

Un caso di fobia sociale da pregressi DSA e ADHD

Simone Gazzellini^{1,2}

¹ Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC)-Roma

² "Bambino Gesù" Ospedale Pediatrico-Roma

Riassunto

Nel presente lavoro si descrive un caso di fobia sociale in un ragazzo di 18 aa con trascorso di DSA (dislessia, discalculia, disortografia) e ADHD. Stefano presenta segni di ansia anticipatoria (xerostomia, ipertono muscolare, blocco dell'eloquio) in occasione di esposizioni sociali con coetanei non familiari e di cui teme il possibile giudizio negativo e mostra inoltre aspetti agorafobici. Dall'analisi del profilo interno del disturbo sono emersi scopi attivi e non soddisfatti di "sentirsi pari agli altri per intelligenza e competenze sociali" e "accettazione da parte del gruppo dei pari". In occasione di esposizioni sociali, Stefano attiva stati mentali di timore di giudizio negativo e minaccia, sostenuti da false credenze patogene di indegnità e inadeguatezza, cui seguono intensa attivazione neurovegetativa, con conseguente secondario di vergogna e autosvalutazione, o condotte di evitamento, accondiscendenza, ricerca di figure di sostegno. Si illustra infine la terapia effettuata e i risultati positivi raggiunti attraverso: psicoeducazione, ricostruzione e condivisione dello schema, applicazione di tecniche di gestione dell'ansia, *imagery with rescripting*.

Parole chiave: Fobia Sociale, DSA, ADHD, Imagery with Rescripting

A case of social phobia from a history of SLD and ADHD

Summary

The present work describes a case of social phobia of a 18 years old boy with a history of SLD (dyslexia, dyscalculia, dysorthography) and ADHD. Stefano shows anticipatory anxiety (xerostomia, muscular hypertonia, speech block) for social exposure to unfamiliar peers whose judgment is feared. He also presents agoraphobic traits. Active and unsatisfied goals of "feeling equal to others for intelligence and social skills" and "acceptance by the peer group" emerge from the internal profile analysis of the case. Stefano activates mental states of negative judgment fear and threat in occasion of social exposure, which are sustained by false and pathogenic beliefs of unworthiness and inadequacy. Intense neurovegetative symptoms, with secondary response of shame and self-devaluation, or behaviors of avoidance, appeasement, searching for support

Simone Gazzellini, Un caso di fobia sociale, N. 13, 2014, pp. 99-107

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193

pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

figures follow the problematic mental states. Finally, the psychotherapy carried out and the positive outcomes achieved through psychoeducation, schema reconstruction and sharing, anxiety management techniques and imagery with rescripting, are depicted.

Key words: Social Phobia, SLD, ADHD, Imagery with Rescripting

Storia di vita e descrizione del problema

Stefano ha 18 anni e frequenta la quarta superiore di un liceo per le scienze sociali di una grande città. E' figlio unico, concepito mediante fecondazione assistita. Sua madre è commessa in un negozio di abbigliamento, ma da qualche anno lavora saltuariamente. Suo padre è impiegato statale. La sorella del padre è deceduta diversi anni fa per complicanze da abuso di sostanze. Con loro vive anche la nonna, anziana e bisognosa di cure (recente frattura dell'anca e ora diagnosi di cancro), alle quali contribuisce attivamente anche Stefano. Per lasciare la cameretta alla nonna, Stefano dorme in soggiorno e non ha uno spazio proprio, neanche per studiare. La madre è una donna apprensiva, che sembra essere sopraffatta dai problemi (economici, di salute, di rapporti con il coniuge). Cerca molto l'aiuto esterno. Stefano descrive il padre come più razionale e calmo rispetto alla madre, ma spesso evita di farsi carico dei problemi presentati dalla moglie e preferisce rimanere a margine della famiglia.

Stefano pratica karate da 9 anni, con continuità e soddisfazione. Dopo la scuola e nel fine settimana esce con il cugino e un gruppo di amici del quartiere.

Stefano ha avuto uno sviluppo non omogeneo: diagnosi di ADHD, disturbo dell'apprendimento (dislessia, discalculia, disortografia), profilo cognitivo borderline (cadute prevalentemente nelle prove pratiche, quindi con sospetto di disprassia non diagnosticata). La madre riferisce di essere tornata a lavoro dalla maternità quando S. aveva 3 mesi e che il figlio non accettò altro latte se non quello materno. Fino all'età di 8 anni, Stefano non riusciva a ingoiare cibi solidi, tanto che tutti i suoi alimenti venivano frullati e presentava frequenti episodi di emesi. A 3 anni ha subito intervento di adenoidectomia, a 6 anni di tonsillectomia. Ha sofferto di linfoadenopatia e mononucleosi.

Dai 4 ai 10 anni ha seguito terapia psicomotoria. Mentre frequentava le scuole elementari ricevette diagnosi di ADHD. In prima elementare Stefano cambiò scuola per conflitto con le insegnanti e ripeté l'anno. Anche nella nuova scuola elementare si presentarono conflitti insegnanti-bambino e insegnanti-genitori. Il pz. riporta diversi episodi significativi di allontanamento dal gruppo-classe operato dalle insegnanti. Stefano ha ottenuto ausilio A.E.C. dalla prima elementare e insegnante di sostegno dalla prima media. A 12 anni ricevette diagnosi aggiuntiva di ansia da separazione con tratti ansioso-depressivi. Ha dormito con la madre fino all'età di 16 anni. Ad oggi

gode dei benefici della legge d'invalidità n. 104 (con pensione d'invalidità), ha il sostegno a scuola e ripetizioni due volte a settimana, sebbene l'ultima valutazione cognitiva (Novembre 2012) riporti un QI nella norma: (QIT=103). Stefano riporta che in occasione delle valutazioni precedenti la madre lo esortava a peggiorare le prestazioni al fine di continuare a godere dei benefici previsti dalla legge d'invalidità.

In prima seduta Stefano riferisce di essere preoccupato perché in classe non riesce a parlare agli altri e sta sempre in disparte, mentre quando esce con gli amici del quartiere o durante gli allenamenti di karate il problema non si presenta. A scuola il problema non si presenta con le due ragazze con le quali ha legato di più. La classe è formata prevalentemente da ragazze, con un solo compagno (che si ritira nel corso dell'anno). S. asserisce di avere un'autostima molto bassa, che coinvolge anche l'aspetto fisico. Riferisce: *“Mi vergogno, anche solo di farmi vedere”*. Lamenta inoltre il fatto che la madre è molto intrusiva nelle sue vicende personali (es. scuola, amici) e che tende a ingigantire i problemi. Nelle sedute successive emergono anche condotte di evitamento di luoghi affollati: ad es. non riesce a prendere i mezzi pubblici (autobus e metropolitana) e prova disagio in luoghi aperti e affollati (es. piazze).

Il paziente soddisfa i criteri diagnostici del DSM-IVtr per la fobia sociale. Presenta segni di ansia anticipatoria (xerostomia, ipertono muscolare, blocco dell'eloquio) in occasione di esposizioni sociali con coetanei non familiari, di cui teme il possibile giudizio negativo. La reazione è presente da oltre 6 mesi ed è vissuta dal pz come eccessiva. S. mostra i segni di ansia sociale soprattutto a scuola. Tuttavia, la bassa autostima è pervasiva nei diversi ambiti relazionali e prestazionali (scuola, sport, relazioni con coetanei e altro sesso). Il pz presenta inoltre aspetti agorafobici. Al test psicodiagnostico SCID-II, il paziente mostra quattro tratti ascrivibili al disturbo evitante di personalità (unitamente a tratti di personalità dipendente, passivo aggressiva e depressiva). L'indice VGF è pari a 75: con reazioni transitorie e ascrivibili a stimoli psicosociali stressanti e alterazione del funzionamento sociale di lieve entità.

Profilo interno del disturbo (vedi schema: Figura 3)

Il paziente riferisce episodi di ansia e blocco dell'eloquio quando deve parlare alla classe. In particolare durante le assemblee di classe, riporta di percepire gli altri, soprattutto le ragazze, come particolarmente aggressivi. Abbiamo ricostruito insieme uno di tali episodi nella schematizzazione ABC (Figura 1). Nell'anno scolastico cui si riferisce l'episodio (2011-2012), la classe di S., formata da 10 ragazze e un ragazzo (Stefano), è stata unita ad un'altra classe di 11 studenti (10 femmine, un

maschio). L'episodio risale tuttavia alla fine dell'anno scolastico, quindi il problema permane anche a distanza di molti mesi dall'unione delle due classi.

S. lamenta il fatto che questi episodi sono numerosi nel corso dell'anno scolastico, che lo fanno soffrire e non sono limitati alle assemblee, ma si verificano anche nei momenti di pausa dalle lezioni con il risultato di farlo sentire non integrato con il resto della classe.

La madre conferma che il ragazzo fatica a fare nuove amicizie e a mantenerle. Si isola. Quando è con gli amici del quartiere permette di essere sfruttato (es. compra le sigarette agli altri). Quest'ultimo aspetto non è tuttavia confermato dal paziente.

A	B	C
Durante l'assemblea di classe tra studenti, voglio riferire agli altri la mia opinione.	<ul style="list-style-type: none"> - Se poi gli altri non approvassero quanto dico? - Si potrebbero fare una cattiva opinione di me. - Se devo discutere con qualcuno? Non ho voglia di dare fastidio a nessuno o di infilarmi in alcuna discussione. - Potrebbero aggredirmi. Non voglio venire alla mani con nessuno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansia - Aumento del tono muscolare - Xerostomia con tosse - Blocco dell'eloquio
A ¹	B ¹	C ¹
Mi sono bloccato davanti ai compagni di classe	Ho fatto una pessima figura. Penseranno che sono un cretino.	<ul style="list-style-type: none"> - Vergogna - Frustrazione/umiliazione - Autosvalutazione

Figura 1: ABC - esposizione sociale a scuola.

S. riferisce anche di provare disagio nei posti affollati. Dalla ricostruzione con ABC emerge che il paziente si sente oggetto delle riflessioni degli altri, anche degli estranei, con conseguente attivazione del timore di essere giudicato impacciato, inadeguato, brutto e la corrispondente risposta in termini di sintomatologia ansiosa (tachicardia, dispnea, aumento del tono muscolare, xerostomia). Da ulteriori ABC emergono anche i temi di timore di perdita del controllo e timore di essere dipendente in età adulta: ad es. su base economica, ma anche da sostanze e per ludopatia.

Infine, da circa due anni S. non utilizza i mezzi pubblici per via di un'intensa attivazione neurovegetativa associata a emozioni riferite di ansia e disgusto, che compaiono ogniqualvolta egli si trovi su un mezzo pubblico. Si ricostruisce l'ABC del primo episodio significativo (Figura 2). Prima di questo episodio il paziente prendeva i mezzi pubblici senza problemi.

A	B	C
Sono in autobus. Sento che qualcuno mi sfiora i pantaloni. Mi giro e un uomo si allontana. Successivamente borseggia una signora, che se ne accorge e inveisce contro di lui.	Potrebbe borseggiare anche me. Potrebbe aggredirmi. Non prenderò mai più l'autobus.	- Ansia - Paura - Fuga (scende alla fermata successiva)

Figura 2.: ABC - mezzi pubblici.

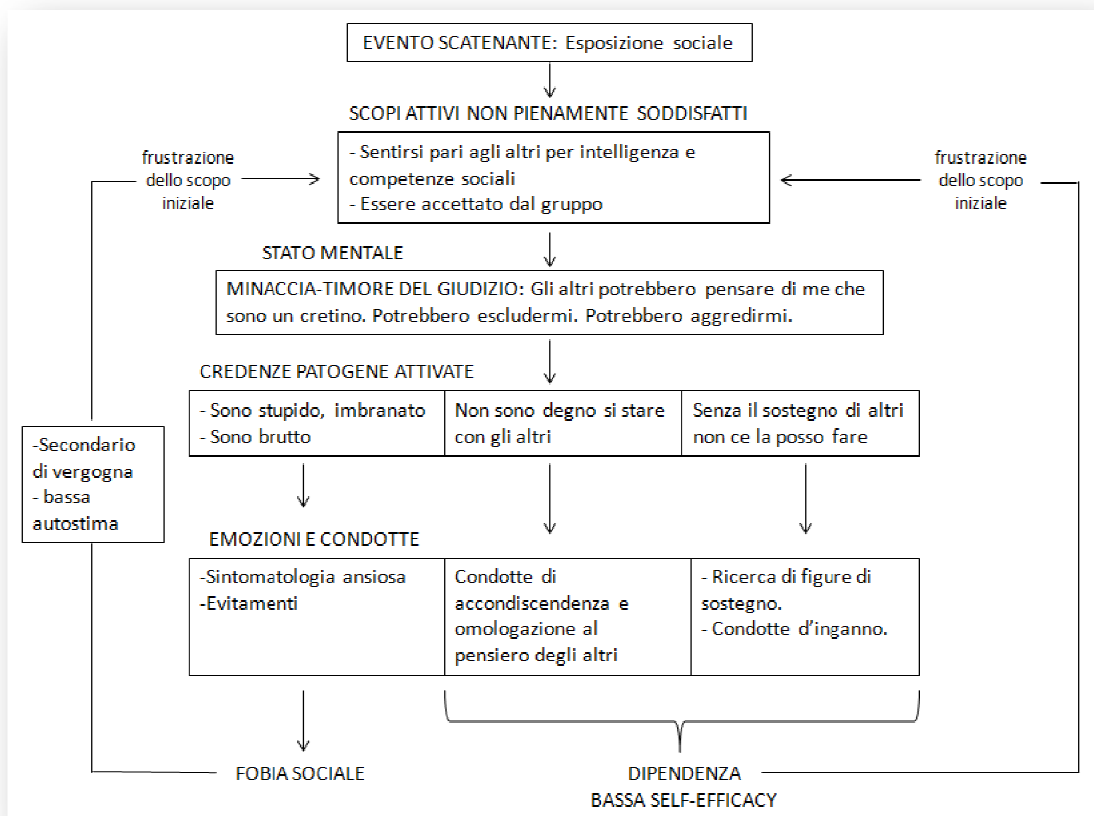


Figura 3: Schema del disturbo.

Scopenso

Il problema principale riferito dal paziente (blocco dell'eloquio), compare dopo che la classe di S. viene unita ad una classe parallela per raggiungere un numero sufficiente di studenti. In quel periodo S. ha 16 anni ed è seguito dall'insegnante di sostegno. Ciò provoca in lui vergogna e timore del giudizio negativo da parte di chi lo conosce meno.

Fattori di mantenimento

Evitamenti delle esposizioni sociali (soprattutto a scuola) e dei mezzi pubblici.

Secondario di vergogna con autosvalutazione, in occasione dei casi di attivazione ansiosa in pubblico e blocco dell'eloquio.

Atteggiamento dipendente: accondiscendere alle richieste degli altri.

Vulnerabilità storica

Esperienze scolastiche negative a causa di ADHD, dislessia, discalculia, profilo cognitivo disomogeneo.

Episodi di emarginazione dal gruppo classe. Episodi di aggressività da parte delle insegnanti (nascita della credenza di essere indegno di stare con il gruppo classe). Dipendenza da insegnanti di sostegno e A.E.C.

Vulnerabilità attuale

Disturbo dell'apprendimento (dislessia, disortografia, discalculia).

Madre intrusiva.

Processo di individuazione/separazione dalla figura materna non ancora completato.

Condizioni di dipendenza: insegnante di sostegno, invalidità civile, finto ritardo cognitivo, terapie di sostegno (ripetizioni 2 volte a settimana, psicoterapia).

Obiettivi della terapia e contratto terapeutico

- 1) Imparare a regolare ansia e vergogna nelle esposizioni sociali, riducendone intensità e frequenza.
- 2) Migliorare le competenze sociali a scuola e negli altri ambiti del quotidiano.

3) Aumentare autostima e autonomia.

Terapia

Attraverso alcune sedute dedicate alla psicoeducazione, il paziente ha appreso il significato funzionale della vergogna e dell'ansia e la loro espressione somatica. Il blocco dell'eloquio, riportato come evento inspiegabile in prima seduta, è stato collegato ai sintomi di attivazione ansiosa e spiegato quindi come conseguenza di ipertono muscolare e dispnea.

Si è passati quindi alla ricostruzione e condivisione dello schema del disturbo. Si è affrontato il problema secondario: il pz ha capito come le valutazioni di secondo ordine amplifichino, invece che risolvere, il problema primario. Ha imparato a non valutarsi negativamente nei casi di attivazione ansiosa e a giudicarli invece come possibili e alle volte inevitabili. Attraverso lo studio della formula dell'ansia e la sua applicazione agli esempi riportati dal paziente, abbiamo visto quando e a quali condizioni appare l'ansia e soprattutto quali sono i fattori che il pz può manipolare per ridurre o anticipare il nascere dello stato ansioso: in particolare si è lavorato sull'autoefficacia percepita e su probabilità e gravità percepite della minaccia (es. ricevere una critica, esclusione dal gruppo). Applicando la tecnica della torta di probabilità a situazioni di esposizioni sociale (es. ansia provata in una grande piazza in occasione di un evento pubblico), il pz ha appreso a ridurre la probabilità che l'altro stia pensando proprio a lui e che lo stia facendo in termini negativi. Inoltre il pz ha appreso a considerare l'eventuale giudizio negativo come un pensiero di un'altra persona e a non identificarlo come un attributo reale del sé.

Abbiamo analizzato le occasioni di comportamento compiacente (es. fare proprio il giudizio di altri, cedere alla richiesta di uso di sostanze, pagare pranzo e sigarette) vedendo, attraverso l'esempio della spada di Damocle, come questi siano atti finalizzati ad evitare il timore di giudizio negativo ed esclusione dal gruppo, ma che di fatto indeboliscono l'autostima, l'autoefficacia percepita, il suo ruolo nel gruppo, il senso di agentività e autonomia, non falsificando mai l'ipotesi temuta e dando il via ad un circolo di auto-mantenimento che rinforza la risposta ansiosa.

Per aumentare ulteriormente la padronanza nella gestione degli stati d'ansia e al fine di falsificare l'ipotesi di scarsa autoefficacia, si è motivato il pz a tornare a prendere i mezzi pubblici, anche se tale limitazione non veniva percepita come problematica. Dopo aver presentato la tecnica ERP e spiegato le finalità, S. si è esposto autonomamente e in modo graduale: prendendo l'autobus in orario non di punta (quindi non affollato), in orario di punta e infine prendendo la metropolitana. Le esposizioni hanno attivato un leggero stato ansioso, che il pz è stato in grado di sopportare,

attivando B alternativi, fino alla estinzione della risposta emotiva e senza mettere in atto condotte di evitamento. A seguito di questo risultato, S. ha riportato in seduta un senso di aumentata autoefficacia, padroneggiamento degli stati emotivi e autostima.

Dall'analisi degli ABC è emerso che dietro le valutazioni che portano S. all'attivazione ansiosa o alle condotte disfunzionali (evitamento, accondiscendenza) è possibile individuare la credenza patogena di non essere degno di far parte del gruppo. Si è portato il pz ad individuare quando possa essersi creata questa falsa credenza e a ricordare il primo o uno dei primi episodi. S. ha ricordato un episodio avvenuto in seconda elementare in cui, riferisce, era stato ingiustamente incolpato, messo in disparte, escluso dai giochi in giardino e trattato dalle maestre in modo sprezzante e con violenze fisiche (percosse). A causa dell'irrequietezza motoria, S. ha vissuto molte esperienze di questo genere. Ricordiamo che ha dovuto anche cambiare scuola per questo.

Ho utilizzato la tecnica dell'*imagery with rescripting* per tentare di confutare la falsa credenza di indegnità di appartenenza al gruppo. S. ha scelto di rappresentare sé stesso da adulto che entrava nel giardino della scuola (in qualità di tecnico delle macchinette del caffè), avvicinava le maestre e diceva loro che un bambino di quell'età dovrebbe giocare con gli altri bambini, che quel bambino non era in grado di controllare l'irrequietezza, che proprio in questo consisteva il suo disturbo, e che loro dovevano piantarla di umiliarlo, punirlo ed escluderlo dal gruppo. Nella ricostruzione, il sé adulto prendeva per mano il sé bambino, lo liberava dalla punizione e lo portava a giocare con i compagni di classe. Alla fine S. si è ritenuto molto soddisfatto di come ha ricostruito la sua storia.

La credenza di essere stupido è stata attaccata facendo leggere al pz l'ultima relazione cognitiva in cui si sottolinea il QI nella norma. Le difficoltà riscontrate a scuola dal pz sono state ricondotte al disturbo dell'apprendimento (dislessia, disortografia, discalculia).

Per quanto riguarda l'autonomia, si è lavorato per migliorare le abilità organizzative degli impegni di vita quotidiana, affrancandosi il più possibile dall'aiuto dei genitori. S. è diventato più autonomo nella gestione dello studio, della psicoterapia, negli spostamenti. Non si sono rilevati segni di ansia da separazione. Nel passaggio dalla terza alla quarta classe superiore ho proposto di rinunciare all'insegnante di sostegno. Stefano era inizialmente concorde, ma dopo l'opposizione della madre ha cambiato idea, riferendo: "... per il timore di non superare l'anno."

Ad oggi Stefano ha superato il blocco con i compagni di classe e non riporta più stati d'ansia non gestibili. Prende i mezzi pubblici quando serve. E' stato promosso all'ultimo anno di scuola superiore senza debiti. Ha relazioni giudicate soddisfacenti con il gruppo di amici, con i quali esce regolarmente e con cui è stato recentemente in vacanza all'estero. Ha la moto e la patente auto. Ha avuto il primo rapporto sessuale.

La madre non è tuttavia completamente soddisfatta e giudica le amicizie del figlio “interessate”. Stefano fatica ancora ad organizzarsi adeguatamente negli impegni quotidiani e non sembra aver ancora completamente abbandonato le credenze di essere brutto e stupido.

Simone Gazzellini

Psicologo-Psicoterapeuta, Roma

Specializzato a Roma, training Mancini, Carcione

e-mail: simone.gazzellini@opbg.net

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