



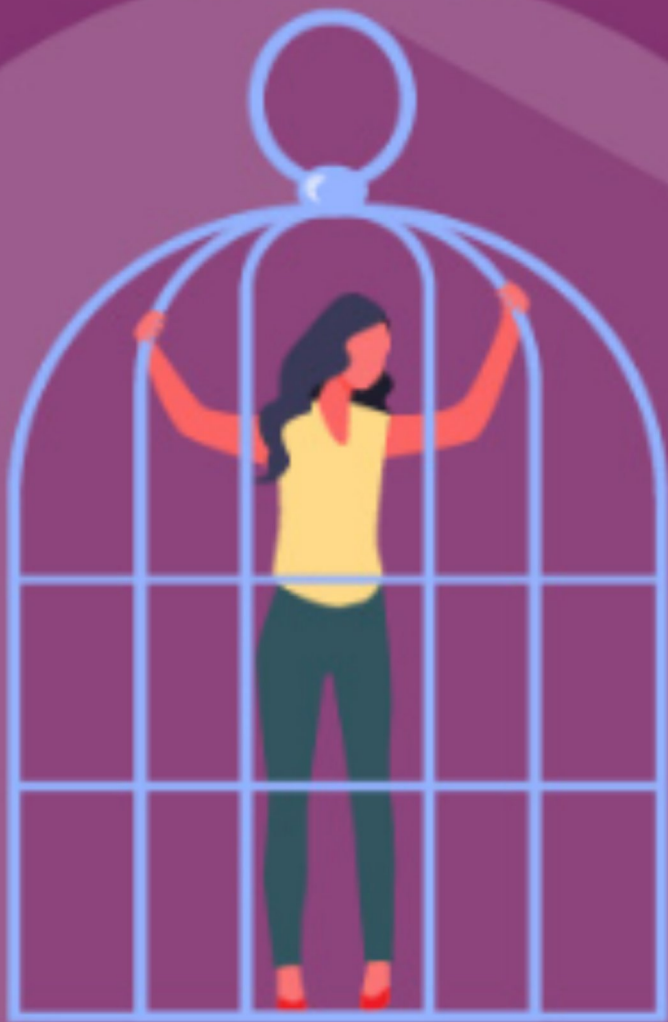
FOBIA SOCIALE
antonella.chifari@itd.cnr.it



Partiamo da un'immagine ...

- *Finalmente il commissario poté acchianare sul palco seguito da Mimì Augello. Sapiva di non essiri assolutamente capace di parlare in pubblico, era rosso in faccia e si sentiva la vucca tutta allappusa come quanno si mangia il limone.*

A. Camilleri, “La prima indagine di Montalbano”



Starter

- Attraverso l'app MENTIMETER creiamo una nuvola di associazioni libere.

NON POSSO ANDARE
SCUOLA!... SE FACCIO
GURACCE?! SE NON SO
SPONDERE?! SE
DONO DI ME?!

NON PUOI NON
ANDARCI, SEI IL
PROFESSORE!



DSM-5

- La fobia sociale compare nel DSM-5 nel capitolo dei disturbi d'ansia. Viene definita come un disturbo psicologico caratterizzato da un'intensa e persistente paura di affrontare le situazioni sociali in cui si è esposti alla presenza e al **giudizio altrui** per il timore di apparire incapace o ridicoli e di agire in modo inopportuno. Si tratta di un disturbo d'ansia causato dalla paura di essere giudicati negativamente in situazioni sociali o durante lo svolgimento di un'attività
- Secondo il DSM-5 inoltre per fare diagnosi di fobia sociale è necessario che la reazione fobica sia presente da diverso tempo (almeno sei mesi), sia intensa e sproporzionata. Inoltre il disturbo deve provocare un significativo peggioramento del funzionamento del soggetto (ad es. attraverso comportamenti di evitamento) e della sua qualità di vita.

DSM 5

- *Il DSM-5 inoltre definisce due tipologie di disturbo d'ansia sociale. Se infatti i sintomi si presentano solamente quando il soggetto deve effettuare una performance pubblica (come parlare in pubblico) allora si parla di “**disturbo d'ansia sociale correlato alle performance**”. In genere questo tipo di disturbo può essere diagnosticato in musicisti, ballerini, atleti etc. In casi in cui invece il disturbo si presenti anche in altri contesti sociali allora si utilizza la denominazione semplice “**disturbo d'ansia sociale**”.*
- *Si ipotizza un continuum tra disturbi caratterizzati da diverse intensità d'ansia sociale:*

Fobia sociale

Timidezza

**Disturbo evitante di
personalità**

Janet (1903)

- Le prime descrizioni della fobia sociale risalgono ai primi anni del Novecento, quando Janet (1903) la definì come 'La paura di parlare in pubblico, suonare il piano e scrivere di fronte ad altri'. La specificità della fobia sociale fu negata con l'affermarsi della Psicoanalisi, che la classificò genericamente all'interno della nevrosi fobica. Successivamente, Marks e Gelder (1966) la distinsero dalle altre manifestazioni fobiche, definendola come 'La paura di mangiare, bere, ballare, parlare, scrivere, ecc. in presenza di altre persone per il timore di risultare ridicoli'.

▼ Criteri Diagnostici – DSM 5

- A) Paura o ansia marcate relative a una o più situazioni sociali nelle quali l'individuo è esposto al possibile esame degli altri. Gli esempi comprendono interazioni sociali (per es., avere una conversazione, incontrare persone sconosciute), essere osservati (per es., mentre si mangia o si beve) ed eseguire una prestazione di fronte ad altri (per es., fare un discorso).
- B) L'individuo teme che agirà in modo tale o manifesterà sintomi di ansia che saranno valutati negativamente (cioè saranno umilianti o imbarazzanti; porteranno al rifiuto o risulteranno offensivi per altri).
- C) Le situazioni sociali temute provocano quasi invariabilmente paura o ansia.
- D) Le situazioni sociali temute sono evitate oppure sopportate con paura o ansia intense.
- E) La paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto alla reale minaccia posta dalla situazione sociale e al contesto socioculturale.

▼ Criteri Diagnostici – DSM 5

F) La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti e durano tipicamente 6 mesi o più.

G) La paura, l'ansia o l'evitamento causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

H) La paura, l'ansia o l'evitamento non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o a un'altra condizione medica.

I) La paura, l'ansia o l'evitamento non sono meglio spiegati dai sintomi di un altro disturbo mentale, come disturbo di panico, disturbo di distorsione corporea o disturbo dello spettro dell'autismo.

J) Se è presente un'altra condizione medica (per es., malattia di Parkinson, obesità, deturpazione da ustione o ferita), la paura, l'ansia o l'evitamento sono chiaramente non correlati oppure eccessivi.



Specificare se:

Generalizzata: se le paure includono la maggior parte delle situazioni sociali (ad esempio, avviare o mantenere una conversazione, partecipare a piccoli gruppi, incontri, parlare con figure autorevoli, partecipare a feste).

- **Nota:** Considerare anche la diagnosi addizionale di Disturbo Evitante di Personalità.
- Non vanno inclusi i casi in cui i sintomi sono la manifestazione di una patologia organica, oppure siano associati a un altro disturbo emotivo, come l'essere preoccupati di mangiare di fronte agli altri, in casi di anoressia nervosa.

Età di esordio e prevalenza

La **fobia sociale** è più diffusa di altri disturbi psichiatrici; il secondo disturbo d'ansia (dopo le fobie specifiche) e il quarto disturbo in assoluto, preceduto da abuso di alcool e dal Disturbo Depressivo Maggiore.

Si stima infatti che circa il 7-13% delle persone sperimentino, nell'arco della loro vita, i sintomi di questo disturbo (Keller MB, 2003; Schneier, 2006). L'ansia sociale può presentarsi in comorbidità con altri disturbi psichiatrici, in particolare altri disturbi d'ansia e disturbi depressivi.

Un'analisi dei principali studi clinici ed epidemiologici dagli anni ottanta ad oggi ha evidenziato un'età di esordio tra i 13 e i 24 anni (Stein, 2008) ed è presente in misura maggiore nel sesso femminile (circa il 60%) rispetto a quello maschile (Ruscio et al., 2008). L'ansia sociale, così come molti altri disturbi d'ansia e dell'umore, è correlata a problematiche sociali (ad es. ridotta produttività lavorativa) e ridotta qualità della vita (Stein, 2005).

Eziologia

Sono molteplici e spesso sottilmente intrecciate tra loro, esse vanno ricercate nell'interazione tra le caratteristiche genetiche e l'ambiente.

- Familiarità
- Temperamento
- Fattori educativi (eccessiva ansia dei genitori, ostacoli alle esperienze di socializzazione, ipercriticismo, eccessiva severità, isolamento sociale familiare, abbandono e trascuratezza)
- Apprendimento attraverso condizionamento diretto, apprendimento osservativo e trasferimento dell'informazione
- Storia di attaccamento, ovvero il tipo di legame con le figure genitoriali, o di riferimento.

È importante dire che, come la trasmissione genetica da sola non può rendere conto dello sviluppo del disturbo, così il condizionamento diretto, l'apprendimento osservativo o il trasferimento di informazione non possono spiegare completamente l'eziologia del disturbo.

Eziologia

- Come per le fobie specifiche anche l'ansia sociale sembra essere collegata a comportamenti appresi in passato, in genere in età infantile, in persone predisposte. Comprendono una vulnerabilità temperamentale, esperienze negative nel passato, eventi di vita avversi e situazioni sociali predisponenti come essere oggetto di umiliazione pubblica, o di critica o di aggressione possono portare a sviluppare il disturbo.
- Le persone con fobia sociale spesso sono caratterizzate da una bassa autostima e alti livelli di autocritica (Cox BJ et al., 2004) elevata paura del rifiuto e del giudizio altrui.

Differenze tra ansia sociale e fobia sociale

Ansia sociale

Moderato desiderio di approvazione

Aspettativa di essere approvato

Ragionevole tolleranza della disapprovazione

Facile dimenticanza degli errori sociali

Nei casi dubbi, interpretazione della reazione degli altri come approvazione

Fobia sociale

Forte bisogno di approvazione

Aspettativa di essere disapprovato

Grave sofferenza per la disapprovazione

Ricordo e turbamento continuo per i propri errori sociali

Nei casi dubbi, interpretazione della reazione degli altri come disapprovazione

Cosa scatena l'ansia sociale?

- La vergogna è il cardine su cui ruota la fobia sociale: il timore di essere mal giudicato per i propri sintomi ansiosi (lettura del pensiero: gli altri capiranno il mio disagio e mi giudicheranno debole, fragile, inutile, etc.) AUMENTA LA SENSAZIONE DI DISAGIO, I COMPORTAMENTI PROTETTIVI E RINFORZA IL DISTURBO ANSIOSO.
 - In alcuni casi l'ansia può raggiungere l'intensità di un attacco di panico.

INGREDIENTI

- PAURA – EVITAMENTO SOCIALE – AUTOEFFICACIA – DIFFICOLTA' NELLA COMUNICAZIONE VERBALE – ESSERE OSSERVATI – RAPPORTO RAVVICINATO CON L'ESTRANEO

PENSIERI CONFUSI

**AUMENTO DELLA
SUDORAZIONE**

**STORDIMENTO/
VERTIGINI**

**RESPIRO
AFFANNOSO**

**VISTA PIÙ ACUTA
O LIMITATA SUI LATI**

BOCCA ASCIUTTA

**PRODUZIONE DI
ADRENALINA**

**BATTITO
ACCELERATO**

**FARFALLE NELLO
STOMACO**

MANI FREDDI

**URGENZA
DI EVACUARE**

MUSCOLI TESI



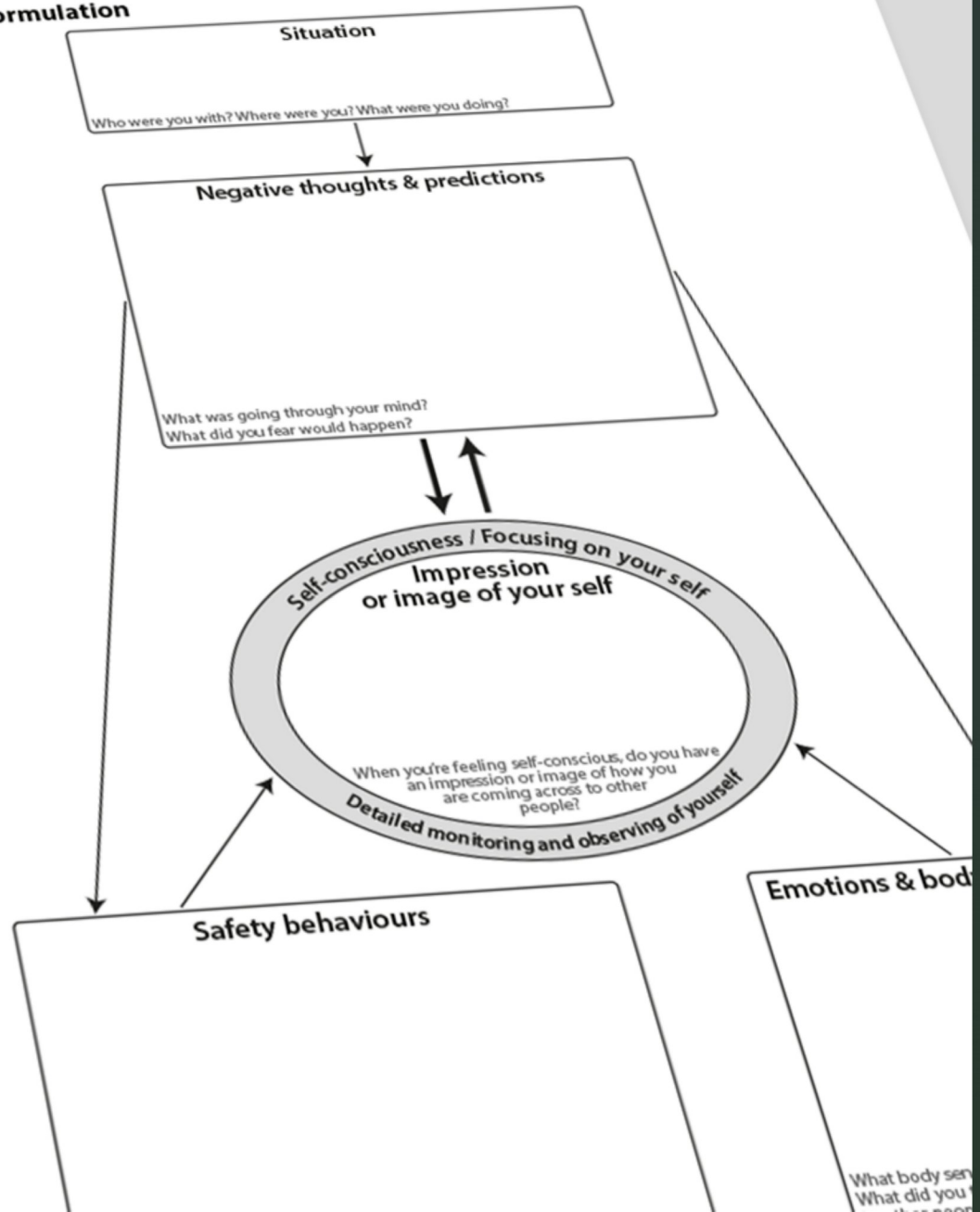


Dinanzi ad una situazione pubblica si riscontra la seguente sequenza di eventi: la situazione attiva le credenze relative al potenziale fallimento della prestazione e le implicazioni legate alla manifestazione dei sintomi; ciò induce il soggetto a percepire un pericolo sociale che diviene visibile nelle preoccupazioni anticipatorie o nei pensieri automatici negativi. Come per esempio: “non so cosa dire, la gente penserà che sono stupido”; oppure “cosa succederà se sudo o balbetto? Tutti mi noteranno e penseranno che non sono normale”.

I pensieri automatici negativi sono associati all’attivazione dell’ansia, sotto forma di sintomi somatici o cognitivi, che diventano ulteriori fonti di pericolo, perché sono soggetti a giudizi negativi e potrebbero essere interpretati come prove di umiliazione o fallimento. La strategia difensiva porta a concentrare l’attenzione su di sé e sui propri comportamenti.

IL MODELLO di Clark e Wells (1995; Wells e Clark, 1997)

Social Anxiety Formulation



Esempi di convinzioni e giudizi attesi di chi soffre di fobia sociale

Convinzioni

Devo apparire capace

Devo essere divertente o sarò un fallito

Se mi vedono ansioso penseranno che sono debole

Se non saprò cosa dire sarò un disastro

Cominceranno a disprezzarmi

Giudizi attesi

Che stupido!

Mi sembra sciocco ed incapace

C'è qualcosa di sbagliato in lui

Sembra un po' strano

Ecco uno che non riesce a controllarsi

Clark e Wells (1995; 1997)

- Il loro modello cognitivo si basa su un modello di autoregolazione della vulnerabilità emozionale. Esso pone particolare enfasi sull'attenzione alla focalizzazione del sé e l'uso delle informazioni interne per costruire un'impressione distorta e negativa di un sé osservabile.
- Secondo questo modello, la caratteristica centrale dei fobici sociali è il forte desiderio di dare una buona impressione di sé agli altri, ma tale desiderio è messo in discussione dalla sensazione di non avere le capacità per riuscirci.
 - Questa insicurezza è contraddistinta da atteggiamenti negativi verso la propria prestazione, da strategie comportamentali protettive e da procedure di evitamento.
- I soggetti fobici, anziché concentrarsi sulla situazione sociale e sul feedback degli altri, **focalizzano l'attenzione su loro stessi ed usano le informazioni che ottengono dalla propria auto-osservazione per valutare come appaiano e cosa gli altri pensino di loro**. L'attenzione diretta a sé, insieme ad i comportamenti protettivi e di evitamento, elude la falsificazione dell'auto-valutazione negativa ed induce gli altri a percepire il soggetto fobico sociale sotto una luce negativa, suggestionando la prestazione del soggetto nella situazione sociale.



Le dieci ipotesi di Clark (2001)

1. i fobici sociali interpretano gli eventi sociali in una modalità eccessivamente negativa.
2. I fobici sociali mostrano un aumento dell'attenzione su se stessi quando sono ansiosi in situazioni sociali.
3. I fobici sociali mostrano ridotta esternazione dei segnali sociali quando sono ansiosi
4. I fobici sociali generano immagini della prospettiva dell'osservatore, di come loro pensano di apparire agli altri in situazioni temute. (non alla lettera: le fobie sociali portano ad una dispercezione del sé... ossia fanno sì che chi ne soffre abbia una percezione distorta di come appare agli altri nelle situazioni da lui temute)
5. I fobici sociali usano le informazioni interne rese accessibili dalla focalizzazione del sé, su di sé, per fare inferenze su come appaiono agli altri



Le dieci ipotesi di Clark (2001)

6. In situazioni di sicurezza e attenzione focalizzata del sé fanno attenzione ad evitare la disconferma delle credenze negative dei fobici sociali e mantenendo quindi, la fobia sociale.
7. In situazioni in cui si attuano comportamenti per la propria sicurezza, (cioè per tutelarla) e in cui si è focalizzati su se stessi, i fobici sociali possono apparire agli altri meno desiderabili.
8. L'esternazione di segnali sociali dovuta alla fobia sociale può essere interpretata dagli altri come un segno di disapprovazione.
9. I fobici sociali si impegnano nel trattare anticipatamente in modo negativo un evento, prima di immettersi nella situazione sociale temuta.
10. Dopo gli eventi, chi soffre di fobia sociale, rimugina prolungatamente e negativamente (ha pensieri a valenza negativa) su tali eventi.

Il ruolo chiave dei fattori mantenimento

- Lo stato di ansia provato dal soggetto, durante l'intrattenimento dei rapporti sociali temuti, innesca l'evitamento che mantiene il problema attraverso i seguenti circoli viziosi:
 - l'evitamento, almeno nel breve periodo, consente al pz di ridurre l'ansia, mantenendo invariate le idee catastrofiche circa il contatto con gli altri, impoverendo le sue abilità interpersonali e aumentando il suo senso di insicurezza.
 - I cicli interpersonali disfunzionali: la paura di apparire inadeguato, i comportamenti protettivi creano una «distanza» tra se e gli altri; questi atteggiamenti «distanzianti» possono essere fraintesi, ossia letti come espressioni di superbia o arroganza che scoraggiano il contatto sociale.
 - Il clima iperprotettivo all'interno del nucleo familiare.

Assessment

Longitudinale

- raccogliere la storia di vita del paziente a partire dall'infanzia, indagare l'esistenza di eventi traumatici

Focalizzato

- ABC cognitivo

Strumentale

- CBA
- Social Anxiety Scale/Social Phobia Rating Scale
- Rathus (test per l'assertività)
- MMPI

Fisiologico

- Rilevazione tramite biofeedback dei parametri elettrofisiologici

CONTRATTO E PROGRAMMA TERAPEUTICO

- Nella stesura del contratto terapeutico, viene presentato al pz ciò che è emerso durante la fase di Assessment, la cadenza delle sedute (in genere settimanale) e gli obiettivi a breve, medio e lungo termine.
 - **Obiettivi a breve termine**
 - Impostazione di una relazione terapeutica improntata sulla chiarezza, fiducia, accoglienza, riservatezza
 - Comprensione del problema
 - **Obiettivi a medio termine**
 - Identificare i pensieri disfunzionali
 - Ridurre l'ansia associata alle situazioni sociali/eliminare i comportamenti di evitamento
 - Imparare a gestire le preoccupazioni
 - Migliorare le abilità sociali
 - **Obiettivi a lungo termine**
 - Consolidamento dei cambiamenti
 - Prevenzione delle ricadute

I follow up sono da programarsi a distanza prima di tre, poi sei mesi dalla conclusione del programma terapeutico.

Treatment Of Phobia

Cognitive behavioral
therapy (CBT)

Exposure therapy

Medications

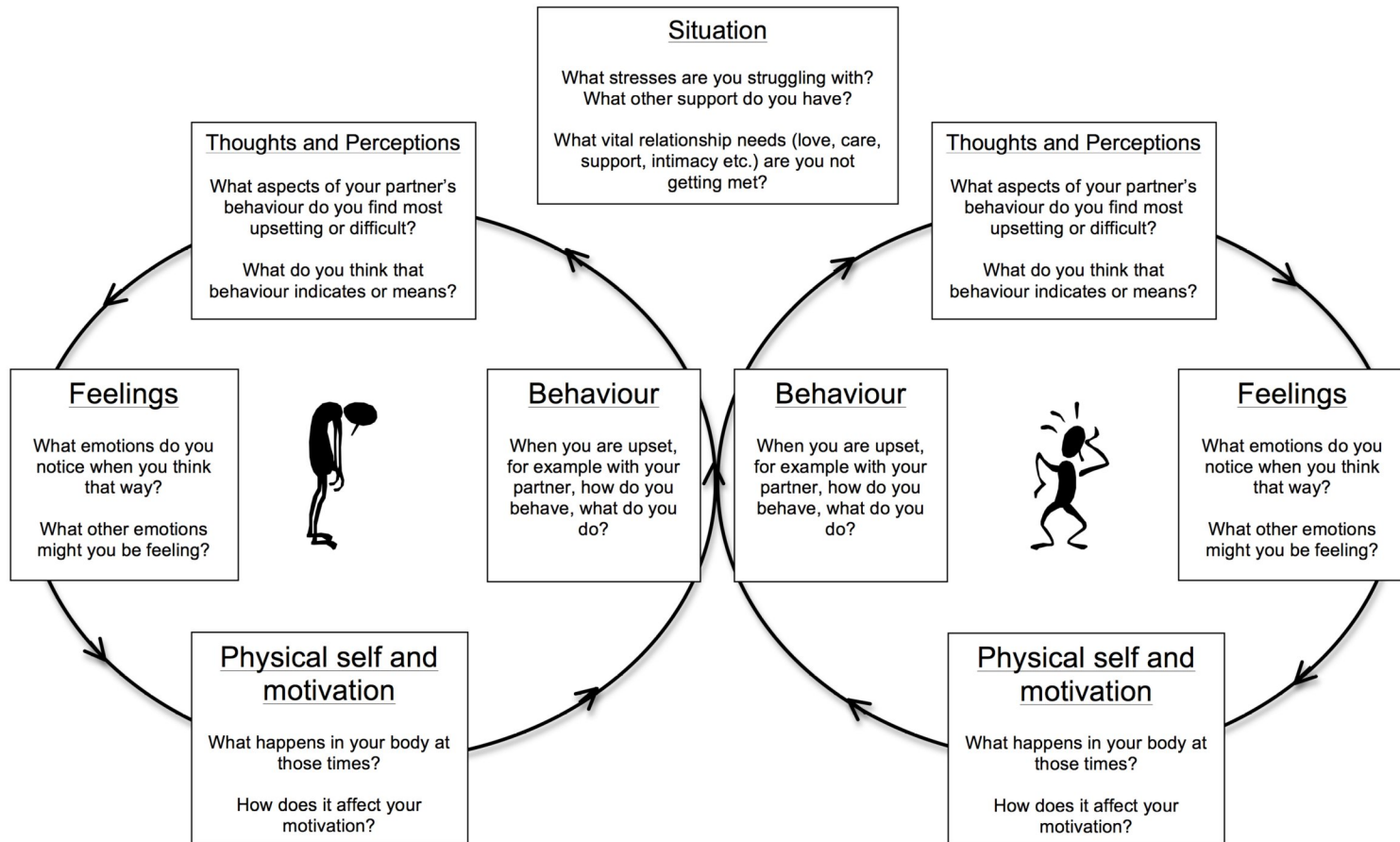
Relaxation
techniques



La cura della **fobia sociale** prevede la psicoterapia, la terapia farmacologica o entrambe

Le strategie di trattamento CC per raggiungere gli obiettivi prima descritti

- **Psicoeducazione** sul modello della fobia sociale
- **ABC**
 - Imparare a riconoscere la relazione tra situazione temuta, cognizione e conseguenze emotive e comportamentali
- **Ristrutturazione cognitiva**
- **Esposizione** alle situazioni temute (in immaginazione e in vivo) preceduta da desensibilizzazione sistematica
- Ridurre l'ansia mediante il **rilassamento** muscolare progressivo
- Ridurre la sovrastima dell'attenzione altrui attraverso esercizi di decentramento (cfr. esperimento della torta).
- Riconoscere ed eliminare i comportamenti protettivi
- Training di assertività
- Training di abilità sociali



Mettiamoci in gioco

- L'assessment nella fobia sociale: impariamo a cercare «indizi» significativi nella storia di apprendimento, quali credenze, quali risposte fisiologiche in presenza di quali eventi attivanti.
- La valutazione: quali scale diagnostiche potrebbero essere utili
- Simulata di parte del colloquio di identificazione dei pensieri automatici: come mettere in discussione il pensiero
- Esercizi/esperimenti comportamentali utili al superamento dell'ansia.

Assessment

- **Longitudinale**
 - raccogliere la storia di vita del paziente a partire dall'infanzia, indagare l'esistenza di eventi traumatici
 - storia di apprendimento, quali credenze, quali risposte fisiologiche in presenza di quali eventi attivanti.
- **Focalizzato**
 - **ABC cognitivo**
- **Strumentale**
- **Fisiologico**
 - Rilevazione tramite biofeedback dei parametri elettrofisiologici

Assessment longitudinale

Avvenimenti che lasciano il segno

- Vi sono avvenimenti che possono favorire l'insorgenza di disturbi legati all'ansia sociale in un individuo in cui è presente una fragilità preesistente; avvenimenti che agiscono come un traumatismo iniziale in seguito al quale si instaura, in maniera più o meno durevole, una sequela di angosce e di comportamenti più o meno perturbati.

Esempio: umiliazione subita in classe o di fronte a un gruppo di persone.

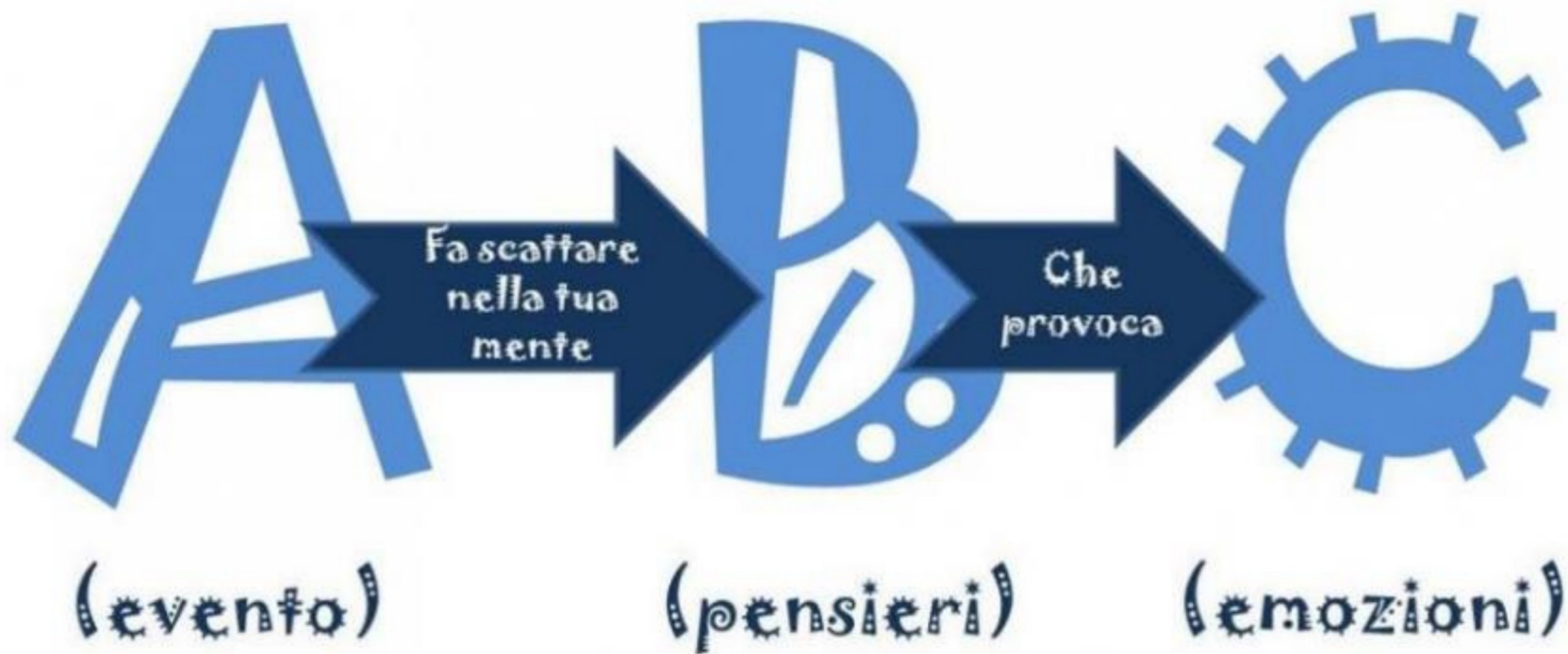
Avvenimenti che hanno rinforzato e quindi mantenuto i sintomi

- Le caratteristiche che si attribuiscono ai soggetti timidi sono anche quelle tradizionalmente attribuite al genere femminile: dolcezza, modestia, sensibilità e riservatezza.

Assessment longitudinale

L'ambiente familiare

- Presso i genitori di bambini inibiti si riscontrano tassi di ansia significativamente alti, depressione e altri disturbi ansiosi. Alcuni genitori sono timidi, inibiti, con poche relazioni sociali; alcuni sono iperprotettivi, altri ancora autoritari, tendenti alla svalutazione, incapaci di esternare le proprie emozioni.
- Inclinazione al perfezionismo
- Standard di efficienza e di accettabilità
- Ipercriticismo
- Continui paragoni con altri fratelli





Assessment strumentale

- La misura della fobia sociale di tipo circoscritto ricalca quella delle fobie semplici. Si tratta di stabilire il grado in cui il soggetto affronta le situazioni temute, il livello soggettivo di ansia e le cognizioni associate, la presenza di comportamenti protettivi e di evitamento. Nel caso della Fobia Sociale Generalizzata l'assessment è di maggior respiro e riguarda le abilità sociali complessive dell'individuo.
- Accanto alle tecniche che prevedono l'osservazione diretta del comportamento (ad esempio: durante un role playing), l'intervista clinica (individuale o con la partecipazione di altri significativi) e l'automonitoraggio (l'accurata e sistematica registrazione di determinati comportamenti effettuata dall'interessato stesso), si è riscontrato un utilizzo sempre più frequente dei questionari.
- Diversi sono gli strumenti self-report sviluppati all'estero per la misura della fobia sociale.



ABC strumentale

- CBA
- Liebowitz Social Anxiety Scale Test

<http://www.socialanxietysupport.com/disorder/liebowitz/>

http://www.benessere.com/psicologia/fobie/fobia_test.htm

- Social Phobia Rating Scale (Wells A. Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia, pp. 320-321).
- SPIN (Davinson, 2000) inside Social Phobia Questionnaire Pack
- Rathus (test per l'assertività)
- MMPI

Liebowitz Social Anxiety Scale

Heimburg, R. G. & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Phobia*. New York, NY: The Guilford Press.

Situation	Fear	Avoidance
1. Using a telephone in public	0 - None ☐	0 - Never ☐
2. Participating in a small group activity	0 - None ☐	0 - Never ☐
3. Eating in public	0 - None ☐	0 - Never ☐
4. Drinking with others	0 - None ☐	0 - Never ☐
5. Talking to someone in authority	0 - None ☐	0 - Never ☐
6. Acting, performing, or speaking in front of an audience	0 - None ☐	0 - Never ☐
7. Going to a party	0 - None ☐	0 - Never ☐
8. Working while being observed	0 - None ☐	0 - Never ☐
9. Writing while being observed	0 - None ☐	0 - Never ☐
10. Calling someone you don't know very well	0 - None ☐	0 - Never ☐
11. Talking face to face with someone you don't know very well	0 - None ☐	0 - Never ☐
12. Meeting strangers	0 - None ☐	0 - Never ☐
Situation	Fear	Avoidance
13. Urinating in a public bathroom	0 - None ☐	0 - Never ☐
14. Entering a room when others are already seated	0 - None ☐	0 - Never ☐
15. Being the center of attention	0 - None ☐	0 - Never ☐
16. Speaking up at a meeting	0 - None ☐	0 - Never ☐
17. Taking a test of your ability, skill, or knowledge	0 - None ☐	0 - Never ☐
18. Expressing disagreement or disapproval to someone you don't know very well	0 - None ☐	0 - Never ☐
19. Looking someone who you don't know very well straight in the eyes	0 - None ☐	0 - Never ☐
20. Giving a prepared oral talk to a group	0 - None ☐	0 - Never ☐
21. Trying to make someone's acquaintance for the purpose of a romantic/sexual relationship	0 - None ☐	0 - Never ☐
22. Returning goods to a store for a refund	0 - None ☐	0 - Never ☐
23. Giving a party	0 - None ☐	0 - Never ☐
24. Resisting a high pressure sales person	0 - None ☐	0 - Never ☐
Result:	0	0

Submit

Your score:

The scoring scale:

Liebowitz Social Anxiety Scale-Self Report Version (Liebowitz, 1987)

- This is a 24-item questionnaire which elicits ratings of fear and avoidance of social interaction and performance situations. It yields two subscale scores (Fear and Avoidance) which when summed together give the total score. The maximum score for both subscales is 72. The maximum total score is 144. For sufferers of social phobia, scores typically are greater than 60. In a study to assess the psychometric properties of this scale, the mean score of 175 adults with social phobia was 69 (Baker, Heinrichs, Kim, & Hofmann, 2002). This measure is administered pre, mid and at the end of therapy but can be used weekly.

SPIN (Davidson 2000)

- This is a 17 item questionnaire which measures fear, avoidance and physiological symptoms in social phobia. It has good test-retest reliability; correlates highly with the Liebowitz and is more sensitive to change. The 17 items are scored from 0-4, and are added together to give a total score with a range of 0-68. A score of 19 or above indicates caseness, and a score of less than 19 indicates non-caseness. This measure can be administered weekly or pre-mid and at the end of therapy.

SPI**name****date**

beside each statement below, please tick the box that best describes how you have been feeling during the last week or other agreed time period:

		<i>0: not at all</i>	<i>1: a little bit</i>	<i>2: some -what</i>	<i>3: very much</i>	<i>4: extre -mely</i>
1	I am afraid of people in authority					
2	I am bothered by blushing in front of people					
3	parties and social events scare me					
4	I avoid talking to people I don't know					
5	being criticized scares me a lot					
6	I avoid doing things or speaking to people for fear of embarrassment					
7	sweating in front of people causes me distress					
8	I avoid going to parties					
9	I avoid activities in which I am the centre of attention					
10	talking to strangers scares me					

11	I avoid having to give speeches					
12	I would do anything to avoid being criticized					
13	heart palpitations bother me when I am around people					
14	I am afraid of doing things when people might be watching					
15	being embarrassed or looking stupid are among my worse fears					
16	I avoid speaking to anyone in authority					
17	trembling or shaking in front of others is distressing to me					

total score =

Connor KM, et al. *Psychometric properties of the Social Phobia Inventory*. Br J Psych 2000; 176: 379-386.

SPI

as a rough rule of thumb, SPIN scores indicate the following levels of social anxiety:

< 20	20's	30's	40's	50's
none	mild	moderate	severe	very severe

average outcomes in a major research trial using paroxetine were:

	fear	avoidance	physiological	total
baseline	15.3	19.9	7.8	43
end-point	10.0	13.3	4.0	27.4

it is suggested that a 50% reduction in SPIN score correlates with a "clinical response":

improvement level	minimal	much	very much
% SPIN reduction	35	53	60

Connor KM, et al. *Psychometric properties of the Social Phobia Inventory*. Br J Psych 2000; 176: 379-386.

La concettualizzazione del caso

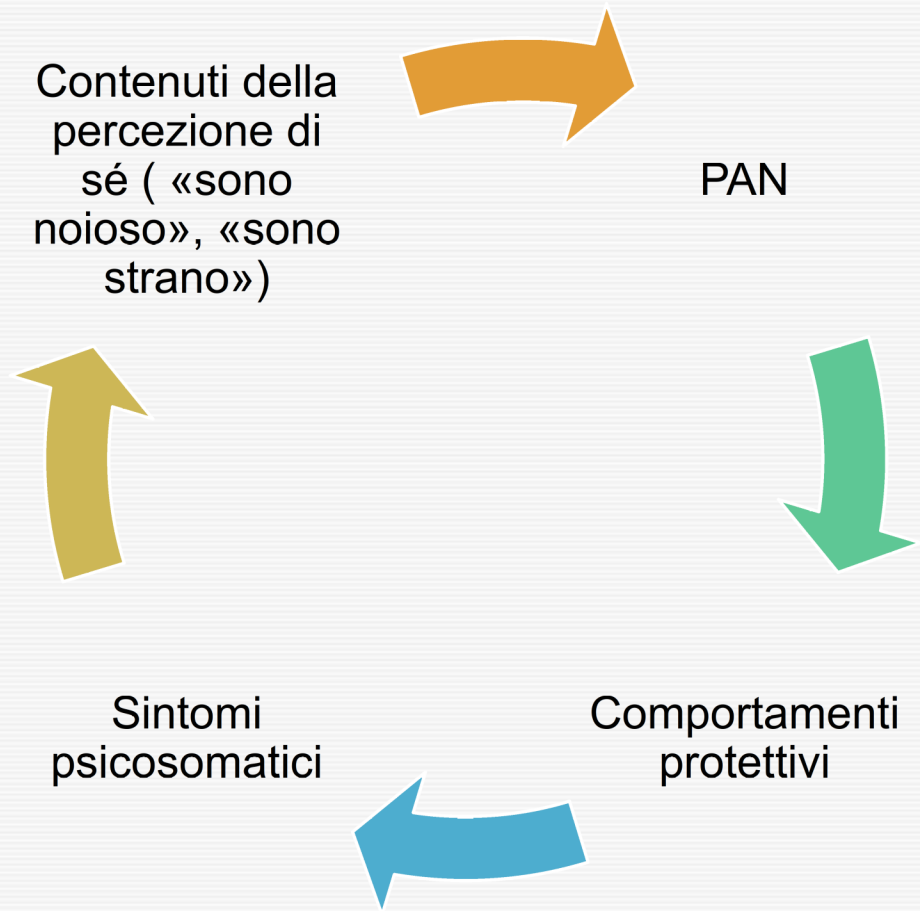
- Fattori predisponenti
- Fattori precipitanti
- Fattori perpetuanti, responsabili del mantenimento dell'elaborazione disfunzionale di sé, presenti durante la situazione critica e i giudizi negativi connessi alla sensazione di pericolo.
- Fattori protettivi

Elicitare dati utili per la concettualizzazione:

- farsi raccontare episodi recenti in cui il pz ha provato ansia in situazioni pubbliche;
- porre domande dirette durante, o subito dopo, un role playing o l'esposizione in vivo.

4 tipi di
informazioni

...



L'uso del registro dei pensieri

- TENERE UN **DIARIO** PER LA REGISTRAZIONE DEI PENSIERI AUTOMATICI NEGATIVI IMPLICA:
 - Identificare le situazioni temute in maniera precisa e puntuale
 - Identificare le emozioni e la loro intensità (0-100)
 - Identificare i pensieri automatici negativi (PAN)
 - ciò comporta l'inizio della valutazione di specifici PAN e delle DISTORSIONI COGNITIVE che ad essi sottendono (catastrofizzazione, doverizzazione, lettura del pensiero, visione tunnel, etc.)
 - Identificare i pensieri alternativi funzionali (PAF)
 - Chiedersi se esiste un altro modo di considerare la situazione, se esistono prove a favore che le cose stanno proprio come si pensa che siano, se ci sono prove del contrario, etc.

Identificare i pensieri automatici negativi (PAN)

- Domande
 - Quali pensieri negativi le sono venuti in mente quando si è trovato in quella situazione?
 - Quando si è accorto di avere molto caldo, quali pensieri le sono venuti in mente?



- I PAN in molti casi di fobia sociale non sono suscettibili di modificazione, poiché essi sono associati all'attivazione dell'ansia sotto forma di sintomi psicosomatici, i quali sono soggetti a giudizi negativi e possono essere interpretati come prove di fallimento o di umiliazione. Nella fobia sociale, infatti, gli eventi negativi possono avvenire realmente: gli altri potrebbero fissare, rifiutare, umiliare e pensare male dinanzi ad una persona che suda, balbetta, trema mentre parla.
- La TC dovrebbe concentrarsi prima di tutto sul cambiamento:
 - delle immagini distorte di sé, di ciò che credono sia il giudizio altrui;
 - delle credenze relative alle conseguenze dei sintomi manifestati o delle prestazioni fallite.

*Provate a rispondere
come risponderebbe un
fobico sociale ...*

Alcune domande
utili per
individuare i
pensieri
disfunzionali

- Che cosa penso di me?
- Che cosa penso degli altri?
- Che cosa penso della situazione?
- Che cosa ho paura che succeda?
- Che cosa penso che farò?
- Nei miei pensieri uso espressioni del tipo «devo», «è necessario che», «tutti ...», «è terribile che ...», etc.

Identificazione dei comportamenti protettivi

- Domande
 - Quando ha pensato che (l'evento temuto) sarebbe avvenuto, ha fatto qualcosa per evitarlo? Cosa ha fatto?
 - Se lei non avesse assunto (comportamento protettivo), quanto è convinto che (l'evento temuto) sarebbe realmente accaduto?
 - Fa qualche cosa per controllare i sintomi/migliorare la prestazione/nascondere il problema?
 - Fa qualcosa per evitare di attirare l'attenzione?
 - Quale effetto ottiene attraverso l'impiego di comportamenti protettivi?
 - Sulla consapevolezza di sé
 - Sulla sua prestazione
 - Sull'immagine trasmessa agli altri?
 - Sui suoi sintomi?



Sintomi psicosomatici

- Domande
 - Quale sintomo la disturba maggiormente?
 - Quando si sente ansioso in situazioni pubbliche, quali sintomi nota?
 - Quanto ritiene siano evidenti i sintomi?
 - Se le persone notassero i sintomi cosa significherebbe questo per lei?

Elicitazione dei contenuti riguardo a sé

Per accedere all'elaborazione della percezione di sé si possono valutare:

- **I contenuti dell'accresciuta sensazione di disagio**
 - Quando lei si è sentito consapevole, di cosa lo era maggiormente?
 - Su quali aspetti di se stesso si è maggiormente concentrato?
 - ha avuto un'idea di come potesse apparire nella situazione?
- **Quanto giudica evidenti i propri sintomi**
 - Quando lei si sente ansioso, di quali sintomi è maggiormente consapevole?
 - Ha un'idea di come i sintomi possano apparire anche ad altre persone?
 - Come pensa di apparire agli occhi degli altri?
 - Se io avessi avuto la possibilità di vederla direttamente in quella situazione, cosa avrei visto?
- **I comportamenti protettivi**
 - 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?

Domande relative all'immaginazione

- Quando si è trovato in quella situazione, ha avuto in mente un'immagine di come lei potesse apparire? La descriva
- Riesce a creare un'immagine di come pensa di apparire in quegli istanti? Descriva quello che vede.

Desensibilizzazione sistematica

- Graduale decondizionamento delle risposte d'ansia, che si attua contrapponendo agli stimoli ansiosi una situazione di rilassamento psicofisico.
 - Si basa sul principio di **inibizione reciproca** di Wolpe che la sperimentò per il trattamento delle reazioni fobiche. Secondo tale principio non si può essere, nello stesso tempo, rilassati e ansiosi.
 - Di conseguenza, se vengono sperimentati nel paziente stimoli, atti a provocare ansia, con sempre maggiore intensità, mentre però costui è in uno stato di profondo rilassamento, la reazione di rilassamento (risposta antagonista) finirà con indebolire il legame tra gli stimoli stessi e la risposta ansiogena sino a sostituirsi alla reazione d'ansia. Egli sarà così desensibilizzato allo stimolo originario, generatore d'ansia.

Fasi della DS ... come procedere ...

1. Tecniche di rilassamento
2. Costruzione della gerarchia o scala SUD
3. Contro-condizionament o per esposizione in immaginazione e in vivo

- Prima di avviare il processo di desensibilizzazione, il paziente deve essere allenato a rilassarsi
 - Il metodo più utilizzato è la tecnica di rilassamento profondo progressivo (metodo Jacobson). L'esercizio di tendere e rilassare i singoli gruppi muscolari permette al paziente di distinguere la sensazione di tensione da quella di rilassamento. Gli esercizi vanno praticati anche a casa. Altre tecniche riguardano l'ipnosi, lo sforzo di immaginare situazioni di grande rilassamento, il controllo della respirazione.
- Si stabilisce insieme al pz una gerarchia di stimoli ansiogeni (scala SUD)



Come procedere ... /2

- Per costruire la scala SUD
 - si identificano i temi principali (paura di..., paura di...)
 - si descrivono situazioni particolari che potrebbero provocare reazioni di angoscia, a partire da quelle meno ansiogene, per finire con quelle più intense.
- La gerarchia consiste di 10 voci/gradini alle quali deve essere associata l'intensità dell'ansia (0-100).

Come procedere ... /3

- Nelle sedute di desensibilizzazione il terapeuta descrive la scena a partire dalla situazione descritta nel gradino più basso e, per circa 10 o 15 secondi, chiede al paziente di immaginare di parteciparvi. Simultaneamente si induce una condizione di rilassamento.
 - Fin tanto che la tensione prodotta è meno forte della risposta di rilassamento, sarà quest'ultima a prevalere.
- Il paziente immagina la scena un certo numero di volte, sino a quando dichiara che la sua ansia si è estinta. Egli apprenderà via via che «trovarsi in quella situazione» non provocherà più alcun effetto negativo.
- Dopo qualche minuto di rilassamento, il terapeuta passa allo stimolo immediatamente superiore nella gerarchia, e ripete tutta la procedura.
- Se, a un certo punto, un'immagine produce un flusso di angoscia troppo forte, il terapeuta torna indietro al livello inferiore fino a che il paziente è pronto a risalire di nuovo la scala.
- Dopo un certo numero di sedute, egli dovrebbe essere in grado di rappresentarsi gli stimoli più intensi senza che ciò gli procuri quell'ansia esagerata e insopportabile precedentemente sperimentata.



Pensare in modo diverso – Ristrutturazione cognitiva

- La ristrutturazione cognitiva mira a modificare il sistema di regole e di credenze con il quale vengono decifrate e valutate le esperienze personali di vita e che funge anche da regolatore del comportamento
- Esempi di regole e assunzioni nell'ansia sociale:
 - “qualsiasi situazione nuova deve essere considerata come pericolosa”
 - “una persona o una situazione sono inaffidabili fino a che non ne venga dimostrato il contrario”
 - “devo sempre essere forte e adeguato alle situazioni”
 - “non devo sbagliare mai”
 - “fare una brutta figura è una catastrofe”
 - “se mostro di essere ansioso, apparirò ridicolo”

Passi della ristrutturazione cognitiva



Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta Edizione. A cura di Biondi M. Raffaello Cortina Editore, Milano 2014.

<http://www.dsm5.org/documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>

Johnson, S. L. (1999). *Strategie e strumenti di psicoterapia*. Edizione italiana a cura di: Rovetto Francesco. McGraw-Hill, Milano.

Meazzini, P. (2002). *Paura d'esame: come vincerla*. Franco Angeli.

Veale, D. (2003). Treatment of social phobia. Retrieved from <http://apt.rcpsych.org/content/9/4/258.full.pdf+html>

Wells, A. (1999). *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. Edizione italiana a cura di: Sica Claudio. McGraw-Hill, Milano.

Testi di autoaiuto

Bislenghi, L. e Marsigli, N. (2006). *Il timore degli altri. Vincere la fobia sociale*. Ecomind.

Boldorini, A. L. e Spagnulo P. *Le chiavi dell'autostima*. Ecomind

Padesky, C. A. e Greenberger, D. *Penso, dunque mi sento meglio. Esercizi cognitivi per problemi di ansia, depressione, colpa, vergogna e rabbia*. Edizioni Erickson.

Bibliografia

- Akkuş, K., & Peker, M. (2021). Exploring the Relationship Between Interpersonal Emotion Regulation and Social Anxiety Symptoms: The Mediating Role of Negative Mood Regulation Expectancies. *Cognitive Therapy and Research*, 1–15. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10262-0>
- Arad, G., Shamai-Leshem, D., & Bar-Haim, Y. (2021). Social Distancing During A COVID-19 Lockdown Contributes to The Maintenance of Social Anxiety: A Natural Experiment. *Cognitive Therapy and Research*, 45(4), 708–714. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10231-7>
- Beidel, D. C., Ferrell, C., Alfano, C. A., & Yeganeh, R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 831–846. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70266-5](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70266-5)
- Hur, J. W., Shin, H., Jung, D., Lee, H. J., Lee, S., Kim, G. J., ... Cho, C. H. (2021). Virtual reality–based psychotherapy in social anxiety disorder: fMRI Study using a self-referential task. *JMIR Mental Health*, 8(4). <https://doi.org/10.2196/25731>
- Jystad, I., Bjerkeset, O., Haugan, T., Sund, E. R., & Vaag, J. (2021). Sociodemographic Correlates and Mental Health Comorbidities in Adolescents With Social Anxiety: The Young-HUNT3 Study, Norway. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.663161>
- Luzi, L., Gandini, S., Massarini, S., Bellerba, F., Terruzzi, I., Senesi, P., ... Ferrulli, A. (2021). Reduction of impulsivity in patients receiving deep transcranial magnetic stimulation treatment for obesity. *Endocrine*. <https://doi.org/10.1007/S12020-021-02802-1>

Bibliografia

- Mohatt, J., Bennett, S. M., & Walkup, J. T. (2014). Treatment of separation, generalized, and social anxiety disorders in youths. *American Journal of Psychiatry*, 171(7), 741–748.
- Mohatt, J., Bennett, S. M., & Walkup, J. T. (2014). Treatment of separation, generalized, and social anxiety disorders in youths. *American Journal of Psychiatry*, 171(7), 741–748.
<https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2014.13101337>
- Péliissolo, A., André, C., Chignon, J. M., Dutoit, D., Martin, P., Richard-Berthe, C., & Tignol, J. (2002). Épidémiologie des troubles anxieux en psychiatrie libérale: Prévalences, comorbidité et retentissement (étude DELTA). *Encephale*, 28(6 I), 510–519.
- Reich, J. (1986). The epidemiology of anxiety. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(3), 129–136.
<https://doi.org/10.1097/00005053-198603000-00001>
- Sakolsky, D., & Birmaher, B. (2008, October). Pediatric anxiety disorders: Management in primary care. *Current Opinion in Pediatrics*, Vol. 20, pp. 538–543. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32830fe3fa>
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, Vol. 371, pp. 1115–1125.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2)

Esercizio 1

- Chiudi gli occhi, rilassa il corpo, e focalizza il tuo ambiente domestico. Com'era lo stile educativo nella tua famiglia?

Protettivo, critico, difensivo, premuroso, diligente, zelante, sempre presente, eccessivamente attento, valutativo, esigente, giudicante, iper-responsabile, invadente, permissivo, puntivo, mortificante, avvilito, scoraggiante, umiliante, pedante, pignolo ...

z

Adesso rispondi alle seguenti domande:

- Dal mio ambiente familiare ho imparato che per essere accettato devo ...
- Dalle mie esperienze di apprendimento dirette o indirette (osservando gli altri) ho imparato che:
 - Le persone sono solitamente ...
 - Il mondo è un posto

Ecco le risposte di Giorgia

- Dal mio ambiente familiare ho imparato che per essere accettato devo... conformarmi alle aspettative degli altri, evitare di fare errori o sembrare ridicolo, e mostrarmi perfetto per non essere criticato o rifiutato.
- Dalle mie esperienze di apprendimento dirette o indirette ho imparato che:
 - Le persone sono solitamente... critiche, giudicanti, o pronte a notare i miei errori. Spesso sembra che gli altri mi osservino e mi giudichino negativamente.
 - Il mondo è un posto... pericoloso e pieno di situazioni sociali che mi mettono a disagio. È meglio evitare interazioni sociali per non sentirmi inadeguato o fuori posto.

Tipici pensieri che riflettono come una persona con fobia sociale possa interpretare le dinamiche sociali in modo negativo, alimentando la paura del giudizio e il desiderio di evitare situazioni che potrebbero metterla in difficoltà.