

Un caso di Fobia Sociale

Emanuela Cellitti¹

Riassunto

Il presente lavoro descrive il trattamento cognitivo comportamentale di una paziente di circa 30 anni con diagnosi di Fobia Sociale. Particolare attenzione è stata posta all'individuazione e alla modificazione del contenuto dei Pensieri Automatici Negativi. Il fine della terapia è stato il cambiamento delle immagini distorte di sé, di ciò che la paziente crede sia il giudizio altrui e delle credenze relative alle conseguenze dei sintomi manifestati o delle prestazioni fallite. Inoltre la ricostruzione dei cicli interpersonali implicati nel disturbo e il raggiungimento di un maggior insight hanno determinato il miglioramento delle abilità sociali.

Summary

This paper describes the cognitive behavioral treatment of a 30 years old patient with a Social Phobia diagnosis. Special attention has been given to the identification and modification of the of the Negative Automatic Thoughts content. The aims of the therapy have been the change of the distorted images of herself, the change of what the patient believes it is the others' opinion about her and the change of beliefs about the consequences of the symptoms exhibited or failed performance. In addition, the reconstruction of interpersonal cycles involved in the disturbance and the achievement of greater insight led to the improvement of social skills

Presentazione

Paola è una ragazza di circa 30 anni, nubile, che vive con i genitori in un piccolo paese di provincia. Ha conseguito brillantemente la laurea e al momento della terapia aveva appena concluso la prima esperienza lavorativa della durata di un anno. Ha una sorella più giovane, a cui è molto legata. Al momento della terapia, Paola aveva una relazione di pochi mesi con uno studente universitario più giovane di lei.

Paola è stata inviata al mio studio dallo psicologo che all'epoca seguiva il suo fidanzato con la richiesta di una consulenza psicologica. Fin dai primi colloqui, ha espresso una grande motivazione a volersi occupare del suo disturbo.

Anamnesi familiare ed individuale con particolare riferimento agli elementi rilevanti nella patogenesi della sofferenza.

Paola vive e trascorre la sua infanzia in un piccolo paese di provincia e riferisce di esser cresciuta in un clima familiare molto sereno in cui la madre, soprattutto, si è sempre dedicata alle figlie rinunciando a “velleità professionali”. Più volte riferisce il messaggio materno: “mamma ha fatto grandi sacrifici rinunciando a lavorare per occuparsi di noi, avrebbe avuto grandi prospettive se non si fosse sposata giovane..”. La madre, oltre ad essere descritta come una donna dedita al marito e alle figlie, è molto ansiosa e sensibile al giudizio degli altri e si mostra controllante soprattutto verso la figlia minore investendo Paola del ruolo di vigilatrice sulla condotta della sorella.

La sorella, viene descritta come estroversa e affettuosa, infantile e opportunistica.

Terminate le scuole medie Paola, frequenta le scuole superiori con grande profitto appassionandosi allo studio delle lingue straniere.

Rispetto alla sua adolescenza la paziente riferisce: “la maggior parte delle persone (anche quelle più vicine) dice che sono una snob e per un periodo della mia vita lo sono stata.. ma la mia era semplicemente una difesa. Mi sentivo “non accettata” e giudicata a casa, con gli amici, dai ragazzi. In realtà tutti preferivano mia sorella.. non riuscivo a capire cosa non andasse in me ... ha presente il brutto anatroccolo? Questo mi fa stare male, credo di essere emotivamente instabile, una debole. Mi sono sempre sentita etichettare come la “cattiva” della famiglia quella più distaccata..”.

Conseguito il diploma brillantemente si è iscritta all’Università fino a quando il padre ha avuto un grave problema di salute che l’ha costretto diversi mesi in ospedale. In quel periodo, Paola ha vissuto in un profondo stato di ansia legato alla salute del padre sospendendo l’Università. La guarigione del padre è coincisa con il desiderio di Paola di continuare gli studi interrotti, tuttavia, non più motivata come all’inizio, ha deciso di cambiare facoltà senza avere in mente un chiaro progetto sul futuro. Iscritta alla nuova facoltà inizia a studiare seguendo una rigida tabella di marcia, svolgendo brillantemente esami ad ogni sessione conseguendo nei tempi previsti la laurea.

Nel 2007, inizia a lavorare con grande dedizione fino alla fine del 2008, quando chiede una consulenza psicologica.

Nel gennaio dello stesso anno interrompe una storia a distanza durata 3 anni con un ragazzo conosciuto in vacanza, riesce a chiudere il rapporto quando conosce a lavoro Stefano, studente, più giovane. La frequentazione con Stefano coincide con un periodo in cui Paola affronta un intervento chirurgico di Apicectomia in prossimità dell’incisivo superiore che l’ha costretta a seguire delle

cure per diversi mesi. Questo evento è stato fonte di grande vergogna per Paola, costringendola a stare molto tempo a casa per evitare di essere vista. Temeva di essere fonte di disgusto per via del suo “sorriso disdicevole”. Nonostante la condizione medica sia migliorata in pochi mesi, Paola ha iniziato a sviluppare una sintomatologia ansiosa rispetto alla sua immagine.

Inoltre, in quel periodo le frequentazioni con Stefano hanno provocato la gelosia da parte dell'ex fidanzata di quest'ultimo, creando degli schieramenti all'interno del gruppo di amici.

Per tale motivo, P. è stata oggetto di critiche, generando contrasti all'interno del gruppo e con la conseguente compromissione dei rapporti.

In quel periodo, in concomitanza con la convalescenza, P. inizia a preoccuparsi del suo aspetto, sviluppando un profondo senso di inadeguatezza e vergogna inizialmente nel gruppo di amici fino a generalizzarla in più situazioni sociali (nei bar del paese, nella piazza, in palestra, nei negozi, negli uffici pubblici, etc.).

Definizione del problema secondo la paziente

Paola chiede una consulenza psicologica lamentando un profondo stato di ansia soprattutto nelle situazioni in cui teme che le proprie prestazioni la possano esporre a valutazioni negative da parte degli altri.

Per prestazioni intende esecuzione di compiti in pubblico come mangiare, fare la fila, provare dei vestiti in negozio, chiedere informazioni, parlare con uno o più sconosciuti, o semplicemente partecipare alle cerimonie e stare a tavola con i parenti. Paola riferisce episodi continuativi di instabilità dell'umore, pianto, ansia incontrollata in situazioni di esposizione sociale senza episodi di attacchi di panico.

Inoltre, riferisce di sentirsi rifiutata dagli altri a causa della sua attivazione fisiologica legata all'ansia (rossore e sudorazione), questo tipo di valutazione la fa sentire incapace e stupida mettendo in atto una serie di comportamenti protettivi che non fanno altro che aumentare la sintomatologia ansiosa e l'auto-svalutazione. Paola è profondamente turbata dal problema, rimugina sulle proprie prestazioni e sull'immagine che dà di se agli altri.

Per gestire l'ansia provocata dalle situazioni sociali, Paola, spesso chiede rassicurazioni alle amiche e al ragazzo sul suo comportamento o sul suo rossore.

Scompenso

La sintomatologia ansiosa è diventata invalidante negli ultimi 6 mesi in seguito all'intervento odontoiatrico che l'ha esposta alle preoccupazioni relative al suo aspetto fisico. Inoltre, la paziente

Un caso di Fobia Sociale

riferisce uno stato di pervasiva tristezza e di ansia rispetto al futuro lavorativo. Le difficoltà nel trovare lavoro le vive come un fallimento dell'intero progetto professionale ed esistenziale. Tale situazione, in un particolare periodo (inadeguatezza rispetto alla propria immagine, esclusione del gruppo di amici di infanzia), costituisce un grave danno sia in termini di immagine di sé come forte e performante sia come fallimento degli scopi esistenziali: "se non sono competente e performante sono inadeguata, quindi non sono amabile", "se piagnucolo sempre sono un'incapace" "non voler essere debole come mia sorella".

A	B	C
Chiedere informazioni ad un passante	Sicuramente non riuscirò a parlare; chissà cosa penserà di una che non sa nemmeno chiedere un'informazione; balbeterò e parlerò in modo incomprensibile	Ansia anticipatoria Stato di attivazione
A''	Sono così agitata che di sicuro sto dando un'immagine di me negativa; sono tutta rossa! Penserà che sono una sciocca.	Ansia ++ Metavergogna
A'''	Sono davvero una stupida; sono un'incapace; arrossisco come una bambina; non mi riconosco più.	Autosvalutazione Tristezza

A	B	C
Pensare all'invito a pranzo a casa dei genitori di Stefano	Mi guarderanno tutti e si renderanno conto del mio rossore;	Ansia Anticipatoria
A	B	C
Pranzare a casa di Stefano	Mi guardano tutti, sembrano impacciata e goffa; Si accorgono del mio rossore; Si rendono conto del mio tremore; non riuscirò a parlare; non riesco nemmeno a versarmi l'acqua da sola;	Ansia; Vergogna; Sensazione di calore sul volto (nasconde il volto con i capelli, distoglie lo sguardo);

Un caso di Fobia Sociale

A=C	Penseranno che sono una sciocca; si stanno rendendo conto del mio rossore; si sono accorti della mia ansia;	Metavergogna
-----	---	--------------

Figura 1. Esempi di stati mentali rispetto alle situazioni in cui si espone al giudizio degli altri.

Vita sociale: la paziente lamenta un forte senso di solitudine e tristezza riferiti alle difficoltà nella gestione dell'ansia nelle situazioni di esposizione sociale. Rifiuta, pertanto, inviti a feste e cene in cui è prevista la presenza di più persone. Si sente triste e rumina sul giudizio che gli altri hanno di lei.

A	B	C
Invito a partecipare ad una festa	“Mi guarderanno tutti, diventerò rossa come un pomodoro; sarò in disparte e in ansia tutto il tempo; penseranno che sono goffa e stupida”.	Ansia anticipatoria Rifiuto dell'invito
C=A'	B'	C'
“	“Sono davvero una bambina incapace, non riesco ad affrontare nemmeno le situazioni più banali, è assurdo continuare a vivere in questo modo, sto facendo terra bruciata intorno a me” “..rimarrò sola, mi snobberanno tutti, si stancheranno di me”	Rabbia verso se stessa ↓ Tristezza
Tristezza	“Non valgo nulla, sono un fallimento”	Tristezza +

Figura 2. Esempio di stato mentale in una situazione di esposizione sociale.

Il disagio della paziente si concretizza nel Timore di essere giudicata. Di conseguenza la paziente teme di essere diversa dagli altri quindi esclusa. Inoltre teme che i suoi parenti (o abitanti del paese) possano giudicarla male per il suo stato di disoccupazione (è sempre stata chiusa in casa a studiare per nulla, è solo un peso per la famiglia) o possano criticarla per il suo carattere (è sempre schiva, è una snob, è distaccata, non saluta nessuno!). Inoltre teme di poter deludere gli altri soprattutto i genitori o che gli altri possano evitarla tanto da rimanere sola; la paziente, pertanto,

tende a mostrare un atteggiamento molto disponibile e adempiente in famiglia soprattutto rispetto alle richieste della madre di supervisionare la sorella minore. Assolve alle richieste delle madre per avere ammirazione, considerazione (essere la figlia responsabile, che non crea problemi), cercando di non deludere e non perdere la considerazione. Le azioni di Paola sono proiettate alla ricerca di compiacenza prestando attenzione in maniera selettiva alle reazioni di compiacenza o critica.

Racconta, inoltre, episodi in cui rimugina sulle reazioni dei familiari (“a mia sorella non interessa nulla del mio stato.. a mia madre interessa solo quello che fa mia sorella, mia madre e mio padre non fanno caso ai miei 30 e lode, se mia sorella porta un 20 a casa fanno la festa!”) sperimentando rabbia. Paola chiede rassicurazioni a posteriori alle amiche più intime e al ragazzo sul suo comportamento, tende ad evitare di uscire di casa per non esporsi al timore di apparire impacciata e incapace di sostenere le relazioni sociali.

A	B	C
Richiesta della madre di controllare la sorella (chi frequenta, se fuma, etc)	“Sono stanca di fare la badante di mia sorella, è adulta ormai, devo fare tutto io, lei è un’irresponsabile, inconcludente, la deresponsabilizzano”.	Rabbia
A1	“A nessuno importa sapere come sto. Loro (genitori) sono presi solo da mia sorella, io devo fare tutto da sola”.	Tristezza

Figura 3. Stato mentale rispetto alle richieste della madre

Diagnosi

La paziente soddisfa i criteri diagnostici per la Fobia Sociale: Nella tabella 1 è riportata la sintesi della valutazione diagnostica secondo il DSM IV TR:

ASSE I	Fobia sociale
ASSE II	Tratti dipendenti di personalità
ASSE III	Colite
ASSE IV	-----
ASSE V	VGf= 61 (INIZIO TRATTAMENTO) VGf= 80 (FINE TRATTAMENTO)

Tavola 1. Diagnosi DSM IV TR:

A supporto della valutazione diagnostica attraverso il colloquio clinico sono stati somministrati anche i seguenti test:

- STAI: Ansia di stato (58), ansia di tratto (52)
- SCID II: tratti disturbo dipendente di personalità
- YSQ: Schemi disfunzionali predominanti: Sottomissione (4), Inadeguatezza/Vergogna (6), Deprivazione Emotiva (5), Pretese/Grandiosità (3)

Definizione del problema secondo il terapeuta

L'ansia e la vergogna che Paola lamenta ruotano intorno al timore del giudizio altrui e alla paura di sembrare inadeguata. Questi timori, insieme all'eccessiva attenzione centrata su di sé, acutizzano i sintomi d'ansia (rossore in volto, tremori, mal di stomaco, sudorazione) fino ad intervenire pesantemente sulla sua vita sociale.

Ogni evento è preceduto da elucubrazioni sulla situazione temuta (processo di anticipazioni), il loro contenuto è sempre negativo, da qui si attiva il concetto negativo di sé così da minacciare la propria immagine sociale. Quando l'evento sociale giunge al suo termine, le ruminazioni non si interrompono, si associano ad una valutazione negativa a posteriori dell'evento contribuendo ad enfatizzare gli aspetti negativi della situazione. Tale meccanismo di astrazione selettiva prolunga l'influenza negativa anche dopo la conclusione dell'interazione sociale.

Quando Paola è chiamata ad esporsi in pubblico (ad esempio fare la fila), a partire dalle sensazioni interne (concentrando l'attenzione solo su di sé) ha l'impressione di apparire impacciata e di arrossire, credendo che tutti possano accorgersi di questo. Pertanto, ha iniziato a gestire i sintomi somatici dell'ansia e della vergogna sperimentati durante le esposizioni alle situazioni sociali, utilizzando alcune strategie: nascondere il volto con le mani o con i capelli, voltarsi mentre parla con qualcuno per nascondere il rossore del volto, distoglie lo sguardo per non sentirsi troppo osservata, non mangiare e non bere in pubblico. Paola non ha prove specifiche sul fatto di poter essere giudicata negativamente, "lo sente", cioè è convinta che questo accada anche se non la osserva direttamente e che è ineludibile. Nell'ultimo periodo prima della terapia (circa 7 mesi), Paola si ritrae dalle situazioni emotigene prima di poter verificare l'attendibilità delle sue previsioni (mi giudicheranno una stupida per il mio rossore) e pertanto, per timore della critica, si tiene lontana dalle altre persone e assume un atteggiamento iper-controllato. Tale tendenza viene considerata dalla gente (in particolare i parenti o i conoscenti del piccolo paese in cui vive) come un segnale di altezzosità e quindi incoraggiare il distanziamento. Per questo motivo Paola legge il comportamento

altri come una conferma di scarsa amabilità. Quindi i suoi comportamenti di ricerca di sicurezza producono proprio quello che la paziente vorrebbe prevenire.

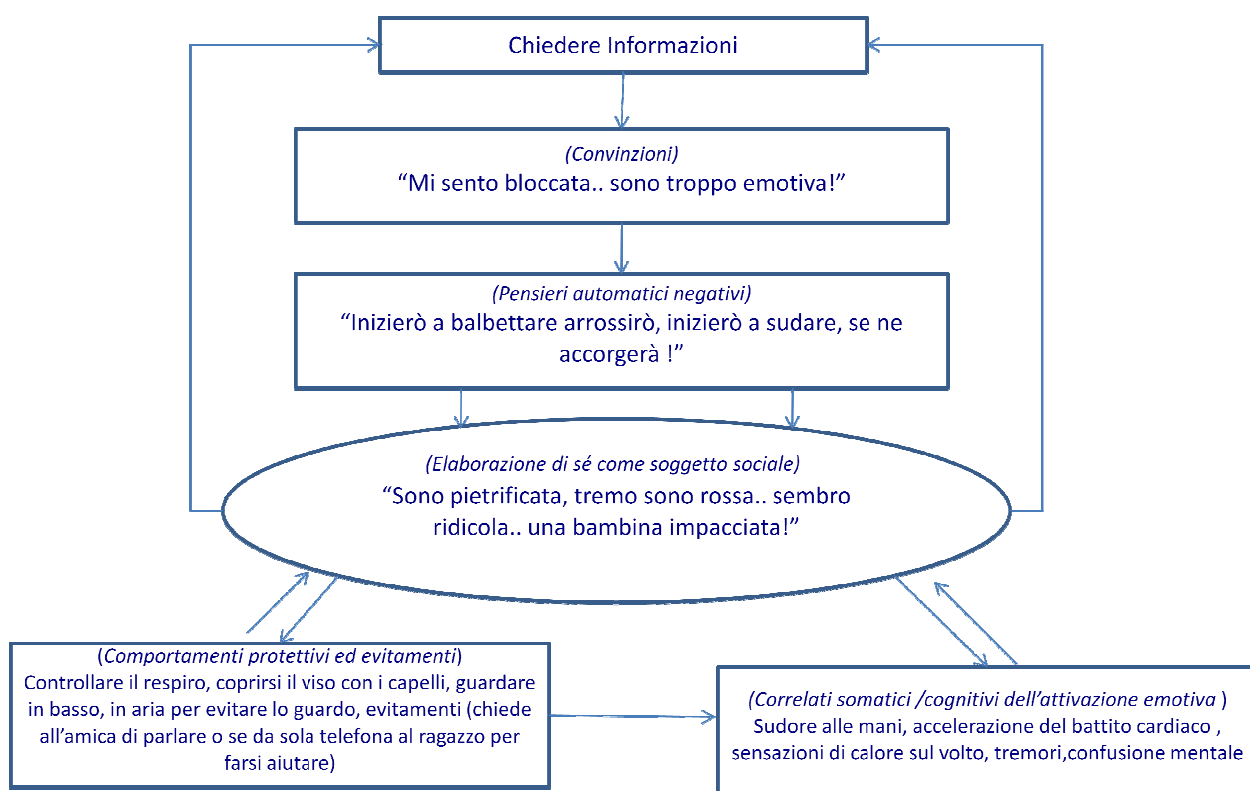


Figura 4. Circolo vizioso della Fobia Sociale

Paola, è convinta di non aver nessun potere rispetto alla possibilità di ricevere da parte degli altri valutazioni positive (scopo della buona immagine). Per tale motivo teme giudizi negativi e si vergogna.

E' particolarmente sensibile alle critiche e quindi alle valutazioni esterne, soprattutto quando le viene richiesta una prestazione, ad esempio a lavoro, si mostra eccessivamente accondiscendente e dipendente dagli altri, pur di ottenere la stima altrui: "se soddisfo i bisogni degli altri, tenendo meno conto dei miei, le altre persone mi accetteranno". La remissività verrà interpretata come prova della mancanza di potere generando autovalutazioni negative minando il raggiungimento dello scopo della stima e dell'autostima.

Inoltre, la vergogna scaturita dal timore di ricevere valutazioni negative esprime la paura di ricevere valutazioni negative. Quest'ultime provocano a loro volta vergogna attivando valutazioni negative sulla vergogna stessa, dunque Paola si vergogna della propria vergogna. La critica non è

sufficiente a provocare un cambiamento poiché è proprio per il fatto che la giudica esagerata che si “meta-vergogna”.

Le sue convinzioni sono condizionate anche da precoci esperienze nelle quali ha provato una grande vergogna quando il padre davanti a ospiti (parenti o amici di famiglia) criticava i suoi comportamenti. In particolare, racconta alcuni episodi prototipici in cui si è vergognata profondamente e si è sentita umiliata dal padre anche in pubblico. In quelle circostanze Paola riferisce di aver provato una profonda vergogna, di aver sentito le vampate di calore sul viso e di essere arrossita. Le persone talvolta notavano il rossore e lo sottolineavano deridendola pubblicamente. In quel caso il rossore e la vergogna venivano interpretati univocamente come la prova della colpevolezza o della deficitarietà (se arrossisco vorrà dire che sono davvero quello che dice papà, sono in difetto!).

I meccanismi di mantenimento individuati sono sintetizzati sotto.

Fattore di mantenimento	Meccanismo implicato
Evitamenti	La paziente mette in atto degli evitamenti che le danno l'impressione di salvarsi dalle conseguenze temute. Mantengono il problema perché confermano alla paziente la credenza disfunzionale circa la sua incapacità di sopportare e gestire le conseguenze delle manifestazioni dell'ansia in situazioni di esposizione sociale. Evita di andare a mangiare con le amiche nei luoghi affollati, evita di provare i vestiti nei negozi, evita di chiedere aiuto o informazioni se ha un problema per strada, evita di andare ai concerti, evita di fare la fila, evita di partecipare a cerimonie.
Attenzione e memoria selettiva	Aumentano i livelli di ansia e di attivazione stessa. Non consentono a Paola di testare ipotesi alternative rispetto a quella patogena e determinano una maggiore disponibilità di dati compatibili con essa.
Richiesta di rassicurazioni	Aumenta la probabilità che vengano riscontrate piccole e lievi impreparazioni; aumenta la possibilità di imbattersi in pareri critici da parte degli altri.
Anxiety sensitività	Le sensazioni legate all'ansia sono considerate pericolose e possono produrre sensazioni disastrose, in particolare perdita di controllo, umiliazione e/o ostracismo sociale.
Comportamenti protettivi	Tutti i comportamenti messi in atto per annullare o ridurre i segnali fisiologici dell'ansia

	(bere, fare respiri profondi, coprirsi in viso con le mani, controllare il battito cardiaco), aumentano gli stessi sintomi; non sortendo effetti positivi aumentano il carattere dell'incontrollabilità delle emozioni (ansia e vergogna), palesano agli altri lo stato di disagio della pz. diventando essi stessi occasione di possibili giudizi o derisioni.
Ruminazioni	Determinano una focalizzazione sulla catastroficità del giudizio negativo, impedendole di costruire delle strategie di problem solving.
Metaverogna	Rende più drammatica la reazione emotiva, aumentando l'investimento preventivo che renderà ancora più frequente ed intensa la reazione, in quanto ogni piccolo segnale di vergogna si trasforma in vergogna piena. Orienta i processi cognitivi, in particolare il controllo delle ipotesi e quindi l'uso delle informazioni rassicuranti, in senso confirmatorio, dell'ipotesi negativa (Paola tende a vedere prove del fatto che viene giudicata negativamente).
Doverizzazioni	Ostacolano la scelta in base a desideri, preferenze.
Euristica della disponibilità	P. mostra una forte propensione a sovrastimare i costi attribuiti a eventi percepiti come minacciosi, ad esempio anche il più innocuo segnale di disapprovazione sociale può avere conseguenze catastrofiche.
Euristica della correlazione illusoria	Tendenza a considerare l'oggetto delle sue paure e gli esiti negativi.
Problema secondario	La pz si critica per il suo malessere non riconoscendone la legittimità. Le emozioni negative come senso di colpa, autosvalutazione, vergogna accrescono di conseguenza la sua tristezza perché le danno la conferma di "non valere".

Inoltre contribuiscono al mantenimento alcuni cicli interpersonali disfunzionali.

- Fidanzato Stefano: la percezione di sé come inadeguata e incompetente, esasperata dalla sintomatologia ansiosa, spinge la paziente a cercare continue ed estenuanti rassicurazioni soprattutto verso il ragazzo. Paola cerca continue conferme sottoponendo Stefano a continue pressioni (innumerevoli telefonate, crisi di gelosia, desiderio di stare con lui tutto il giorno non tollerando la separazione seppur per poche ore). Il modo in cui chiede le rassicurazioni

induce un ciclo interpersonale disfunzionale evocando reazioni aggressive o periodi di allontanamento da parte del partner che, accentua l'insicurezza e la sensazione di precarietà del legame, ed allo stesso tempo conferma l'idea che Paola ha della propria non amabilità. Stefano, da una parte fornisce prove della sua disponibilità e dall'altra tende ad allontanarsi perché stremato dalla frequenza e dalla insistenza delle richieste. Questo atteggiamento induce reazioni di paura, rabbia da parte di Paola spingendola a ripristinare la vicinanza e l'accudimento negato. In particolare tale circolo vizioso si realizza quando P. si sente poco amata dal ragazzo incolpando se stessa, attribuendo ai suoi difetti la causa della poca attenzione di S. nei suoi confronti, e non sentendosi abbastanza degna di essere amata incondizionatamente. Per questo assume comportamenti che esigendo attenzioni e affetto provocando tuttavia reazioni opposte.

- Madre: in famiglia, Paola, è adempiente soprattutto con la madre. Cerca di aderire alle aspettative (soprattutto nello studio) e alle richieste (nei lavori di casa, nell'aiutare la sorella nell'assolvimento dei propri compiti) dimostrando spesso oblatività. Quando Paola percepisce la coercizione, soprattutto quando le richieste di adempienza della madre sono più frequenti, si arrabbia e si ribella. In quel caso prova un forte senso di colpa, giudica il suo comportamento inaccettabile, cerca di ripristinare lo status quo ante, mettendo in atto comportamenti riparatori. Inoltre le richieste della sorella e della madre, che la spingono ad essere performante, attivano un circolo vizioso tra l'alto standard prestazionale della paziente e il suo sentirsi inadeguata e inefficace alimentando il secondario di autosvalutazione e tristezza.
- Padre: Paola cerca riconoscimento (lodi, stima) da parte del padre. Il senso di inefficacia e il senso di pervasiva inadeguatezza la espone all'antigoal: "se non sono competente non sono amabile, se fallisco nella competenza non sono amata". Il circolo interpersonale rispetto al padre attiva la percezione di non amabilità. Questo attiva un circolo vizioso tra gli alti standard di prestazione di P. e il suo sentirsi inadeguata, che a sua volta influenza il suo umore.

Vulnerabilità

Le esperienze elicitanzi e stabilizzanti la vulnerabilità della paziente alla fobia sociale possono essere così sintetizzate:

STORICA	ATTUALE
<p>Elevati standard familiari</p> <p>Genitori che sminuivano i suoi stati emotivi: “quando piangevo per un litigio con mia sorella, mi dicevano che le mie erano lacrime inutili e che io ero la più cattiva tra le due perché più grande e avrei dovuto proteggere mia sorella”.</p> <p>Esperienza continuativa: padre giudicante e ridicolizzante.</p> <p>Madre ipercontrollante e intrusiva</p> <p>Standard morali familiari molto rigidi</p>	<p>Padre poco socievole e critico che attribuisce eccessiva importanza alle opinioni degli altri.</p> <p>Sorella “debole” e inconcludente, è oggetto di litigi tra i genitori e fonte di preoccupazioni. Sviluppo della convinzione secondo la quale l’amabilità sia connessa l’essere indipendenti e performanti.</p> <p>Credenza che la vulnerabilità e la debolezza implicino scarso valore personale.</p>

Terapia

La terapia è iniziata a dicembre 2008, si è conclusa a settembre del 2009 con una pausa estiva di un mese. Gli scopi concordati con la paziente fanno riferimento a:

- Comprendere l’origine del disturbo e spiegare i sintomi e il loro mantenimento al fine di ridurre la sintomatologia ansiosa legata alla fobia sociale
- Modificazione della percezione di inadeguatezza
- Miglioramento delle capacità sociali

Il piano di trattamento ha previsto più fasi:

FASE I Assessment, introduzione e discussione e condivisione del modello cognitivo

L’obiettivo implicito era di stabilire le condizioni utili all’inizio di un lavoro personale attraverso l’individuazione, condivisione e modificazione delle credenze negative connesse al sè e in seguito modificarli. I passi attraverso cui ho lavorato sono stati:

Condivisione del modello cognitivo della fobia sociale facendo partecipe Paola delle modalità con cui il suo disturbo si sviluppa e, soprattutto si mantiene. Lo scopo di questa fase è quello di

inquadrare il disturbo come frutto di difficoltà, credenze e strategie poco efficaci piuttosto che attribuirli a tratti stabili di personalità quindi non modificabili (sono una stupida, sono incapace). Ulteriore obiettivo in questa fase è facilitare il cambiamento rendendo chiaro a Paola che più che essere una persona stupida, ha un'eccessiva preoccupazione di essere giudicata tale.

Inoltre, in questa fase in cui ho condiviso con P. il modello della fobia sociale di Wells è stato importante giungere alla comprensione dei fattori responsabili al mantenimento dell'elaborazione disfunzionale di sé, presente durante la situazione critica e i giudizi negativi connessi alla sensazione di pericolo. Attraverso gli ABC ho raccolto una serie di episodi recenti al fine di elicitare i comportamenti protettivi e di evitamento, i sintomi cognitivi e somatici dell'ansia e i contenuti sulla percezione di sé. Lo strumento utilizzato sono gli ABC in seduta di episodi recenti in cui P. ha provato ansia in situazioni pubbliche (ad esempio chiedere informazioni o partecipare ad una festa).

Oltre agli ABC costruiti in seduta, per identificare i Pensieri Automatici Negativi ho utilizzato la tecnica delle "prove a favore e prove contro", "scenario delle peggiori conseguenze e registrazione dei pensieri disfunzionali attraverso un diario e Decatastrofizzazione dei Pensieri Automatici Negativi.

Il fine raggiunto è stato quello di dimostrare a Paola che la maggior parte delle evidenze è generata da informazioni interne (soggettive). Altro scopo raggiunto in questa fase è stato quello di aver messo in luce le ripercussioni negative che le meta valutazioni effettuate hanno sulla sintomatologia ansiosa.

Modificazione del contenuto delle elaborazioni della percezione di Sé.

L'attenzione che Paola dirige su di sé riduce la possibilità di osservare altri aspetti della situazione temuta per confrontarli con quelli immaginati e interferisce con la verifica delle esperienze. Al fine di facilitare il processo di disconferma delle credenze e i giudizi negativi su di sé la paziente avrebbe dovuto aumentare la capacità nel dirigere l'attenzione su aspetti esterni. A tal fine, in questa fase della terapia la strategia che ho utilizzato consiste nell'esposizione a una reale osservazione di sé utilizzando feedback audio video. Quando ho descritto a P. la tecnica, inizialmente ha sminuito l'obiettività del feedback sostenendo che la registrazione non è fedele alla situazione reale. Per contrastare questa obiezione ho invitato la paziente a immaginare il risultato della registrazione, in questo modo ha scoperto la minor rilevanza dei sintomi rispetto a ciò che aveva immaginato.

Paola ha sostituito le affermazioni “ sto arrossendo, si renderanno conto del mio rossore” con “il mio rossore è meno evidente rispetto a quello che pensavo” oppure “ sembro calma anche se non lo sono affatto”.

Modificazione delle credenze rispetto ai pensieri automatici negativi. Ridimensionamento della percezione di minaccia.

In questa fase della terapia i risultati attesi sono connessi al cambiamento dei giudizi negativi che Paola fa rispetto a sé stessa, alla reazione e ai giudizi degli altri. Lo scopo è quello di aiutare la paziente a discutere e modificare la validità delle sue convinzioni rielaborandole in modo più realistico.

Al tal fine abbiamo indagato le prove a sostegno delle credenze basate su autovalutazioni piuttosto che su eventi obiettivi. Attraverso il protocollo del “bilancio sociale” Paola è riuscita a riflettere sulle prove in grado di smentire le convinzioni negative rispetto a se stessa e agli altri, in questa fase ha imparato a focalizzarsi su altri aspetti dell’ambiente circostante per cercare controprove.

La ristrutturazione cognitiva è risultata particolarmente efficace per confutare e ridimensionare la percezione di minaccia della paziente e per contrastare i principali errori di pensiero (“lettura del pensiero” e “previsione di eventi/catastrofici”) portandola a pensare che non sia così grave o probabile che gli altri la giudichino negativamente (infantile o stupida). Ad esempio ho cercato di guidare Paola a pensare che alcuni si accorgeranno del suo rossore e alcuni no. Un altro obiettivo cognitivo, condiviso con la paziente, alla base del processo di ridimensionamento della minaccia è quello di condurla a pensare che non si diventa ciò che si teme: se anche tutti dovessero considerarla infantile a causa del suo rossore ciò non equivale ad esserlo o a diventarlo.

In questa fase della terapia le tecniche utilizzate sono state: il Dialogo Socratico, la Tecnica della Torta, il Doppio Standard , Piramide Rovesciata.

La paziente ha iniziato a sentirsi meno in ansia e più tranquilla. Il monitoraggio e la verifica dei pensieri disfunzionali le ha permesso di normalizzare e decatastrofizzare il disturbo e di comprendere il ruolo dei fattori di mantenimento del problema. Inoltre, per la paziente il ricorso a semplici e positive affermazioni “razionali” prima, durante e dopo l’esposizione a situazioni critiche ha rappresentato uno strumento molto efficace.

Accettazione della possibilità di mostrare i segnali dell’ ansia e della vergogna e di essere per questo giudicata negativamente.

In questa fase, si è discusso con la paziente, attraverso il dialogo socratico, la scoperta guidata e la Defusion sull' impossibilità, la non convenienza e la mancanza di dovere/diritto nell'evitare di provare ansia e vergogna in determinate situazioni e la possibilità di essere criticati.

Inoltre, è stato opportuno favorire l'accettazione e la normalizzazione della possibilità di apparire qualche volta in ansia attraverso l'uso di tecniche standard : Dialogo Socratico e Doppio Standard e delle tecniche dell'accettazione derivate dall'ACT (distinzione pensiero e fatto, osservazione dell'evento emotivo per tutta la durata senza prendere provvedimenti quali evitamento o ruminazioni).

La paziente in alcune situazioni (es. uscite con gli amici, cena con i parenti) è riuscita ad accettare la possibilità di mostrare i segnali dell'ansia e della vergogna riducendo il circolo vizioso che si innesca tra vergogna e metaverogna e, a seguito di esso, tutte le conseguenze cognitive (possibilità di cambiare le convinzioni negative), emotive (minore vergogna) e comportamentali (maggiore esposizione e situazioni in cui si è esposti a giudizi). Tuttavia, P. in contesti formali ad esempio colloquio di lavoro, non riesce ad immaginare di accettare un giudizio negativo sulla sua prestazione.

Esperimenti di esposizione graduale agli eventi temuti senza mettere in atto comportamenti protettivi.

Gli esperimenti comportamentali coniugati con le strategie di ristrutturazione cognitiva sono stati molto utili in questa fase della terapia. Gli obiettivi raggiunti da P. fin ora hanno avuto la necessità di essere confermati e testati nella realtà sociale. Il fine è stato quello di testare le reazioni delle persone durante la situazione critica per Paola. Abbiamo condiviso insieme lo scopo di riuscire a gestire l'ansia, ciò non vuol dire non provarla ma accettandola esponendosi alle situazioni temute: più ci si espone e non si evita più ci si abitua ad affrontarle e quindi l'ansia diminuisce. A tal fine, P. si è preparata all'esposizione a più di una situazione sociale riducendo i comportamenti protettivi e riducendo il focus attentivo verso aspetti esterni per la verifica delle credenze. Inoltre, al fine di modificare le credenze negative connesse a sé (sono stupida, sono ridicola, sono infantile) ho proposto a P. di annotare giornalmente eventi ed esperienze che contraddicono le convinzioni negative e supportano quelle positive.

Un esempio di episodio di esposizione è stato quello di comprare in farmacia (ubicata affianco allo studio) una crema senza adottare comportamenti protettivi (coprirsi la faccia, coprirsi con i capelli) e spostare l'attenzione verso l'esterno (non concentrarsi, dunque su di sé, sui sintomi ma sugli altri e verificare se veramente criticano, osservano, commentano il suo rossore).

La paziente, nonostante la permanenza di ansia in diverse situazioni è riuscita ad esporsi riferendo di sentirsi meno vulnerabile, meno in ansia (compra e prova gli abiti in negozio, partecipa a feste nonostante continui ad essere molto silenziosa, frequenta la palestra sebbene negli orari in cui non è affollata).

FASE 2

a) Lavorare sulla percezione di inadeguatezza

In questa fase della terapia, in virtù del miglioramento dell'insight relativo alla gestione della sintomatologia, il lavoro è stato quello di evidenziare che il forte senso di inefficacia e di inadeguatezza rispetto agli altri sono correlati alla continua adesione alle aspettative dell'altro rendendola estremamente vulnerabile alla disconferma e al fallimento. La modificazione del contenuto delle elaborazioni della percezione di Sé ha permesso a Paola di rendersi conto che le sensazioni di inadeguatezza che ha sempre provato erano fortemente esagerate e fortemente associate a preservare lo scopo della buona immagine preservato mettendo in atto delle strategie di coping incentrate prevalentemente sull'ipercompensazione.

Gli antigoal sottostanti caratterizzanti i vissuti emotivi di Paola sono: devo apparire performante e adempiente altrimenti sono inadeguata e non all'altezza di essere amata (attesa di rifiuto), non deludere e non perdere la considerazione (della madre e del padre), se sono vulnerabile sono debole e bisognosa di aiuto (quindi irresponsabile) come mia sorella, "se soddisferò i bisogni dell'altro (madre, sorella, fidanzato), senza tener conto dei miei, sarò accettata e non mi sentirò indesiderabile".

In questa fase abbiamo lavorato sulla credenza che "essere inadeguati vuol dire non essere amati" servendoci delle tecniche cognitive del Doppio Standard, Prove a favore/contro, Dialogo Socratico con lo scopo di modificare gli errori cognitivi implicati in questa credenza, in particolare le generalizzazioni e le polarizzazioni.

b) Migliorare le abilità sociali

Costruire il problema

In questa fase a partire dagli ABC portati in seduta circa gli episodi in cui sperimenta la convinzione di essere trasparente agli occhi dei familiari, soprattutto del padre, emerge che Paola prova tristezza e rabbia "non mi vede, non ricevo attenzioni e considerazione" "nonostante io sia stata sempre una brava studentessa non mi ha mai detto Brava!"

L'obiettivo implicito, è stato quello di aiutare la paziente a riconoscere il ruolo dei suoi comportamenti (oblativo, non richiedente finalizzati a contrastare l'inadeguatezza) nel determinare

la percezione di essere invisibile agli occhi di suo padre. Aiutarla a riconoscere i motivi per cui si sottrae alle richieste di aiuto.

Attraverso il Dialogo Socratico è emerso che per contrastare l'inadeguatezza (anche storicamente) Paola ha usato:

l'oblatività (se sono perfetta, sarò degna di amore" "se sono adempiente sono una figlia che non dà problemi, che non dà preoccupazioni"

" se chiedo divento un peso, sono debole come mia sorella"

c) Ristrutturazione delle credenze disfunzionali relative all'idea di debolezza e di riduzione del valore personale.

In questa fase della terapia, in virtù dei risultati raggiunti nelle fasi precedenti grazie ai quali Paola è in grado di discernere che le sensazioni di inadeguatezza che ha sempre provato erano ingiustificate o fortemente esagerate ridimensionando la portata, abbiamo lavorato sul conflitto Forte/Debole e sull'oblatività.

Abbiamo lavorato sul Conflitto forte/debole attraverso il Dialogo Socratico e l'analisi dei Costi/Benefici delle due dimensioni al fine di modificare i termini della dicotomia.

Rispetto all'oblatività abbiamo lavorato sull'analisi dei vantaggi e degli svantaggi dell'atteggiamento oblativo mettendo in evidenza i costi dell'eccessiva disponibilità e abbiamo analizzato l'atteggiamento di Paola nei confronti dei familiari e del ragazzo.

In questa fase, dunque, attraverso le tecniche cognitive Paola, ha imparato ad associare le sensazioni di inadeguatezza rispetto alla difficoltà di chiedere aiuto alle critiche ricevute durante l'infanzia da parte dei genitori quando chiedeva aiuto o conforto ("quando piangevo per un litigio, mi dicevano che le mie erano lacrime inutili" "se chiedevo aiuto per fare i compiti mia madre mi diceva che ero grande e me la dovevo cavare da sola")

Successivamente, abbiamo utilizzato la tecnica dell'Imagery with Rescripting su episodi del passato in cui ha avuto difficoltà e non ha ricevuto aiuto e comprensione.

Abbiamo, concluso questa fase con un Training Assertivo e una serie di Esposizioni (fare delle richieste al padre ad esempio farsi aiutare a mandare curricula).

Risultati raggiunti

La paziente si trova più a suo agio con le altre persone, si sente meno vulnerabile, meno indifesa e più propensa ad instaurare delle relazioni interpersonali migliorando notevolmente la qualità delle relazioni sia in famiglia che al di fuori. Inoltre, non avverte l'esigenza di tenere sotto controllo ogni parola e ogni gesto quando qualcuno si mostra interessato a lei.

Inizia a considerare le altre persone meno critiche, più disposte ad accettarla e comincia a considerare i suoi difetti in maniera più realistica in quanto riesce a mantenere una visione stabile del suo valore anche quando riceve critiche. Inoltre, il rapporto con il fidanzato è migliorato notevolmente a seguito del raggiungimento della capacità di reagire in maniera adeguata alla critica.

Alla fine terapia la paziente non soddisfa più i criteri diagnostici del DSM IV TR per la Fobia Sociale.

Emanuela Cellitti

Specializzata a Roma, training Mancini (SPC)

e-mail: emanuela.cellitti@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

