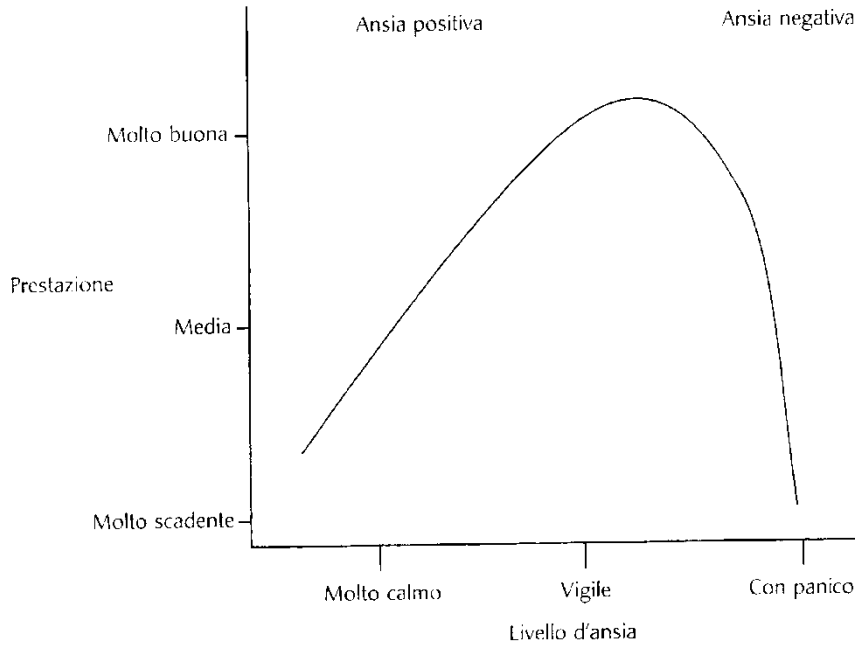


FIGURA 7.1. Relazione tra ansia e prestazioni

Tratto da Andrews et al. (2003) "*Trattamento dei disturbi d'ansia*".

"Un certo grado di ansia, se non è eccessivo, può essere utile non solo in presenza di un pericolo fisico, ma anche in alcune attività che richiedono impegno, concentrazione, attenzione a non sbagliare, ad es. prima di un esame o di un colloquio di lavoro. Chi fosse totalmente rilassato durante un esame o un incontro sportivo non darebbe il meglio di sé.

Chi soffre di panico diffida spesso di ogni forma di ansia, anche di quella utile, e cerca di evitarla sempre, poiché teme che cresca a spirale, non sia più controllabile e diventi panico. L'ansia eccessiva compromette ogni tipo di prestazione, perché la persona si concentra sui sintomi dell'ansia anziché sul compito, prova l'impulso di fuggire e finisce solo per sbagliare più facilmente. Più è difficile il compito, più è importante saper gestire bene l'ansia, in modo che, non aumentando troppo, aiuti a rimanere vigili, attenti, concentrati sul compito."

I DIRITTI AFFERMATIVI DI SMITH

1. Ho il diritto di essere il solo giudice di me stesso
2. Ho il diritto di non giustificare il mio comportamento, dando agli altri spiegazioni o scuse
3. Ho il diritto di valutare e decidere se farmi carico di trovare una soluzione ai problemi degli altri
4. Ho il diritto di cambiare idea
5. Ho il diritto di commettere errori, accettando di esserne responsabile
6. Ho il diritto di dire "Non lo so"
7. Ho il diritto di sentirmi libero dall'approvazione delle persone con cui entro in relazione
8. Ho il diritto di apparire illogico nel prendere decisioni
9. Ho il diritto di dire "Non capisco"
10. Ho il diritto di non essere perfetto

I DIRITTI AFFERMATIVI DI FENSTERHEIM

1. Io ho il diritto di fare qualsiasi cosa, purché non danneggi nessun altro
2. Io ho il diritto di mantenere la mia dignità agendo in modo assertivo – anche se ciò urta qualcun altro – a condizione che il movente sia assertivo e non aggressivo
3. Io ho sempre il diritto di fare richieste ad un'altra persona, dal momento che riconosco all'altro l'identico diritto di rifiutare
4. Devo riconoscere che ci sono dei casi nell'ambito delle situazioni interpersonali in cui i diritti non sono chiari, ma io ho sempre il diritto di discutere il problema con la persona interessata e di giungere ad un chiarimento
5. Io ho il diritto di attuare i miei diritti

Letture suggerite

Sull'ansia sociale:

Bislenghi, Marsigli: *Il timore degli altri. Vincere la fobia sociale*. Ecomind, 2006.

Dayhoff: *Come vincere l'ansia sociale*. Erickson, 2004.

Marshall: *La paura degli altri*. Tea, 2005.

Orr: *Vincere la timidezza*. Tea, 2006.

Turner, Beidel: *Timidezza e fobia sociale*. Mcgraw Hill, 2000.

Sull'assertività e autostima:

Alberti, Emmons: *Essere assertivi. Come imparare a farsi rispettare senza prevaricare gli altri*. Il Sole 24 ore, 2003.

Giannantonio, Boldorini: *Autostima assertività e atteggiamento positivo*. Ecomind, 2007.

Sul pensiero disfunzionale e distorsioni cognitive:

Ellis: *L'autoterapia razionale emotiva*. Erikson, 1993.

Greenberg, Padesky: *Penso, dunque mi sento meglio*. Erikson, 1998.

Sul Problem Solving:

Spagnulo: *Problem solving. L'arte di trovare soluzioni*. Ecomind, 2004.

Sulle tecniche di rilassamento e mindfulness:

Goldwurm et al.: *Le tecniche di rilassamento nella terapia comportamentale*. Franco Angeli, 1993.

Kabat-Zinn Jon: *Vivere momento per momento*. Corbaccio, 2005.

Montano: *Mindfulness. Guida alla meditazione di consapevolezza*. Ecomind, 2007.

APPENDICE II

Homework del paziente

IL REGISTRO DEL PENSIERO: L'ABC

A ***SITUAZIONE***	**B** ***PENSIERI***	**C** ***CONSEGUENZE***
Chi? Cosa? Dove? Quando?	Cosa ti è passato per la mente? Altri pensieri o immagini? Sottolinea il pensiero dominante	Cosa hai provato? Come ti sei sentito? Cosa hai fatto? Valuta ogni stato d'animo (0-100 %)
Partecipare ad una festa dove conosco circa il 90% dei presenti.	Conosco quasi tutti quindi so con chi stare. <u>Riuscirò ad essere sciolto e divertente?</u> Posso stare più tranquillo perché li conosco già bene. Non devo presentarmi. Non rischio di rimanere con chi non conosco o almeno è un rischio bassissimo.	**EMOTIVE** Agitazione iniziale per la serata in mezzo a molte persone, poi, durante, si abbassa. Timore di dire qualcosa di sbagliato o noioso. 40-50% all'inizio 10% dopo **FISIOLOGICHE** Mi aumenta la sudorazione e divento rosso appena entro in casa perché tutti mi guardano all'inizio. Mi sale un po' il battito cardiaco appena arrivato. Dopo mi rilasso. **COMPORTAMENTALI** Saluto il festeggiato e cerco di spostare l'attenzione su di lui. Mi siedo da qualche parte per abituarmi prima all'ambiente. Oppure vado vicino gli amici con cui sono più in confidenza e chiedo di loro. Evito l'amico che sta parlando con chi non conosco.

IL REGISTRO DEL PENSIERO: L'ABC

A ***SITUAZIONE***	**B** ***PENSIERI***	**C** ***CONSEGUENZE***
Chi? Cosa? Dove? Quando?	Cosa ti è passato per la mente? Altri pensieri o immagini? Sottolinea il pensiero dominante	Cosa hai provato? Come ti sei sentito? Cosa hai fatto? Valuta ogni stato d'animo (0-100 %)
Partecipare ad una festa dove conosco circa il 50% dei presenti.	Mi sentirò in imbarazzo perché ci sono persone nuove. <u>Potranno accorgersi che sono imbarazzato, nervoso e quindi chissà che penseranno.</u> Se mi troverò vicino chi non conosco non saprò cosa dire. Potrà cadermi qualcosa e farò una figuraccia.	**EMOTIVE** Ansia, agitazione, imbarazzo, preoccupazione per cosa dire o fare, insicurezza e nervosismo. 60-70% **FISIOLOGICHE** Diventare rosso, sudare, battito accelerato. **COMPORTAMENTALI** Osservo tutta la situazione. Vado in un'altra stanza. Vado a poggiare le mie cose. Mi dirigo verso i miei amici.

IL REGISTRO DEL PENSIERO: L'ABC

A ***SITUAZIONE***	**B** ***PENSIERI***	**C** ***CONSEGUENZE***
Chi? Cosa? Dove? Quando?	Cosa ti è passato per la mente? Altri pensieri o immagini? Sottolinea il pensiero dominante	Cosa hai provato? Come ti sei sentito? Cosa hai fatto? Valuta ogni stato d'animo (0-100 %)
Partecipare ad una festa dove conosco circa il 10% dei presenti.	<u>Che farò appena arrivo se non trovo nessuno che conosco?</u> Diventerò subito agitato e potranno notarlo. Non posso farcela a stare tranquillo. Penseranno che sono un imbranato. Tutti mi guarderanno se divento rosso o se balbetto. Chissà che penseranno se non parlo e mi isolo. Sicuramente giudicheranno il mio aspetto fisico e come mi muovo. Non mi parleranno perché mi giudicheranno noioso e non interessante.	**EMOTIVE** Ansia elevatissima, preoccupazione continua ed esasperata per cosa stiano pensando gli altri, paura di fare figuracce, insicurezza. 90-100% **FISIOLOGICHE** Bocca secca, sudorazione, tachicardia, confusione, tremore alle mani, peso al petto, tensione in tutto il corpo. **COMPORTAMENTALI** Monitoro tutta la situazione. Parlo con mia moglie per farla restare vicino a me. Cerco subito e disperatamente qualche amico che conosco. Non parlo per non attirare l'attenzione su di me. Cerco il buffet per estraniarmi e avere qualcosa da fare ma non prendo bibite. Vado in bagno per riprendermi un po'. Evito di stare vicino a qualcuno che non conosco perché potrebbe iniziare a parlami.

Allegato 11

LA REGISTRAZIONE DEI PENSIERI DISFUNZIONALI (Wells, 1997)

Data	Situazione	Emozione	PAN inerenti il giudizio su di sé	PAN inerenti il giudizio degli altri	Interpretazioni alternative	Risultati
	Descrivere la situazione o il pensiero/ ricordo associati a emozioni spiacevoli	**1.** Descrivere il tipo di emozione (tristezza, ansia, rabbia, ecc.) **2.** Valutare l'intensità dell'emozione (0-100)	**1.** Scrivere il pensiero automatico (riguardo il proprio giudizio su di sé) **2.** Valutare il grado di convinzione del pensiero automatico (0-100)	**1.** Scrivere il pensiero automatico (riguardo il giudizio degli altri su di sé) **2.** Valutare il grado di convinzione del pensiero automatico (0-100)	**1.** Qual è un punto di vista alternativo? **2.** Rivalutare il grado di convinzione del pensiero automatico (0-100)	**1.** Descrivere il tipo di emozione **2.** Rivalutare l'intensità dell'emozione (0-100) **3.** Altre possibili azioni

Sabato sera a casa di F. per la sua festa	**1. Partecipare ad una festa dove conosco circa una metà dei presenti e gli altri no.**	**1.** Agitazione, ansia, imbarazzo, preoccupazione. **2.** 70-80	**1.** Sono agitato e tutti se ne accorgeranno. Diventerò rosso e suderò se si avvicinano. Sono nervoso, mi può cadere qualcosa, posso fare una figuraccia. Se dico una cavolata sembrerò stupido. Che stupido che sono! Non riesco a godermi la festa e la compagnia dei miei amici… Sono un imbranato! Sono insicuro di me. **2.** 100	**1.** Penseranno che sono un tipo nervoso e ansioso. Mi giudicheranno ridicolo, impacciato. Anche insignificante, non interessante. Non parleranno con me, sceglieranno altri interlocutori. Penseranno che sono stupido e se la rideranno. **2.** 100	**1.** Potrebbero pensare che sono timido o introverso, oppure che sono stanco o preoccupato per qualcosa della mia vita privata. Se alcuni non parlano con me potrebbe essere perché hanno altro per la testa, o perché anche gli altri parlano con quelli che conoscono meglio. Potrebbero non farci caso a me perché pensano a divertirsi. **2.** 50 - 60	**1.** Un po' di tranquillità, un po' più di fiducia in me, speranza di migliorare, di riuscire ad essere più obiettivo, desiderio di farcela. **2.** ansia 40-50 **3.** Potrei conoscere meglio qualcuno, fare domande, parlare del mio lavoro. Potrei pensare che sono solo ad una festa e posso divertirmi. Modificare i miei pensieri negativi in pensieri più obiettivi mi aiuterebbe a rilassarmi.

IL REGISTRO DEL PENSIERO (J. BECK, 2011)

Istruzioni: Quando noti che il tuo umore peggiora, domandati: "**Che cosa mi sta passando per la mente proprio in questo momento?**" e appena puoi scrivi il pensiero o l'immagine mentale nella colonna del "Pensiero automatico".

Data/ora	Situazione	Pensiero/i automatico/i	Emozione/i
	1. Quale evento reale, o flusso di pensieri, o sogno ad occhi aperti, o ricordo, ha portato all'emozione spiacevole? 2. Quali (se ce ne sono) sensazioni fisiche dolorose hai avuto?	1. Quale/i pensiero/i e/o immagine/i ti è passato per la mente? 2. In che misura ci hai creduto sul momento?	1. Quale/i emozione/i (tristezza, ansia, rabbia, ecc.) hai provato sul momento? 2. Quanto è stata intensa l'emozione (0-100%)?
	1. **Il direttore del mio settore mi chiama nel suo ufficio** 2. Nessuna sensazione dolorosa, ma mi sento avvampare e inizio a sudare	1. Ho sbagliato qualcosa. Mi chiama sicuramente per riprendermi su qualcosa che ho fatto. Deve dirmi che non è contento di me. Mi dirà di fare altro e mi toglierà l'incarico. 2. 100	1. Ansia, preoccupazione. 2. 80

Domande per aiutare a comporre una risposta alternativa al PAN

"Ho sbagliato qualcosa"

1) Qual è la prova che il pensiero automatico è vero?
Nessuna…

Che non è vero?
Non ho sbagliato qualcosa… ho svolto tutto il lavoro bene in questi giorni.

2) C'è una spiegazione alternativa?
Potrebbe volermi chiedere dei chiarimenti o avere notizie sulla situazione di qualche centro.

3) Qual è la cosa peggiore che potrebbe accadere?
Che mi riprenda duramente per aver trovato degli errori fatti da me.

Potrei sopravvivere a questo?
Sì.

Qual è la cosa migliore che potrebbe accadere?
Che mi dica di essere soddisfatto e si complimenti con me per il lavoro svolto in qualche centro.

Qual è l'esito più realistico?
Che mi debba chiedere qualche informazione o comunicare qualche decisione.

4) Qual è l'effetto del mio credere al pensiero automatico?
Stare male fisicamente e psicologicamente, vedere tutto nero in quel momento.

Quale potrebbe essere l'effetto del cambiare il mio pensiero?
Non arrivare a sentirmi così male, ma affrontare ogni situazione con tranquillità e sicurezza.

5) Che cosa dovrei fare al riguardo?
Pensare che sono bravo nel mio lavoro e non c'è motivo di pensare sempre al peggio. Inoltre, anche se dovessi sbagliare qualcosa, non è la fine del mondo, a tutti può succedere e posso sempre rimediare.

6) Se _____ (un amico/a) fosse nella stessa situazione e avesse questo pensiero, cosa gli/le direi?
Che non c'è motivo di pensare sempre al peggio, comunque il suo lavoro lo svolge bene. Inoltre, pensare in questo modo fa vivere male.

INVALIDAZIONE DELLE ASPETTATIVE EGOCENTRICHE

Mie aspettative egocentriche (come penso io che mi giudichino gli altri)	**Comportamenti che gli altri dovrebbero avere se mi giudicassero negativamente**	**Comportamenti degli altri messi in atto**
– debole, insicuro – temo di essere criticato – potrei essere deriso e preso in giro – noioso, non interessante – che non dico cose interessanti – che non sono simpatico – non sono un "tipo tosto" – imbranato – che fisicamente non sono chissachè – soprattutto con le ragazze carine, penso che mi giudichino uno non interessante – anche incapace, che posso sbagliare	– fissarmi con espressione seria o di fastidio o che esprime disapprovazione – si allontanerebbero – parlerebbero solo con gli altri presenti – non ascolterebbero quello che dico, distraendosi – mi direbbero che dico cavolate – mi zittirebbero – mi disapproverebbero – non mi sceglierebbero mai per un incarico – non mi proporrebbero mai un'uscita – mi criticherebbero alle spalle o in presenza di altri – mi prenderebbero in giro	– mi parlano di varie cose a seconda della situazione – mi frequentano, si avvicinano per chiedermi qualcosa – non mi voltano le spalle – non mi criticano duramente o ingiustamente – mi ascoltano – scherzano con me – i colleghi mi cercano per la pausa – il capo mi sceglie per un incarico nuovo – i colleghi a cui devo dare supporto ai pc mi ringraziano per come gli ho spiegato la procedura da fare

IL REGISTRO DEL PENSIERO: L'ABC

A ***SITUAZIONE***	**B** ***PENSIERI***	**C** ***CONSEGUENZE***
Chi? Cosa? Dove? Quando?	Cosa ti è passato per la mente? Altri pensieri o immagini? Sottolinea il pensiero dominante	Cosa hai provato? Come ti sei sentito? Cosa hai fatto? Valuta ogni stato d'animo (0-100 %)
Attesa in chiesa prima di leggere durante la Messa della domenica.	Tutti mi guarderanno. Si sentirà solo la mia voce. Quindi se sbaglio sarà più evidente. <u>Sarò al centro dell'attenzione.</u> Chissà che penseranno! Penseranno che non sono adatto a leggere…	**EMOTIVE** Ansia, paura, agitazione, nervosismo, preoccupazione (che si sentirà solo la mia voce e che tanta gente mi guarderà). **FISIOLOGICHE** Cuore in gola, agitazione, tensione in viso, denti serrati, gambe rigide, peso sullo stomaco. **COMPORTAMENTALI** Mi guardo in giro. Osservo i presenti. Cerco un posto nascosto. Penso di chiedere a Sara di sostituirmi. Cerco di prendere aria.

IL REGISTRO DEL PENSIERO (J. BECK, 2011)

Istruzioni: Quando noti che il tuo umore peggiora, domandati: "**Che cosa mi sta passando per la mente proprio in questo momento?**" e appena puoi scrivi il pensiero o l'immagine mentale nella colonna del "Pensiero automatico".

Data/ora	Situazione	Pensiero/i automatico/i	Emozione/i
	1. Quale evento reale, o flusso di pensieri, o sogno ad occhi aperti, o ricordo, ha portato all'emozione spiacevole? 2. Quali (se ce ne sono) sensazioni fisiche dolorose hai avuto?	1. Quale/i pensiero/i e/o immagine/i ti è passato per la mente? 2. In che misura ci hai creduto sul momento?	1. Quale/i emozione/i (tristezza, ansia, rabbia, ecc.) hai provato sul momento? 2. Quanto è stata intensa l'emozione (0-100%)?
	1. **pensare al weekend che devo affrontare senza sigarette, per smettere di fumare** 2. Stretta allo stomaco	1. Ho paura di provare un forte malessere. Non ce la farò a sopportare la mancanza del fumo. Sarà difficile da gestire. Diventerò nervoso e irritabile e quindi potrò maltrattare Sara. Mi spaventa come andrà l'intero weekend. Sicuramente non ce la farò…. 2. 100	1. preoccupazione, agitazione, irritazione, nervosismo. 2. 80

Domande per aiutare a comporre una risposta alternativa al PAN:

"Non ce la farò a sopportare la mancanza del fumo"

1) Qual è la prova che il pensiero automatico è vero?
Non essere mai riuscito a fare a meno del fumo.

Che non è vero?
Può non essere così, perché non posso sapere da ora come andrà il weekend, come riuscirò a gestire il malessere e come andrà dopo senza fumo.

2) C'è una spiegazione alternativa?
Il fumo non è una necessità ma una mia dipendenza attuale.

3) Qual è la cosa peggiore che potrebbe accadere?
Il peggio è che potrei stare malissimo, fisicamente e a livello di umore.

Potrei sopravvivere a questo?
Sì, anche se starò malissimo posso gestire il malessere momento per momento e superare questi giorni.

Qual è la cosa migliore che potrebbe accadere?
La cosa migliore sarebbe smettere per sempre e se ci riesco sono un grande!

Qual è l'esito più realistico?
Se mi impegno, riuscirò a smettere di fumare, anche se all'inizio sarà difficile.

4) Qual è l'effetto del mio credere al pensiero automatico?
Se anticipo immaginando le difficoltà, sto male da ora inutilmente e arrivo al weekend già stressato e non fiducioso.

Quale potrebbe essere l'effetto del cambiare il mio pensiero?
Pensare di potercela fare a smettere mi fa stare meglio e mi dà fiducia.

5) Che cosa dovrei fare al riguardo?
Dopo essermi tranquillizzato pensando a tutte le strategie che posso utilizzare per far fronte al disagio, devo smettere di pensare al weekend solo in termini negativi, ma pensare invece a tutte le cose piacevoli che posso fare, oltre alla soddisfazione che proverò dopo aver smesso.

6) Se _____ (un amico/a) fosse nella stessa situazione e avesse questo pensiero, cosa gli/le direi?
È preferibile attraversare una sofferenza temporanea per poter poi raggiungere un grande obiettivo per la propria salute.

IL REGISTRO DEL PENSIERO (J. BECK, 2011)

Istruzioni: Quando noti che il tuo umore peggiora, domandati: "**Che cosa mi sta passando per la mente proprio in questo momento?**" e appena puoi scrivi il pensiero o l'immagine mentale nella colonna del "Pensiero automatico".

Data/ora	Situazione	Pensiero/i automatico/i	Emozione/i
	1. Quale evento reale, o flusso di pensieri, o sogno ad occhi aperti, o ricordo, ha portato all'emozione spiacevole? 2. Quali (se ce ne sono) sensazioni fisiche dolorose hai avuto?	1. Quale/i pensiero/i e/o immagine/i ti è passato per la mente? 2. In che misura ci hai creduto sul momento?	1. Quale/i emozione/i (tristezza, ansia, rabbia, ecc.) hai provato sul momento? 2. Quanto è stata intensa l'emozione (0-100%)?
	1. **Presentarmi al gruppo durante la prima lezione del seminario** 2. Costrizione al torace e allo stomaco. In più, sudare e leggero tremolio.	1. Non riuscirò ad essere sciolto, a dire cose interessanti e mi farò rosso. Sembrerò un imbranato e farò una figuraccia. 2. 100	1. Ansia, imbarazzo, vergogna. 2. 90

Domande per aiutare a comporre una risposta alternativa al PAN
"Non riuscirò ad essere sciolto, a dire cose interessanti e mi farò rosso"

1) Qual è la prova che il pensiero automatico è vero?
   Mi succede sempre così quando devo parlare a persone nuove

   Che non è vero?
   Non posso sapere se anche in questa situazione mi succederà così…

2) C'è una spiegazione alternativa?
   È la mia ansia che mi porta a sopravvalutare le conseguenze e la gravità della situazione. Magari dopo che si è presentato qualcuno, vedo anche negli altri l'imbarazzo, mi baso su ciò che hanno detto loro, penso che non è un esame ma una situazione piacevole e mi tranquillizzo un po'.

3) Qual è la cosa peggiore che potrebbe accadere?
   Non riuscire a dire niente e essere giudicato come uno "strano" o stupido.

   Potrei sopravvivere a questo?
   Sì…

   Qual è la cosa migliore che potrebbe accadere?
   Presentarmi con scioltezza, dire cose interessanti e risultare simpatico

   Qual è l'esito più realistico?
   Che riesca a dire qualcosa di me e dei miei interessi, nonostante l'imbarazzo e la paura di sbagliare le parole.

4) Qual è l'effetto del mio credere al pensiero automatico?
   Mi sale ancora di più l'ansia, aumentano i sintomi fisici e la mente va in confusione. Inoltre penso ancora di più di essere inadeguato con gli altri.

   Quale potrebbe essere l'effetto del cambiare il mio pensiero?
   Avere meno ansia, rilassarmi e credere un po' di più nelle mie capacità relazionali.

5) Che cosa dovrei fare al riguardo?
   Pensare che non è un esame…, che posso provare a modificare i miei pensieri e notare che non sono l'unico, anche gli altri possono sentirsi così, quindi non è così assurdo e anomalo!

6) Se _____ (un amico/a) fosse nella stessa situazione e avesse questo pensiero, cosa gli/le direi?
   Pensa a goderti il momento e quello che ti interessa, così ti rilassi e di conseguenza, sarai più sciolto.

LA MIA "CARTA DEI DIRITTI"

Compila una tua "carta dei diritti" personale, considerando ciò che è importante per te in termini di bisogni, desideri, necessità, diritti.
Tienila in evidenza e ripetila spesso a te stesso, in modo da tener sempre presente i tuoi diritti e da rispettarli quando fai le tue scelte e quando ti relazioni.

- Ho il diritto di essere il solo giudice di me stesso
- Ho il diritto di non giustificare il mio comportamento, dando agli altri spiegazioni o scuse
- Ho il diritto di cambiare idea
- Ho il diritto di commettere errori, accettando di esserne responsabile
- Ho il diritto di dire "non lo so"
- **Ho il diritto di sentirmi libero dall'approvazione degli altri**
- Ho il diritto di dire "non capisco"
- Ho il diritto di non essere perfetto

- **Ho il diritto di rilassarmi**
- **Ho il diritto di non preoccuparmi di ciò che pensano gli altri**
- Ho il diritto di divertirmi
- Ho il diritto di dire la mia opinione
- Ho il diritto di sbagliare quando eseguo un compito, per es. quando leggo ad alta voce
- Ho il diritto di chiedere spiegazioni o fare domande
- Ho il diritto di guidare e parcheggiare con tranquillità, senza fretta
- Ho il diritto di poter chiedere aiuto e sostegno se necessario

(Nota: il paziente nel fare questo homework ha dapprima selezionato dall'elenco dei diritti di Smith quelli che potevano riguardarlo, poi ha aggiunto quelli pensati da lui in base alle difficoltà presenti nella sua vita, sottolineando, infine, quelli più importanti.)

AFFERMAZIONI POSITIVE SU DI SE'

- Sono una persona con sani principi, educata, rispettosa dell'altro
- Sono simpatico e posso divertire gli altri se sono rilassato
- Sono capace di dare amore, affetto e aiuto
- Posso essere in grado di risolvere i miei problemi, se non sono irrisolvibili
- Posso essere capace di aiutare un mio caro o un amico
- Sono competente nel mio lavoro
- Sono stato in grado di capire la maggior parte delle volte il problema nella rete
- Sono capace di lavorare bene e soddisfare sia i miei capi sia i colleghi che supporto ai PC
- Sono stato capace di costruire delle buone amicizie e posso farlo ancora
- Posso imparare ancora a rilassarmi e a svolgere bene semplici performance
- Ho saputo costruire una famiglia sana
- Sono gradevole e mai invadente
- Posso essere un buon padre
- Sono spesso un buon marito e so stare bene con mia moglie
- I miei familiari mi vogliono bene e me lo dimostrano
- Sono capace di ascoltare la persona che mi parla di un suo problema
- Sono abbastanza intelligente
- Sono stato capace di comprendere i concetti affrontati in terapia
- Ho saputo modificare alcuni miei comportamenti disfunzionali
- Posso gestire la mia ansia sociale in diversi modi che ora conosco
- Sono stato in grado di cambiare più lavori
- Posso essere ora anche bravo come studente universitario

(Nota: il paziente ha compilato l'elenco in diversi momenti successivi, riflettendo sulla sua vita o su eventi accaduti, o in seguito a considerazioni fatte in seduta o durante il seminario.)

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington: American Psychiatric Association. Trad. ital.: *DSM-IV-TR, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Masson, 2002.

Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L., Page, A. (2003). *The treatment of anxiety disorders. Clinician guides and patient manuals.* 2° Ed. Cambridge University Press. Trad. ital.: *Trattamento dei disturbi d'ansia. Guide per il clinico e manuale per chi soffre del disturbo*. Torino: Centro Scientifico Editore, 2003.

Andrews, G., Hall, W., Teesson, M., Henderson, S., (1999a). *The mental health of Australians*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care.

Baldini, F. (2004). *Homework: un'antologia di prescrizioni terapeutiche.* Milano: Mc Graw Hill.

Baldwin, D.S. (2000). Clinical experience with paroxetine in social anxiety disorder. *International clinical Psychopharmacology*, 15, 1, 19-24.

Baldwin, D.S., Bobes, J., Stein, D.J. et al. (1999). Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder: randomized, double-blind, placebo-controlled study. Paroxetine Study Group. *The British Journal of Psychiatry*, 175, 2, 120-126.

Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Bobes, J., Beidel, D.C., Ono, Y., Westenberg, H.G.M., (1998). Consensus statement on social anxiety disorder from the International Consensus Group on Anxiety and Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl. 17), 54-60.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control.* New York: Freeman. Trad. ital.: *Autoefficacia: teoria e applicazioni*. Trento: Erikson, 2000.

Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and it's disorders: the nature and treatment of anxiety and panic.* 2° Ed. New York: Guilford Press.

Battaglia, M., Ogliari, A., Zanoni, A., Citterio, A., Pozzoli, U., Maffei, C., Giorda, R., Marino, C. (2005). Influence of the serotonin transporter promoter gene and

shyness on children's cerebral responses to facial expressions. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1, 85-94.

Beck A.T., Steer R.A. (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace and Company.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International University Press.

Beck, A.T., Emery, G., Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books. Trad. ital.: *L'ansia e le fobie. Una prospettiva cognitiva*. Roma: Astrolabio, 1988.

Beck, A.T., Epstein, N., Brown, C., Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy. Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press. Trad. ital.: *Terapia Cognitiva. Fondamenti e prospettive*. Roma: Mediserve, 2002.

Beck, J.S. (2011). *Cognitive Therapy. Basics and Beyond*. 2 Ed. New York: The Guilford Press.

Beesdo K., Bittner, A., Pine, D.S., Murray, B., Stein, M.D., Hofler, M., Roselind, L., Hans-Ulrich, W. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64, 8, 903-912.

Beidel, D.C. (1998). Social anxiety disorder: etiology and early clinical presentation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 27-31.

Beidel, D.C., Turner, S.M., Morris, T.L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 6, 643-650.

Black, B., Uhde, T.W., Tancer, M.E. (1992). Fluoxetine for the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12, 4, 293-295.

Blanco, C., Raza, M.S., Schneier, F.R., Liebowitz, M.R. (2003). The evidence-based pharmacological treatment of social anxiety disorder. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 6, 4, 427-442.

Blomhoff, S., Haug, T.T., Hellstrom, K., Holme, I., Humble, M., Madsou, H.P., Wold, J.E. (2001). Randomized controlled general practice trial of sertraline,

exposure therapy and combined treatment in generalized social phobia. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 1, 23-30.

Bouton, M.E., Mineka, S., Barlow, D.H (2001). A modern learning-theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108, 1, 4-32.

Bouwer, C., Stein, D.J. (1998). Use of selective serotonin reuptake inhibitor citalopram in the treatment of generalized social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 49, 1, 79-82.

Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita. Vol. 1. L'attaccamento alla madre*. Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.

Buckner, J.D., Timpano, K.R., Zvolensky, M.J., Sachs-Ericsson, N., Schmidt, N.B. (2008). Implications of comorbid alcohol dependence among individuals with social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25, 12, 1028-1037.

Buss, A.H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman.

Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A., Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2 (Minnesota Multifasic Personality Inventory-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press. Trad. ital.: Pancheri, P., Sirigatti, S. (a cura di). *MMPI-2*. Firenze: Giunti O.S., 1995.

Butcher, J.N., Williams, C.L. (2000). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation*. 2° Ed. Minneapolis: Regents of the University of Minnesota. Trad. ital. *Fondamenti per l'interpretazione del MMPI2 e del MMPI-A*. Firenze: Giunti O.S., 2007.

Carcione, A., Falcone, M. (1999). Il concetto di metacognizione come costrutto clinico fondamentale per la psicoterapia. In: Semerari, A. (a cura di). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.

Cairney, J., McCabe, L., Veldhuizen, S., Corna, L.M., Streiner, D., Herrmann, N. (2007). Epidemiology of social phobia in later life. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 3, 224-233.

Carta, M.G., Hardoy, M.C., Cadeddu, M., Carpiniello, B., Dell'Osso, L., Reda, M.A., Wittchen, H.U. (2004). Social phobia in a Italian region: do Italian studies show lower frequencies than community surveys conducted in other European countries? *BMC Psychiatry*, 15, 4-31.

Cassano, G.B., Pancheri, P., Pavan, L., Pazzagli, A., Ravizza, L., Rossi, R., Smeraldi, E., Volterra, V. (2002). *Trattato Italiano di Psichiatria*. 2 Ed. Milano: Masson.

Castelfranchi, C. (1988). *Che figura: emozioni e immagine sociale.* Bologna: Il Mulino.

Castelfranchi, C., Mancini, F., Miceli, M. (2002). *Fondamenti di cognitivismo clinico*. Torino: Bollati Boringhieri.

Chavira, D.A., Stein, M.B. (2005). Childhood social anxiety disorder: from understanding to treatment. *Chil and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 4, 797-818.

Cheer, S.M., Figgit, D.P. (2001). Fluvoxamine: a review of its therapeutic potential in the management of anxiety disorders in children and adolescents. *Paediatric Drugs*, 3, 10, 763-781.

Clark, D.M. (2005). A cognitive perspective on social phobia. In: Crozier, W.R., Alden, L.E. (a cura di). *The essential handbook of social anxiety for clinicians*. Chichester: Wiley & Sons.

Clark, D.B., Agras, W.S (1991). The assessment and treatment of performance anxiety in musicians. *American Journal of Psychiatry*, 148, 598-605.

Clark, D.M., Ehlers, A., McManus, F. et al. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia in a randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 6, 1058-1067.

Clark, D.M., Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: Heimberg, R., Liebowitz, M., Hope, D.A., Schneier, F.R.. *Social Phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.

Cooper, P.J., Eke, M. (1999). Childhood shyness and maternal social phobia: a community study. *British Journal of Psychiatry*, 174, 439-443.

Crozier, W.R., Alden, L.E. (a cura di) (2005). *The essential handbook of social anxiety for clinicians*. Chichester: Wiley & Sons.

Cummings, E.M., Davies P.T., Campbell S.B. (2000). *Developmental psychopathology and family process*. New York: Guilford Press.

Davidson, J.R. (2006). Pharmacotherapy of social anxiety disorder: what does the evidence tell us? *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 12, 20-26.

Davidson, J.R., Foa, E.B., Huppert, J.D. et al. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in general social phobia. *Archives of*

General Psychiatry, 61, 10, 1005-1013.

Davidson, J.R., Ford, S.M., Smith, R.D. (1991). Long-term treatment of social phobia with clonazepam. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 11, 16-20.

Davidson, J.R.., Potts, N.L.S., Richichi, E.A., Krishnam, R.R., Ford, S.M., Smith, R.D., Wilson, W.H. (1993). Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 423-428.

De Girolamo, G., Polidori, G., Morosini, P., Mazzi, F., Serra, G., Scarpino, V., Reda, V., Visona, G., Falsirollo, F., Rossi, A. (2005). Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari. Il progetto ESEMeD - WMH. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 4, suppl. 14.

Dell'Erba, G.L. (2008). *Diagnosi psicologica. Fondamenti, pratiche professionali, prospettive.* Lecce: Pensa MultiMedia Editore.

Dell'Osso, L., Ducci. F., Catena, M., Saettoni, M., (2005). Disturbo d'ansia sociale. In: Cassano, G.B. (a cura di). *Psicopatologia e clinica psichiatrica*. Torino: UTET.

Di Pietro, M. (1992). *L'educazione razionale emotiva*. Trento: Erikson.

Dimaggio, G., Procacci, M., Semerari, A. (1999). Deficit di condivisione e di appartenenza. In: Semerari, A. (a cura di). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.

Eaton, W.W., Dryman, A., Weissman, M.M. (1991). Panic and phobia. In: Robins, L.N., Regier, D.A. (Eds). *Psychiatric disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study*. New York: Free Press.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart. Trad. ital.: *Ragione ed emozione in psicoterapia*. Roma: Astrolabio, 1989.

ESEMeD/MHEDEA 2000 INVESTIGATORS (2004). European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 420, 21-27.

Falcone, M., Marraffa, M., Carcione, A. (2003). Metarappresentazione e psicopatologia. In: Di Maggio, G., Semerari, A. (a cura di). *I Disturbi di Personalità. Modelli e trattamento.* Roma - Bari: Edizioni Laterza.

Faravelli, C., Guerrini Degl'Innocenti, B., Giardinelli, L. (1989). Epidemiology of

anxiety disorders in Florence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 308-312.

Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Paionni, A., Scarpato, M.A., Vigliaturo, D., Rosi, S., D'adamo, D., Bartolozzi, D., Cecchi, C., Abrardi, L. (2000). Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *European Psychiatry*, 15, 1, 17-24.

Fenigstein, A. (2009). Private and public self-consciousness. In: Leary, M.R., Hoyle, R.H. (a cura di) *Handbook of individual differences in social behavior*. New York: Guilford Press.

Feske, U., Chambless, D.L. (1995). Cognitive behavioural versus exposure only treatment for social phobia: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.

First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Benjamin, L.S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)*. Washington: American Psychiatric Press. Trad. ital.: Mazzi, F., Morosini, P., De Girolamo, G., Guaraldi, G.P. *Intervista clinica strutturata per i Disturbi dell'Asse II del DSM IV*. Firenze: Giunti O.S., 2003.

Fones, C.S.L., Manfro, G.G., Pollack, M.H. (1998). Social phobia: an update. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 247-259.

Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P., Marteinsdottir, I., Gefvert, O., Fredrickson M. (1999). Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 416-424.

Garmezy, N. (1987). Children under stress: perspectives on antecedent and correlates of vulnerability and resistance to psychopatology. In: Rabin, A.I., Aronof, J., Barclay, A.M., Zucher, R.A. *Further explorations in personalità*. New York: Wiley.

Gelernter. C.S., Uhde, T.W., Cimbolic, P., Arnkoff, D.B., Vittone, B.J., Tancer, M.E., Bartko, J.J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia. A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 48, 938-945.

Glass, C.R., Merluzzi, T.V., Biever, J.L., Larsen, K.H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy Research*, 6, 37.

Goldwurm, G.F., Sacchi, D., Scarlato, A. (1986). *Le tecniche di rilassamento nella terapia*

comportamentale. Milano: Franco Angeli.

Gorman, J.M., Liebowitz, M.R., Fyer, A.J., Campeas, R., Klein, D.F. (1985). Treatment of social phobia with atenolol. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 5, 298-301.

Gould, R.A., Buckminster, S., Pollack, M.H., Otto, M.W., Yap, L. (1997a). Cognitive-behavioural and pharmacology treatment for social phobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Science and Practice*, 4, 291-306.

Grimaldi, P. (2008). *A quale timidezza appartieni? Comprendere e prevenire le varie forme di ansia sociale*. Milano: Franco Angeli.

Harvey, A., Watkins, E., Mansell W., Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural process across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.

Hathaway, S.R., McKinley, J.C. (1942b). *The Minnesota Multiphasic Personality Schedule*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Heimberg, R.G., Becker, R.E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia*. New York: Guilford Press.

Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., Schneier, F.R., Holt, C.S., Welkowitz, L.A., Juster, H.R., Campeas, R., Bruch, M.A., Cloitre, M., Fallon, B., Klein, D.F. (1998). Cognitive behavioural group therapy *vs* phenelzine therapy for social phobia: 12 week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.

Heimberg, R.G., Salzman, D.G, Holt, C.S., Blendell, K.A. (1993). Cognitive behavioural group treatment for social phobia: effectiveness at five-years follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 325-339.

Hetherington, E.M., Martin, B. (1986). Family factors and psychopathology in children. In: Quay, H.C., Werry, J.S. (a cura di). *Psychopathological disorders in childhood*. New York: Wiley & Sons.

Hoffmann, B. H. (1977). *Handbuch des autogenen trainings*. Monaco: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH. Trad. ital.: Weilbacher, R. (a cura di). *Manuale di Training Autogeno*. Roma: Astrolabio, 1980.

Hope, D.A., Heimberg, R.G. Bruch, M.A. (1995). Dismantling cognitive-behavioural group therapy for social phobia. *Behavioral Research and Therapy*, 33, 637-650.

Hurrelmann, K. (1989). *Human development and health*. Berlino: Springer-Verlag.

Jacobson, E. (1928). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

James, I.M., Griffith, D.N.W., Pearson, R.M. et al. (1977). Effect of oxprenolol on tage-fright in musicians. *Lancet*, 2, 952-954.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion. Trad. ital.: *Dovunque tu vada, ci sei già*. Milano: Tea, 1999.

Kabat-Zinn, J. (2004). *Full catastrophe living*. Jon Kabat-Zinn. Trad. ital.: *Vivere momento per momento*. Milano: Corbaccio, 2005.

Kagan, J., Reznick, J.S., Gibbons, J. (1989). Inhibited and uninhibited types of children. *Child Development*, 838-845.

Kagan, J., Reznick, J.S., Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*, 58, 1459-1473.

Kagan, J., Reznick, J.S., Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167-171.

Kagan, J., Reznick, J.S., Clarke, C., Snidman, N., Garcia-Coll, C.G. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 55, 6, 2212-2225.

Kasher, S. (1998). Social phobia: the nature of the disorder. *Journal of Affective Disorders*, 50 (Suppl), S3-S9.

Kasper, S., Stein, D.J., Loft, H., Nil, R. (2005). Escitalopram in the treatment of social anxiety disorder: randomised, placebo-controlled, flexible-dosage study. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 3, 222-226.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A. (1994). Lifetime and 12 months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

Kessler, R.C., Ustun, T.B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO), Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, 2, 93-121.

Kessler, R.C., Stein, M.B., Berglund, P.A. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 155, 5, 613-619.

Kessler, R.C., Stang, P., Wittchen H.U., Stein, M.B., Walters, E.E. (1999b). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the National

Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29, 555-567.

Kirmayer, L.J. (1991). The place of culture in psychiatry nosology: Taijin Kyofu-sho and DSM-III-R. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 1, 19-28.

Kobak, K.A., Greist, J.H., Jefferson, J.W. et al. (2002). Fluoxetine in social phobia: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22, 257-262.

Janet, P., Raymond, F. (1903). *Les Obsessions et la psychasthénie*. 2 Vol. Paris: Alcan.

Jefferson, J.W. (2001). Social anxiety disorder: more than just a little shyness. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*, 3, 1, 4-9.

Lader, M., Stender, K., Burger, V., Nil, R., (2004) Efficacy and tolerability of escitalopram in 12- and 24-week treatment of social anxiety disorder: randomized, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study. *Depression and Anxiety*, 19, 4, 241-248.

Lalla, C. (1999). La promozione della funzione metacognitiva attraverso l'uso delle tecniche cognitive standard. In: Semerari, A. (a cura di). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Milano: Raffaello Cortina.

Leary, M.R. (1983). Social anxiousness: the construct and its measurement. *Journal Personal Assessment*, 47, 66.

Leary, M.R., Kowalski, R.M. (1993). The Interaction Anxiousness Scale: construct and criterion-related validity. *Journal Personal Assessment*, 61, 136.

Lecrubier, Y. (1997). Implications of early onset social phobia on outcome. *European Neuropsychopharmacology*, 7, suppl. 2, S85.

Lecrubier, Y. (1998). Comorbidity in social anxiety disorder: impact on disease burden and management. *Journal of clinical Psychiatry*, 59, 33-37.

Lecrubier, Y., Weiller, E. (1997). Comorbidities in social phobia. *International Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12, Suppl. 6, 17-21.

LeDoux, J.E. (1996). *Il cervello emotivo: alle origini delle emozioni*. Trad. ital. Milano: Baldini e Castoldi, 1998

Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, W.A., Kessler, R.C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey - Replication. *Biological Psychiatry*, 62, 6, 553-564.

Lepine, J.P., Pelissolo, A. (1998). Social phobia and alcoholism: a complex

relationship. *Journal of Affective Disorders*, 50, S23-S28.

Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Mod. Probl. Pharmacopsychiatry*, 22, 141.

Liebowitz, M.R., Quitkin, F.M. et al. (1984). Phenelzine *vs* emipramine in atipical depressed: a preliminary report. *Archives General of Psychiatry*, 41, 669-667.

Liebowitz, M.R., DeMartinis, N.A., Weihs, K. et al. (2003). Efficacy of sertraline in severe generalized social anxiety disorder: results of a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 785-792.

Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Fyer, A.J. (1988). Pharmacotherapy of social phobia: an interim report of a placebo controlled comparison of phenelzine and atenolol. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 252-257.

Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Fyer, A.J., Klein, D.F. (1985). Social phobia: review of a neglected anxiety disorder. *Archives General of Psychiatry*, 42, 729-736.

Liebowitz, M.R., Schneier, F., Campeas, R., Hollander, E., Hatterer, J., Fyer, A., Gorman, J., Papp, L., Davies, S., Gully, R., Klein, D.F. (1992). Phenelzine *vs* atenolol in social phobia: a placebo controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 49, 290-300.

Lorenzini, R., Sassaroli, S. (1987). *La paura della paura.* Roma: Nuova Italia Scientifica.

Lorenzini, R., Sassaroli, S. (1991). *Quando la paura diventa malattia: come riconoscere e curare le proprie fobie.* Milano: Edizioni Paoline.

Lorenzini, R., Sassaroli, S. (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità.* Milano: Raffaello Cortina.

Lorenzini, R., Sassaroli, S. (1998). *Paure e fobie.* Milano: Il Saggiatore.

Lorenzini, R., Sassaroli, S. (2000). *La mente prigioniera.* Milano: Raffaello Cortina.

Lorenzini, R., Stratta, F. (2006). Modulo di intervento sui processi: polarizzazione degli scopi e costruzione di alternative. In: Sassaroli, S., Lorenzini, R., Ruggiero, G. M. (a cura di). *Psicoterapia cognitiva dell'ansia. Rimuginio, controllo ed evitamento.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Manuzza, S., Schneier, F.R., Chapman, T.F., Liebowitz, M.R., Kelin, D.F., Fyer, A.J. (1995). Generalized social phobia: reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 230-237.

Marks, I.M. (1970). The classification of phobic disorders. *British Journal of Psychiatry*,

116, 377-386.

Marks, I.M., Gelder, M.G. (1966). Different age of onset in varieties of phobia. *American Journal Psychiatry*, 123, 218-221.

Marshall, J.R. (1992). The psychopharmacology of social phobia. *Bullettin of the Meninger Clinic*, 56, Suppl. 2, A42-A49.

Martell, C.R., Addis, M.E., Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context: strategies for guided action*. New York: Norton.

Martin, G., Pear, J. (1999). *Behaviour modification: what it is and how to do it*. Trad. ital.: *Strategie e tecniche per il cambiamento. La via comportamentale*. Milano: Mc Graw-Hill, 2000.

Matsunaga, H., Kiriike, N., Matsui, T., Iwasaki, Y., Stein, D.J., Taijin, K. (2001). A form of social anxiety disorder that responds to serotonin reuptake inhibitors? *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 4, 3, 231-237.

Mick, M.A., Telch, M.J. (1998). Social anxiety and history of behavioral inhibition in young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 1-20.

Millon, T. (1969). *Modern psycopathology: a biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: W.B. Saunders.

Millon, T. (1977). *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual.* Minneapolis: National Computer Systems.

Millon, T., Davies, R.D. (1997). The MCMI-III: present and future directions. *Journal of personality assessment*, 68, 1, 69-85.

Mohammadi, M.R., Ghanizadeh, A., Mohammadi, M., Mesgarpour, B. (2006). Prevalence of social phobia and its comorbidity with psychiatric disorders in Iran. *Depression and Anxiety*, 23, 7, 405-411.

Montano, A. (2007). *Mindfulness. Guida alla meditazione di consapevolezza. Una terapia per tutti*. Salerno: Ecomind.

Morgenstern, J., Langenbucher, J, Labouvie, E., Miller, K.J. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 74-84.

Muller, J.E., Koen, L., Stein, D.J. (2004). The spectrum of social anxiety disorders. In: Baldelow, B., Stein, D.J. (a cura di) *Social Anxiety Disorders*. New York: Marcel Dekker.

Nader, K., LeDoux, J.E. (1999). Is it time in invoke multiple fear learning system? *Trends in Cognitive Science*, 1, 7, 241-244.

Nicolò, G. (1999). Deficit di decentramento e ideazione delirante. In: Semerari, A. (a cura di). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.

Nies, A., Howard, D., Robinson, D.S. (1982). Antianxiety effects of MAO inhibitors. In: Mathew, R.J. (Eds.). *The Biology of Anxiety*. New York: Brunner/Mazel.

Nutt, D.J., Bell, C.J., Malizia, A.L. (1998). Brain mechanisms of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, suppl. 17, 4-9.

Otto, M.W., Pollack, M.H., Maki, K.M., (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits and stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 4, 556-563.

Overall, J.E., Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychology Rep.*, 10, 799.

Persons, J.B. (2005). Empiricism, mechanism, and the practice of cognitive-behavior therapy. *Behavior Therapy*, 36 (2), 107-118.

Perugi, G., Simonini, E. et al. (1990). Primary and secondary social phobia: psycho-pathologic and familial differentiations. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 3, 1-6.

Perugi, G., Simonini, E,. Nassini, S., Moretti, L. (2002). Fobia sociale. In: Cassano, G.B., Pancheri, P., Pavan, L., Pazzagli, A., Ravizza, L., Rossi, R., Smeraldi, E., Volterra, V. *Trattato Italiano di Psichiatria*. 2 Ed. Milano: Masson.

Perugi, G., Nassini, S., Lenzi, M., Simonini, E,. Cassano, G.B., McNair, D.M. (1995). Treatment of social phobia with fluoxetine. *Anxiety*, 1, 6, 282-286.

Pollard, C.A., Henderson, J.G. (1988). Four types of social phobia in a community sample. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 176, 440-445.

Pradella, F. (2006). La Fobia Sociale. In: Sassaroli, S., Lorenzini, R., Ruggiero, G. M. (a cura di). *Psicoterapia cognitiva dell'ansia. Rimuginio, controllo ed evitamento.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Procacci, M., Catania D., Popolo, R. (2011). I disturbi d'ansia sociale. In: Procacci, M., Popolo, R., Marsigli, N. (a cura di). *Ansia e ritiro sociale. Valutazione e trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Procacci, M., Popolo, R., Marsigli, N. (a cura di) (2011). *Ansia e ritiro sociale. Valutazione e trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Rachman, S. (1998). *Anxiety*. Psychology Press Ltd. Trad. ital.: *L'ansia*. Roma-Bari: Laterza, 2004.

Rapee, R.M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. In: Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., Schneier, F.R., (Eds). *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.

Rapee, R.M., Spence, S.H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 7, 737-767.

Regier, D.A., Rae, D.S., Narrow, W.E., Kaebler, C.T., Schatzberg, A.F. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173, Suppl. 34, 24-28.

Reiter, S.R., Pollack, M.H., Rosembaum, J.F. et al. (1990). Clonazepam for the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 470-472.

Roy-Byrne, P.P., Wingerson, D. (1992). Pharmacotherapy of anxiety disorders. In: Tasman, A., Riba, M.B. (Eds). *Review of Psychiatry*. Vol. 11. Washington: American Psychiatric Press.

Rubin, K.H., Stewart, S.L., Coplan, R.J. (1995). Social withdrawal in childhood: conceptual and empirical perspectives. In: Ollendick, T.H., Prinz, R.J. (a cura di). *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 3, 316-331.

Salaberria, K., Echeburua, E. (1998). Long-term outcome of cognitive therapy's contributions to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. *Behaviour Modification*, 22, 262-284.

Salkovskis, P.M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.

Sassaroli, S., Lorenzini, R., Ruggiero, G. M. (a cura di) (2006). *Psicoterapia cognitiva dell'ansia. Rimuginio, controllo ed evitamento.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Schultz, J.H. (1968). *Il training autogeno: esercizi inferiori*. Vol. I. Milano: Feltrinelli.

Schultz, J.H. (1971). *Il training autogeno: esercizi superiori*. Vol. II. Milano: Feltrinelli.

Schneier, F.R., Chin, S.J., Hollander, E., Liebowitz, M.R., (1992). Fluoxetine in

social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12, 1, 62-64.

Schneier, F.R., Johnson, J., Hornig, C.D., Liebowitz, M.R., Weissman, M.M. (1992). Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.

Schneier, F.R., Martin, L.Y., Liebowitz, M.R., Gorman, M.D., Fyer, A.J. (1989). Alcohol abuse in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 15-23.

Seedat, S., Stein, M.B. (2004). Double-blind, placebo-controlled assessment of combined clonazepam with paroxetine compared with paroxetine monotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 244-248.

Simon, N.M., Sharma, S.G., Worthington, J.J. et al. (2001). Citalopram for social phobia: a clinical case series. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 25, 7, 1469-1474.

Simonian, S.J, Beidel, D.C., Turner, S.M., Berkes, J.L., Long, J.H. (2001). Recognition of facial affect by children and adolescent diagnosed with social phobia. *Child Psychiatry and Human Development*, 32, 2, 137-145.

Spagnulo, P. (2004). *Problem solving. L'arte di trovare soluzioni*. Salerno: Ecomind.

Spielberger, C.D. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Revised Edition.* Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M. (1987). *Instruction manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R.* New York: New York State Psychiatric Institute.

Stahl, S.M. (2002). Don't ask, don't tell, but the benzodiazepines are still the leading treatments for anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 756-757.

Stein, D.J., Stein, M.B., Goodwin, W., Kumar, R., Hunter, B. (2001). The selective serotonin reuptake inhibitor paroxetine is effective in more generalized and in less generalized social anxiety disorder. *Psychopharmacology*, 158, 3, 267-272.

Stein, M.B., Chavira, D.A. (1998). Subtype of social phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 50, S11-S16.

Stein, M.B., Kean, Y. (2000). Disability and quality of life in social phobia. *American*

Journal of Psychiatry, 157, 10, 1606-1613.

Stein, M.B., Walker, J.R., Forde, D.R. (1994). Setting diagnostic thresholds for social phobia: considerations from a community survey of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 151, 408-412.

Stein, M.B., Fyer, A,J., Davidson, J.R.T., Pollack, M.H., Wiita, B. (1999). Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder): a double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 156, 5, 756-760.

Stein, M.B., Roy-Byrne, P.P., Craske, M.G., Michelle, G., Bystritsky, A., Sullivan, G., Pyne, J., Katon, W., Sherbourne, C. (2005). Functional impact and health utility of anxiety disorders in primary care outpatients. *Medical Care*, 43, 12, 1164-1170.

Stravynski, A., Arbel, N., Bounader, J., Gaudette, G., Lachance, L., Borgeat, F., Fabian, J., Lamontagne, Y., Sidoun, P., Todorov, C. (2000). Social phobia treated as problem in social functioning: a controlled comparison of two behavioural group approaches. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 188-198.

Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavioural and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.

Tran, G.Q., Chambless, D.L. (1995). Psychopathology of social phobia: effects of subtype and of Avoidant Personality Disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 9, 489-501.

Trower, P., Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35.

Torta, R., Amodeo, L. (2009). *L'azione ansiolitica dei farmaci antidepressivi*. Ospedaletto (Pisa): Pacini Editore Medicina.

Turk, C.L., Heimberg, R.G., Orsillo, S.M., Holt, C.S., Gitow, A., Street, L., Schneier, F.R., Liebowitz, M.R. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 209-223.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Jacob, R.G. (1994). Social phobia: a comparison of behaviour therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 350-358.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V., Keys, D.J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of*

Abnormal Psychology, 95, 389-394.

Udhe, T.W., Tancer, M.E., Black, B. et al. (1991). Phenomenology and neurobiology of social phobia: comparison with panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 11, 31-40.

Van Ameringen, M., Lane, R.M., Walzer, J.R. et al. (2001). Sertraline treatment of generalized social phobia: a 20-week, double-blind, placebo controlled study. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 2, 275-281.

Van Ameringen, M., Mancini, C., Streiner, D.L. (1993). Fluoxetine efficacy in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 1, 27-32.

Van Dam-Baggen, R., Kraaimaat, F. (2000). Group social skills training or cognitive group therapy as the clinical treatment of choise for generalized social phobia? *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 437-451.

van der Linen, G.J, Stein, D.J., van Balkom, A.J (2000). The efficacy of the selective serotonin reuptake inhibitors for social anxiety disorder (social phobia): a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Clinical Psychopharmacology*, 15, suppl. 2, S15-S23.

Van Vliet, I.M., den Boer, J.A., Westenberg, H.G. (1994) Psychopharmacological treatment of social phobia: a double-blind controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacology*, 115, 128-134.

Ventura, J., Green, M., Shaner, A., Liberman, R. (1993). Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: "the drift busters". *Journal Method Psychiatric Research*, 3, 221.

Versiani, M., Nardi, A.E., Figueira, I. et al. (1997). Double-blind controlled trial with bromazepam in social phobia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 46, 3, 167-171.

Versiani, M., Nardi, A.E., Mundim, F.D., Alves, A.B., Liebowitz, M.R., Amrein, R. (1992). Pharmacotherapy of social phobia: a controlled study with moclobenide and phenelzine. *British Journal of Psychiatry*, 161, 353-360.

Versiani, M., Nardi, A.E., Mundim, F.D., Pinto, S., Sabota, E., Kovacs, R. (1996). The long-term treatment of social phobia with moclobenide. *International Journal of Psychopharmacology*, 11, 83-93.

Walker, J.R., Van Ameringen, M.A., Swinson, R. et al. (2000). Prevention of relapse in generalized social phobia: results of a 24-week study responders to 20 week

of sertraline treatment. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 20, 636-644.

Walzer, J.R., Stein, M.B. (1995). Epidemiology. In: Stein, M.B. (Ed). *Social phobia: clinical and research perspectives.* Washington: American Psychiatric Press.

Wang, P.S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., Kessler, R.C. (2005). Twelve month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey - Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 6, 629-640.

Weiller, J., Bisserbe, C. et al. (1996). Social phobia in general health care: an unrecognized, undertreated disabiling disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168, 169-174.

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders. A practice manual and conceptual guide*. New York: Wiley & Sons. Trad. ital.: *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. Milano: McGraw-Hill, 1999.

Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley & Sons. Trad. ital.: *Disturbi emozionali e metacognizione*. Trento: Erikson, 2002.

Wells, A., Clark, D.M. (1997). Social phobia: a cognitive approach. In: Davey, D.C.L. *Phobias: a handbook of description, treatment and theory*. Chichester: Wiley.

Wells, A., Matthews, G. (1994). *Attention and emotion. A clinical perspective*. Hove: Erlbaum.

Wells, A., Papageorgiou, C. (2001). Social phobic interoception: effects of bodily information on anxiety, beliefs and self-processing. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1-11.

Wittchen, H.U., Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , 108, suppl. 417, 4-18.

Wlazlo, Z., Schroeder-Hartwig, K., Haend, L., Kaiser, G., Munchau, N. (1990). Exposure in vivo *vs* social skills training for social phobia: long-term outcome and differential effects. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 181-193.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.