

ADOLESCENTI EVANESCENTI

La fobia sociale (o disturbo d'ansia sociale (DAS)) negli adolescenti.



Lila Barella

Classe 4B

Lavoro di maturità di psicologia

Anno scolastico 2016-2017 – Liceo Cantonale Mendrisio

Docente: professoressa Micaela Fettolini

INDICE

INTRODUZIONE	4
A – PARTE TEORICA	
1. Adolescenza	6
1.1. Introduzione	6
1.2. L'età dell'adolescenza	6
1.3. Fra l'infanzia e la vita adulta	7
1.4. Le trasformazioni	8
1.5. I nuovi sentimenti	9
1.5.1. Adolescenze eroiche	11
1.6. La famiglia	12
1.7. Il gruppo	13
2. La fobia sociale	16
2.1. Introduzione	16
2.2. Breve storia della fobia sociale	16
2.3. Definizione di ansia e ansia sociale secondo il DSM-5 e l'ICD-10	17
2.4. Sintomatologia della fobia sociale	19
2.4.1. Ansia da performance e ansia da interazione	21
2.4.2. La fobia sociale compensata	21
2.4.3. La timidezza e la fobia sociale	22
2.5. Eziologia della fobia sociale	23
2.6. La fobia sociale negli adolescenti	25
2.6.1. Cosa fa nascere la fobia sociale in un adolescente?	27
2.7. Problematiche correlate alla fobia sociale:	28
2.7.1. Il linguaggio non verbale	28
2.7.2. Il rapporto con l'altro sesso	29
2.7.3. La solitudine	30

2.7.4	La dipendenza da sostanze	30
2.8.	Le principali tecniche di trattamento della fobia sociale	32
2.8.1.	Il trattamento cognitivo-comportamentale	33
2.8.2.	La terapia farmacologica	35
2.8.3.	Errori nella diagnosi della fobia sociale	36
2.8.4.	Perché è difficile chiedere aiuto	38

B – PARTE PRATICA

1.	Intervista con il Dottor Michele Mattia	40
2.	La <i>Liebowitz Social Phobia Scale</i> (LSPS)	54
3.	Metodologia raccolta dati	58
4.	Interpretazione dati raccolti tramite i questionari	58

C – PARTE CONCLUSIVA

1.	Conclusioni	62
2.	Bilancio del lavoro	64
3.	Bibliografia	65

INTRODUZIONE

La società si evolve costantemente, ma una delle leggi che è sempre rimasta uguale è questa: il più forte sopravvive. Una volta questo significava che l'essere più grosso riusciva a sopravvivere grazie al cibo che procacciava, o ai terreni che possedeva. Nella nostra società di oggi (parlo di una società occidentale, economicamente benestante e dove tutti i cittadini hanno accesso a dei diritti e dei beni base, come riparo, cibo e istruzione.) tutti riescono a sopravvivere, ma il migliore "sopravvive meglio". Siamo costantemente tenuti a confrontarci con altre persone, o addirittura con le macchine, per vedere chi è in grado di lavorare, reagire e pensare meglio. Colui che eccelle viene ritenuto utile e impiegato per uno scopo, fino a quando non commetterà un errore, o qualcuno ritenuto migliore contenderà il posto. In aggiunta a questo, un altro grande fenomeno caratterizza il nostro tempo: la rapida e costante diffusione delle comunicazioni virtuali: le relazioni sociali non si intrattengono più solamente fisicamente, ormai è facile mettersi in contatto con persone provenienti da ogni angolo del pianeta, viviamo in una realtà interconnessa.

Ma a cosa porta, o a cosa può portare tutto questo? È inevitabile che la costante pressione sociale, a cui tutti siamo sottoposti, causi dei problemi. Fra i diversi disturbi che si stanno espandendo sempre più, ho deciso di concentrarmi sulla fobia sociale, anche chiamata disturbo d'ansia sociale, o DAS. Durante tutto il lavoro verrà utilizzato esclusivamente il termine di fobia sociale, per non causare confusione e perché gli effetti della fobia in generale sono esattamente quelli caratteristici della fobia sociale: il paziente si rende conto dell'esageratezza delle sue paure e reazioni, ma queste non diminuiscono ed egli cercherà di evitare tutte le situazioni che potrebbero causare disagio. Da questo comportamento deriva il titolo del mio lavoro: evanescente è un aggettivo che deriva dal latino *evanesco* -entis, «dileguarsi, svanire», e significa che va svanendo, che scompare a poco a poco (definizione dal dizionario Treccani). Questo è esattamente l'atteggiamento di un sociofobico: egli cerca di non farsi notare e di dileguarsi dalla società e le persone. Infatti la caratteristica principale della fobia sociale è il timore, che può diventare paura debilitante vera e propria, di essere giudicati da altre persone, mentre si svolgono compiti o azioni di vario genere. Nella persona che soffre del disturbo, due pensieri sono costanti mentre subisce il giudizio di qualcuno: per prima cosa, spera di dare una buona impressione, di essere giudicato positivamente. Secondariamente, prova una grande incertezza, e ha paura di non riuscire a soddisfare le aspettative né sue, né degli esaminatori, e di mostrare queste sue insicurezze, venendo così giudicato come inadatto e anormale.

Durante il mio lavoro mi occuperò quindi di questo disturbo, e più precisamente del disturbo nella fascia adolescenziale, in questo caso intesa dai 13 ai 20 anni circa. La mia teoria è che i giovani, e in particolar modo le ragazze, siano più soggetti a sviluppare un disturbo del genere, poiché è nell'adolescenza che si fa il proprio

ingresso nella società, e i desideri di essere socialmente accettati e apprezzati sono molto presenti. Credo inoltre che molti adolescenti soffrano di questo disturbo, in forme più o meno gravi, ma che la maggior parte di essi non abbia chiesto un aiuto professionale o non lo chiederebbe in caso soffrisse di un disturbo ansioso, ritenendolo momentaneo, parte integrante della propria personalità o non così grave da necessitare una cura.

Il mio metodo di lavoro sarà la lettura e la reinterpretazione di libri specifici, articoli di giornale, ricerche e studi svolti in questo ambito. Inoltre grazie a un incontro con il Dottor Michele Mattia, Medico psichiatra e psicoterapeuta, cofondatore dell'Associazione svizzera per l'ansia e la depressione, potrò approfondire il tema. Svolgerò anche una parte pratica a stretto contatto con dei giovani della fascia d'età interessata; la tipologia di lavoro sarà un questionario cartaceo che sottoporro a diversi allievi, la *Liebowitz social phobia scale*, ideata dal professor Liebowitz e atta a rilevare la presenza di un problema di fobia sociale. Successivamente utilizzerò i dati ricevuti per completare la mia ricerca e confermare o smentire la mia tesi. Sarò inoltre in grado di verificare se le diverse scuole, dunque tipologie di studio e lavoro, influenzino gli allievi predisponendoli o meno a questo disturbo. Le scuole dove sottoporro il test sono una classe di quarta del Liceo di Mendrisio, una classe di quarta della scuola cantonale di commercio (SCC) di Bellinzona, e una classe quarta di apprendisti elettricisti della Scuola Professionale Artigianale Industriale (SPAI) di Mendrisio.

A – PARTE TEORICA

1. Adolescenza

Non buttarti via, non farti del male perché, così facendo, colpisci il mondo intero. Non ti appartieni, sei. Sei come è il mondo attorno a te. Sei mistero, e nel mistero del tuo essere forse vali più di quanto tu immagini. Hai un senso che va oltre al senso. (Andreoli 2004, 142)

1.1. Introduzione

Durante l'adolescenza il corpo e la mente di un ragazzo e una ragazza cambiano come mai nella vita. Cambiano i modi di vedere il mondo e se stessi, cambiano i pensieri e i desideri. Un adolescente si trova perennemente confrontato con la domanda "Chi sono io? Cosa devo e, soprattutto, cosa voglio diventare?". Per rispondere a questa domanda, così vasta, spaventosa e affascinante allo stesso tempo, l'adolescente scopre il bisogno di stringere relazioni con i suoi coetanei. Con la famiglia l'adolescente è cresciuto, ha ricevuto insegnamenti, ha posto domande e ricevuto risposte. Ma ora questo non è più abbastanza: la famiglia diventa oppressiva, si ha voglia di sperimentare la libertà, di scoprire i propri limiti, di fare i primi passi nell'autosufficienza. Per questo acquisiscono un ruolo centrale gli amici. L'appartenenza a un gruppo di amici, che vengono da famiglie, esperienze, credenze e ambizioni diverse sono molto importanti nello sviluppo di un adolescente. Questo perché grazie al confronto con gli altri, il giovane può meglio capire anche se stesso, e sviluppare alcuni dei tratti che lo caratterizzeranno per il resto della vita. Ogni adolescenza è diversa da quella di un coetaneo, a dipendenza di esperienze, contesto culturale, epoca; ogni adolescenza rappresenta una fase di transito delicata, piena di insoddisfazioni e dolori, ma anche grandi gioie, amicizie e amori.

Nei prossimi sotto-capitoli approfondirò le diverse fasi dell'adolescenza, i maggiori cambiamenti fisici e psicologici che avvengono in un adolescente, con un breve approfondimento sul fenomeno delle "adolescenze eroiche", che trovo molto interessante in quanto illustra come i cambiamenti della società si riflettono sugli adolescenti, per infine arrivare a parlare della famiglia e del gruppo di coetanei che l'adolescente frequenta.

1.2. L'età dell'adolescenza

Da che età a che età possiamo considerare una persona come adolescente? È difficile definire con precisione a che età cominci e a che età finisca il passaggio fra l'infanzia e l'età adulta, ma seguirò i parametri che stabilisce Vittorino Andreoli: l'adolescenza si divide in prima e seconda adolescenza. La prima adolescenza comincia con la

pubertà, dunque attorno agli undici-dodici anni, e dura più o meno fino ai quindici-sedici anni. A quest'età comincia la seconda adolescenza, che dura fino ai venti-ventuno anni (Andreoli 2004, 30). Inoltre, le ricerche svolte dall'associazione Cospes¹, estese a un campione rappresentativo di giovani dai 19 ai 25 anni, hanno potuto documentare che la formazione dei processi d'identità prosegue in modo relativamente continuo il suo sviluppo ben oltre il compimento del 18 anno d'età, cioè circa fino all'età di 21-22 anni. Le cause probabilmente sono molte: l'allungamento degli anni di studio, l'inserimento nel mondo del lavoro prolungato e difficoltoso, la dipendenza dalla famiglia.

Questo etichettamento non è condiviso da tutti, alcuni sostengono che l'adolescenza termini con il passaggio alla maggiore età, altri che cominci prima, ma io utilizzerò questo riferimento alla prima e seconda adolescenza, perché ritengo, basandomi su esperienze personali e sull'osservazione, che l'adolescenza sia davvero divisibile in due fasi che presentano alcune differenze, e che non finisca con il compimento dei diciotto anni. Chiarito questo importante aspetto, possiamo continuare a parlare dell'adolescenza e delle sue caratteristiche.

1.3. Fra l'infanzia e la vita adulta

Il passaggio dall'infanzia all'adolescenza è sempre stato pieno di dubbi e difficoltà, dovuti ai cambiamenti che avvengono nel corpo, ma anche nella psiche. L'adolescente deve effettuare un'azione di ricerca e riflessione interiore, e distaccarsi da oggetti e idee che appartengono all'infanzia, per poi riuscire a creare la sua identità da adulto. È dunque un periodo di transizione molto importante, e molto delicato. Il ragazzo si trova in una situazione di crescita, costruzione e cambiamento ed essi devono avvenire per- e grazie a lui stesso. Il libro di Vittorino Andreoli, *Lettera a un adolescente*, illustra che in alcune società, l'adolescenza non è contemplata: per esempio, nelle civiltà africane, popoli di guerrieri, quando un ragazzo comincia a mostrare i cambiamenti della pubertà automaticamente viene considerato un adulto, e riceve nuovi compiti da svolgere, come quello di proteggere la comunità. Le ragazze invece, da quando entrano nel periodo di pubertà vengono considerate utili per la procreazione: passano quindi rapidamente da essere bambine a essere madri. Nelle società cosiddette evolute, come quelle occidentali, quindi tipiche della nostra realtà, al contrario l'adolescenza sembra allungarsi con il passare degli anni, e all'adolescente non viene richiesto nessun compito particolare, egli non svolge un ruolo che sia attivamente utile nella società. Deve semplicemente seguire la sua formazione, in modo da prepararsi a svolgere un ruolo attivo nella vita adulta, viene considerato come un investimento per il futuro. Questo da una parte permette all'adolescente di raggiungere una stabilità psichica, e di capire quale sarà il suo ruolo da adulto, ma dall'altro canto può creare insicurezze, perché l'adolescente si pone domande come "A cosa

¹ L'Associazione svolge fin dal 1976 attività psicopedagogica nel campo dell'orientamento. Il servizio che il **Centro COSPES** propone è essenzialmente **psicopedagogico**, nel senso che vuole favorire la maturazione dell'identità del bambino e prevenire eventuali difficoltà, citato in Tonolo 1999

posso servire io? Perché dovrei essere utile?”. Inoltre, negli ultimi anni questa transizione sembra essere diventata ancor più difficoltosa, e da questa difficoltà nascono i numerosi disturbi che si possono manifestare negli adolescenti. Questo è dovuto al fatto che il passaggio è anticipato: l’entrata in adolescenza comincia a un’età più giovane rispetto agli anni passati, ma, allo stesso tempo, l’entrata nell’età adulta non avviene prima. Questa posticipazione è dovuta a diversi motivi: economici, come la difficoltà di trovare e mantenere un impiego, e familiari: la famiglia moderna è contraddittoria, e invita i giovani ad acquistare una maggiore autonomia, ma allo stesso tempo li lega alla dipendenza dai genitori per un periodo sempre più lungo (i figli ad esempio, dipendono monetariamente dai genitori fino a quando non hanno un impiego che li mantenga da soli, e per questo tendono a vivere con i genitori il più a lungo possibile)

1.4. Le trasformazioni

La trasformazione più evidente in adolescenza è quella che avviene sul corpo: esso cresce, e il corpo da bambino si trasforma in quello che è l’inizio del corpo da adulto. Tutti questi cambiamenti richiedono un grande lavoro di comprensione e accettazione da parte dell’adolescente. Egli deve creare una nuova visione del proprio corpo, e riconoscerlo nei suoi cambiamenti, e ciò che essi comportano: il cambiamento della voce nei ragazzi, e la crescita del seno e le prime mestruazioni nelle ragazze, la crescita della peluria, il cambiamento di statura, e così via. Tutti questi fattori definiscono con chiarezza la fine della fanciullezza, la curiosità e l’attrazione verso il sesso opposto, che fino ad ora non era stato considerato come allettante dal punto di vista fisico, e la conseguente scoperta della sessualità.

Sul piano cognitivo le differenze stanno nella modalità di pensiero: si passa dalle operazioni concrete (caratteristiche dello stadio operatorio concreto, secondo la teoria di Piaget), a operazioni di riflessione interna (tipiche dello stadio operatorio formale-astratto). Questo passaggio permette all’adolescente di riflettere per la prima volta da solo, senza essere indirizzato dai genitori. Può cominciare a mettere in discussione le diverse ideologie che fino ad ora gli erano apparse come l’unica verità possibile e le diverse istituzioni in cui vive, come per esempio la scuola, la società, la religione. È il periodo dove l’adolescente forma il proprio senso critico e di giudizio, non accetta più passivamente tutto ciò che gli viene proposto, ma lo sottopone a un giudizio interno per poi agire di conseguenza.

In questo complesso momento di passaggio, l’adolescente deve costruire quella che sarà la sua identità futura. Ovviamente, essa è sempre soggetta a cambiamenti e muta nel tempo, ma nell’adolescenza, per la prima volta, il ragazzo deve decidere chi è, e chi vuole mostrare al mondo. È confrontato con pensieri, desideri e aspettative infantili, e nuove prospettive della vita adulta, e deve riuscire a combinare tutto ciò in modo da ottenere una nuova idea di sé, che sia conforme al suo sistema di valori e personalità fino ad ora cresciuto. Deve prima di tutto

formare un'immagine del se stesso ideale che vorrebbe diventare, per poi costruire su di esso la propria identità. Questa creazione dell'immagine ideale di sé cambia in base al sesso, si potrebbe dire che all'interno dell'adolescenza esistono due diversi tipi di essa: quella femminile e quella maschile. Le ragazze maturano mentalmente prima dei ragazzi, cominciano prima questa fase di crescita e consapevolezza, dunque i cambiamenti mentali si sviluppano prima rispetto ai ragazzi della stessa età, e compiono dei cambiamenti più incisivi rispetto ai coetanei. Questo fattore si può notare molto bene dal fatto che spesso le ragazze adolescenti cercano un partner che sia più grande di loro in fatto di età, ma più o meno allo stesso livello in termini di sviluppo mentale. Per costruire la nuova immagine le ragazze sono più orientate verso il pensiero dell'immagine in sé, mentre i ragazzi costruiscono attivamente la propria immagine. Infatti, i maschi sviluppano prima l'indipendenza, e gestiscono meglio il tempo trascorso al di fuori dal nucleo familiare, dimostrando così una maggiore indipendenza, e solo più tardi svilupperanno un senso di responsabilità sociale. Nel campo delle relazioni affettive e sessuali, le ragazze in genere quando ne intraprendono una hanno bene in chiaro quello che stanno facendo, e le loro relazioni sono più stabili, anche in famiglia. I ragazzi invece hanno uno sviluppo più lento, ma quando questo è completo sono più attivi. Quando invece parliamo di socializzazione, notiamo che i ragazzi vivono situazioni di gruppo meno conflittuali delle ragazze, e che essi vivono più intensamente la "vita di gruppo". Le ragazze, al contrario, sono meno appagate dal contatto con il gruppo, e tendono a ritirarsi da esso in caso di insoddisfazione o disagio. (Statisticamente, le ragazze si sentono insoddisfatte il doppio rispetto ai ragazzi nelle relazioni sociali, e questo spiega anche perché sono più propense a soffrire di fobia sociale. È molto probabile che una ragazza che ha subito un'insoddisfazione nel suo gruppo si ritiri, e per evitare di soffrire ancora decida di non integrarsi in un altro gruppo. In effetti, anche il rapporto fra ragazze e ragazzi che soffrono di fobia sociale è di 1.5-2 a 1). Quando pensano al futuro e a ciò che vogliono diventare, le ragazze puntano soprattutto alla soddisfazione e al benessere personale, mentre i maschi si indirizzano verso il successo sociale. Nello sviluppo di valori e etica, i ragazzi non si impegnano troppo, ma sono di idee più flessibili, mentre le ragazze si concentrano di più su quest'aspetto, ma sono anche più rigide nel cambiare pensiero, una volta che ne hanno formulato uno valido. Bisogna sottolineare che questo periodo di vita è molto oscillante, e crea molta insicurezza: l'adolescente non ha sicurezze, passa da un'idea all'altra, ed è spaventato invece dalla stabilità che il mondo adulto richiede e impone. (notizie tratte e riassunte da Tonolo, 1999).

1.5. I nuovi sentimenti

I nuovi sentimenti che un adolescente prova, o comprende appieno, per la prima volta, sono causati dal dolore psichico che egli prova in questa fase di transizione, dai fattori necessari a costruire la sua nuova immagine e personalità e dagli ideali narcisistici di come vorrebbe essere e apparire. Questi sentimenti, descritti nel libro di Edith Jacobson (1954), sono da una parte la vergogna, la mortificazione, l'inferiorità; differenti fra loro, ma tutti

derivanti da un'immagine che l'adolescente si fa di sé: il sentirsi o il sembrare inadeguato, brutto, diverso, inferiore agli altri. Questi sentimenti, entro un certo limite, sono completamente normali, causati dall'autovalutazione che l'adolescente è in grado di compiere su di sé visto che l'io e il Super-io stanno subendo una crescita. La maturazione dell'io permette al ragazzo di analizzare in modo sempre più corretto e razionale l'esterno e se stesso, consentendo una visione sempre più realistica di sé. La maturazione del Super-io invece permette di regolare gli istinti libidici e aggressivi, che si mostrano più intensi durante l'adolescenza, e regola l'umore del ragazzo. L'alternarsi di questi sentimenti, se troppo prolungati e/o troppo intensi però, possono portare a un'eccessiva svalutazione, a una perdita di autostima, e potrebbero intaccare il rapporto dell'adolescente con gli altri, impedendo così lo sviluppo di nuove competenze, o l'occasione di viverle piacevolmente. Questi sentimenti portano a un desiderio di esporsi al mondo esterno, divenuto così importante, ma anche un timore legato al giudizio degli altri.

I fattori utili alla crescita (studiati e teorizzati dall'associazione COSPES e illustrati nel libro di Giorgio Tonolo 1999) sono invece *l'impegno, l'impianto motivazionale, la capacità decisionale e il bisogno di senso nella vita*. Il primo si riferisce all'impegno e le energie che l'adolescente impiega in quanto si pone degli obiettivi e trova delle strade per conseguirli efficacemente e coerentemente, e sviluppa un senso di responsabilità verso se stesso e gli altri. Questo fattore è decisivo per sviluppare una realistica consapevolezza di sé. L'impianto motivazionale ha la funzione di conservare e rafforzare la personalità: indirizzano l'adolescente verso le sue scelte e preferenze, creando l'immagine di sé. Una scarsa motivazione caratterizzerà un adolescente privo di volontà, passivo, debole emozionalmente, intellettualmente e moralmente. Per capacità decisionale si intende il saper prendere delle decisioni che salvaguardino la propria persona, i propri ideali e gli altri. Infine, il bisogno di trovare un senso alla propria vita stimola l'adolescente a riflettere su ciò che sta diventando, lo fanno maturare più in fretta e aiutano a definire la propria personalità. Tutti questi processi non appaiono simultaneamente durante il processo di crescita, ma sono il risultato di un lungo processo di formazione, e saranno indispensabili alla persona per tutta la durata della propria vita.

Infine, gli ideali narcisistici rappresentano il sé ideale che l'adolescente vorrebbe incarnare. A volte queste immagini sono addirittura sopravvalutate, e rimandano a figure ammirate e amate dai ragazzi (spesso sono i genitori). Un conflitto fra il sé ideale e il sé reale è ovvio e necessario, ma può diventare potenzialmente dannoso se gli ideali e le aspettative sono troppo elevati. Dunque, più gli ideali sono ambiziosi, più forte sarà il senso di vergogna provato per la propria imperfezione. Soprattutto un ragazzo che soffre di fobia sociale proverà vergogna e dolore in questa fase: esso sarà convinto che l'immagine di sé ideale sarebbe l'unica che gli altri potrebbero apprezzare, e visto che non riesce a raggiungerla, si sentirà non adeguato e imperfetto. Per confrontarsi con questo sentimento di vergogna, solitamente l'adolescente può imboccare diverse strade: quella

del senso di colpa, che fa calare ulteriormente l'autostima e la voglia di migliorarsi; quella dell'autolesionismo, come punizione corporea che il ragazzo si infligge, per punirsi di non riuscire a essere quello che vorrebbe; la formazione reattiva, ovvero l'assunzione di un atteggiamento che è esattamente l'opposto di quello che la psiche indirizza a fare, dunque assumendo un atteggiamento eccessivamente spavaldo e esibizionistico; il bullismo, inteso come l'attaccare per primo gli altri, così da non diventare vittima; o ancora, il metodo di razionalizzazione, cioè tentare di giustificare i sentimenti che causano angoscia con spiegazioni razionali e logiche. Questo porta all'accettazione, non felice, del proprio corpo, dunque l'adolescente non proverà a migliorarlo. Come visto nel capitolo, questi fattori possono portare all'isolamento di un adolescente sociofobico, o alla dipendenza da sostanze, o comunque a una vita non soddisfacente e infelice.

1.5.1. Adolescenze eroiche

L'insoddisfazione e la frustrazione sono anche dovute al cambiamento della percezione del tempo di un adolescente. Questo è spiegato bene nel libro di Vittorino Andreoli *Lettera a un adolescente*, dove egli, indirizzandosi direttamente all'adolescente scrive: "So che tu vivi il presente, ti dimentichi del passato e che del futuro non hai una visione molto lontana, al massimo arrivi a qualche settimana o alle prossime vacanze. Ciò equivale a dire che gli adolescenti sono iperconcreti, attenti a ciò che riguarda il "qui e adesso", l'hic et nunc." (2004, 91). Questa concentrazione sul momento presente fa vivere l'adolescente sempre sul filo del rasoio: se non farà ciò che può fare ora, non potrà farlo mai più. Se non ci riuscirà ora, non ci sarà una seconda possibilità. Se un adolescente fallisce in qualche modo, si sentirà frustrato e disperato, perché avrà la sensazione che ciò che sia successo sia irreparabile. Non concentrandosi sul passato invece l'adolescente non ha radici, il "vecchio" non gli sembra utile per risolvere i problemi attuali. Queste condizioni ci aiutano a capire perché sia più facile sviluppare la fobia sociale nell'adolescenza: un ragazzo che subisce un'umiliazione pubblica sarà convinto che la figuraccia rimarrà impressa nelle menti di tutti, per sempre, e ne rimarrà distrutto, cercando di evitare di ripetere una situazione simile, allontanandosi dal gruppo e isolandosi, per evitare di essere preso in giro o giudicato.

Questa necessità di vivere solamente il presente è accresciuta dal forte egocentrismo che gli adolescenti provano: anche se di solito gli altri non prestano loro così tanta attenzione, perché troppo concentrati su loro stessi o perché semplicemente non interessati, per un adolescente, tutto il mondo è concentrato su quello che ha fatto o che farà, si sente costantemente giudicato e al centro dell'attenzione. Si crea così quel fenomeno che Vittorino Andreoli chiama "adolescenza eroica": la nostra società è guidata da ideali di successo, siamo costantemente bombardati da immagini di sorridenti imprenditori che hanno avuto successo grazie al loro spirito e forza di volontà, siamo perennemente spinti a dare il meglio di noi stessi per non essere rimpiazzati. Gli ideali di fratellanza e comunità sono stati quasi ovunque rimpiazzati da quelli di denaro e trionfo, da ottenere tramite qualsiasi mezzo. Questo ha sicuramente un impatto sugli adolescenti: infatti, anch'essi vogliono che gli sia

riconosciuta la gloria, vogliono essere riconosciuti come importanti, o perlomeno essere degnati d'attenzione, ottenere i famosi "cinque minuti di fama". Per raggiungere tutto ciò, gli adolescenti si trasformano in eroi: si concentrano solamente sul momento presente, compiendo gesti anche folli e pericolosi, concentrandosi sulla droga per sembrare più trasgressivi, o lottando con la famiglia o gli altri fino a farsi male, pur di ottenere risalto. La vita non è percepita da un adolescente come una continuità, ma come un insieme di molti momenti irripetibili, quindi cercherà di sfruttarli a suo favore. Tutto questo porta a sentir parlare sempre più spesso di adolescenti che compiono atti estremi o illegali come furti, rapine, risse o altre bravate pericolose.

Per ovviare a questo fenomeno, sarebbe importante che la società desse risalto agli adolescenti per quello che sono: in questo periodo della loro vita sono qualcosa, quando cresceranno e diventeranno adulti saranno qualcosa di diverso, ma è importante valorizzarli fin dall'adolescenza, per evitare che il loro futuro venga compromesso. Gli adolescenti hanno bisogno di essere amati e rispettati per quello che sono, devono poter mostrare quello che sono senza timore di essere rifiutati o giudicati negativamente, potendo elaborare anche quelle parti di loro stessi che non amano o che vorrebbero cambiare.

1.6. La famiglia

Quali fattori determinano se l'angoscia rimarrà nei valori costruttivi e normali, o se diventerà un sentimento distruttivo e problematico? Secondo Tommaso Senise, autore del libro *Psicoterapia breve di individuazione. La metodologia di Tommaso Senise nella consultazione con l'adolescente*, questi fattori si decidono all'interno del rapporto genitore-bambino negli anni precedenti. Più precisamente, al metodo di azione del genitore in risposta ai comportamenti del bambino. Possiamo racchiudere tutti i genitori in due grandi gruppi, in base al loro comportamento: un genitore che stimola il bambino a fare nuove esperienze, che lo gratifica quando sviluppa, elabora o esprime le proprie competenze, qualsiasi esse siano. Il genitore che ama e rispetta il bambino per quello che è, sia quando ha successo che quando fallisce, che lo stimola a raggiungere le abilità che egli desidera sviluppare. Questo comportamento induce il bambino a provare piacere nello sviluppare e utilizzare le sue competenze, per il semplice motivo che egli si sentirà apprezzato in ogni caso, dunque più libero di sperimentare ciò che gli piace. Poi c'è il genitore che umilia e frustra il bambino, quando il suo comportamento è inadeguato, che quando il bambino sbaglia manifesta una delusione rabbiosa. In questo modo il bambino percepisce una perdita di amore, e che questa perdita è legata al suo comportamento. Questo può poi tradursi in diverse reazioni, ma tutte non influiscono positivamente sulle sue esperienze e competenze, che saranno viste e vissute dal bambino come l'unico strumento per ottenere successo e approvazione.

Le ricerche degli ultimi anni, descritte da Pietropolli Charmet nel libro *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida* (2000), hanno registrato un cambiamento nelle famiglie: si è passati dalla famiglia etica, che trasmette

ai figli valori e norme, alla famiglia affettiva, che trasmette invece prevalentemente affetti. I genitori ora ritengono più importante tramandare ai figli amore e affetto, piuttosto che regole e principi astratti. Ritengono più importante educare tramite l'amore e l'accettazione, e non per paura delle punizioni, e tentano di portare alla luce la vera natura dei figli. Lo scopo della famiglia affettiva è quello di crescere dei figli felici, e per questo tendono a ridurre al minimo le emozioni negative che essi possono provare, per evitare di farli soffrire. A causa di questa diffusione della famiglia affettiva però, i figli si troveranno a dover affrontare i problemi adolescenziali con una scarsa esperienza di dolore e frustrazione rispetto ai quelli cresciuti con il metodo della famiglia etica. Questo li porterà a soffrire con maggior intensità quando vivranno per la prima volta situazioni che causeranno loro dolore mentale, come la critica e il rifiuto, e a desiderare che tutto l'ambiente esterno, dunque scuola, amici, società in genere, li trattino come faceva la famiglia, cioè che li ascoltino e li supportino sempre, visto che sono cresciuti abituati in questo modo. Questi fatti potrebbero portare a una critica verso la famiglia affettiva, ma dall'altro lato è vero che anche quella etica, al suo estremo, non è positiva, in quanto crescerà dei figli perennemente frustrati e che non credono in se stessi e nelle loro capacità. Personalmente, credo che come in ogni ambito, la via migliore sia quella che combina famiglia affettiva e quella etica: un insegnamento che trasmetta i valori ai propri figli, facendoli sentire amati, ma ricordando loro che nessuno è perfetto, e che errare è umano.

1.7. Il gruppo

Gli amici, e con essi il conseguente "gruppo", sono al centro della vita di un adolescente. Essi sono importanti per la costruzione dell'immagine di sé e delle competenze sociali: attraverso il gruppo l'adolescente può crescere e confrontarsi con gli altri, o prenderli come modello quando hanno caratteristiche che anche l'adolescente vorrebbe imitare. Il gruppo funziona come una famiglia sostitutiva, e dunque tutte le decisioni sono prese assieme, e si agisce sempre assieme, le esperienze si fanno assieme, l'adolescente si aspetta dal gruppo la sicurezza di poter trovare qualcuno con cui parlare con la stessa certezza con cui da bambino tornava a casa da scuola e si aspettava di trovare i genitori ad attenderlo.

I gruppi degli adolescenti si trasformano costantemente a dipendenza dell'epoca e del contesto sociale, ma la loro funzione rimane sempre la stessa: aiutare l'adolescente a sviluppare la propria identità, preparandolo alla vita adulta. Questo processo si potrà considerare completo quando la percezione di sé corrisponde con la percezione che gli altri hanno della persona. Per compiere questo cambiamento, secondo Pietropoli Charmet (2000) il ragazzo, inconsciamente e consciamente, presta molta attenzione a migliorare la qualità e la felicità del gruppo, tramite la lealtà, l'affetto e l'identificazione con il gruppo stesso.

Il gruppo funziona da antidepressivo, che compensa la perdita e il dolore derivanti dall'abbandono dell'età infantile; aiuta a separarsi dalla famiglia e a sperimentare la propria autonomia; rappresenta il primo luogo dove viene sperimentata e definita la reputazione sociale, cioè i diversi rapporti di popolarità fra i coetanei. Come spiega Palmonari (1997) nel suo libro *Psicologia dell'adolescenza*, l'appartenenza ad un gruppo aiuta l'adolescente a sviluppare nuove abilità affettive, sociali, e a riconoscere i diversi stati emotivi legati ai diversi ruoli sociali. In più, in linea generale, nelle ragazze l'appartenenza a un gruppo aiuta particolarmente a sviluppare l'empatia, cioè la capacità di cogliere e identificarsi con i sentimenti altrui. Nei ragazzi invece, esso sviluppa il senso di autonomia e controllo.

Riassumendo Palmonari (1997), in passato esistevano due tipologie di gruppo, e una veniva prima dell'altra. Al principio il gruppo era formato principalmente da ragazzi dello stesso sesso: in questo gruppo l'adolescente trovava e instaurava le prime amicizie profonde, e il gruppo serviva per svagarsi e divertirsi. In seguito, all'inizio della seconda adolescenza, dunque dai sedici-diciassette anni, il gruppo diventava misto, gli adolescenti iniziavano a chiacchierare con i loro coetanei del sesso opposto, e il gruppo diventava anche il modo tramite il quale si esplorava la città, facendo le prime esperienze indipendenti. All'interno di questo gruppo l'adolescente intraprenderà le prime relazioni amorose, e le prime esperienze sessuali. Quello delle prime relazioni amorose è un passo importante: l'adolescente non deve più conformarsi al gruppo per piacere a tutti, ma deve concentrarsi sulla sua individualità per piacere a un'altra persona. Durante la relazione l'adolescente si sente apprezzato, e questo porta a accrescere la sua autostima, e a affermare la sua sicurezza in sé. Può scoprire anche i suoi orientamenti sessuali e affettivi, inizia così a creare la propria personalità. Ciò non significa che negli stadi precedenti il ragazzo non aveva bisogno di amore: semplicemente ne aveva bisogno in forma diversa: prima era rappresentato dalla famiglia, poi dal gruppo, e ora da una persona singola.

Al giorno d'oggi, la socializzazione è cambiata: maschi e femmine si incontrano e socializzano già a una giovane età, le scuole pubbliche sono miste, la società in generale permette e incita a uno scambio e una socializzazione fra sessi opposti. Per questo il gruppo monosessuale esiste ancora nella prima adolescenza, ma viene sostituito più in fretta da quello misto rispetto agli anni passati. Questo tuttavia di solito non porta a sviluppare relazioni amorose o interazioni sessuali prima dell'entrata nella seconda adolescenza.

Visto che il ruolo del gruppo è quello di far sviluppare autonomia rispetto alla famiglia all'adolescente, è normale che la famiglia e il gruppo possano avere relazioni conflittuali. Questo non succede sempre, anzi, spesso il fatto che non si riesca a conciliare gruppo e famiglia rivela la presenza di un problema evolutivo, ma in alcuni casi questi due mondi non riescono ad andare d'accordo. Più sono presenti problemi in famiglia, più l'adolescente si riconoscerà nel gruppo e lo farà diventare la sua famiglia sostitutiva, allontanandosi da quella originaria. Oppure,

può capitare che i genitori, spaventati dall'idea che il figlio si allontani, cerchino di impedire le relazioni con il gruppo ("Se esci con loro, qui non tornare più"), sfociando in reazioni esagerate, che causano solo l'effetto opposto: l'adolescente vorrà ancora di più instaurare un forte legame con il gruppo, sia perché gli viene proibito, e può così affermare la propria indipendenza, sia perché il gruppo lo accetta per quello che è. In ogni caso, bisogna ricordare che in adolescenza il punto di riferimento più importante per i ragazzi rimangono comunque i genitori e la famiglia, sia per discutere dei problemi personali che di quelli del gruppo stesso, e che un eventuale allontanamento dalla famiglia di solito porterà l'adolescente a riavvicinarsi ad essa in un futuro prossimo. La famiglia è importante soprattutto perché un effetto del gruppo è quello di annullare, o comunque diminuire molto la capacità decisionale del singolo, come descritto bene da Vittorino Andreoli (2004). Nel gruppo, un'azione che compiuta da soli sembrerebbe orribile, perde questa visione spaventosa. C'è il rischio che il gruppo strumentalizzi gli adolescenti, facendo loro perdere la capacità di discernere fra giusto e sbagliato, e spingendoli a compiere atti vandalici o comunque pericolosi per loro stessi o gli altri. Per questo è importante che un adolescente possa parlare con la propria famiglia, in modo da avere sempre un sostegno e una visione esterna durante la sua fase di trasformazione.

2. La fobia sociale

La paura del pericolo è diecimila volte più spaventosa del pericolo vero e proprio, quando si presenta di fatto davanti ai nostri occhi; e l'ansia è una tortura molto più grave da sopportare che non la sventura stessa per la quale stiamo in ansia. (Robinson Crusoe nel romanzo omonimo di Daniel Defoe)

2.1 Introduzione

Come detto, in questo lavoro mi occuperò del disturbo della fobia sociale in particolare negli adolescenti. Il capitolo centrale della parte teorica sarà dunque questo, dove viene trattata la storia e la definizione di fobia sociale, la sintomatologia, con un breve accenno alla timidezza, e la sua eziologia (cioè le cause). Inoltre, approfondirò i disturbi correlati ad esso: l'incapacità di instaurare relazioni soddisfacenti, l'allontanamento dalla società o la dipendenza da sostanze, per infine arrivare a parlare delle terapie internazionalmente utilizzate nella cura di questo disturbo. È bene ricordare mentre si legge che questo disturbo non è così raro come per esempio i disturbi di autismo o schizofrenia, che vengono individuati abbastanza semplicemente e curati con le adeguate misure. La fobia sociale è invece un disturbo che interessa una notevole porzione della popolazione, e che non si riconosce immediatamente. Magari la persona alla quale avete rivolto la parola in stazione che si è allontanata senza rispondere, o il vicino di casa che non vi saluta mai non sono persone antipatiche, ma sociofobici inconsapevoli o che stanno cercando di guarire. È dunque necessario imparare a riconoscere i diversi segnali che potrebbero indicare la presenza di un disturbo di fobia sociale, in modo da poter aiutare chi ne abbia bisogno e per evitare di compiere atti di etichettamento e discriminazione verso persone che soffrono di un problema difficile da riconoscere e accettare.

2.2. Breve storia della fobia sociale

La fobia sociale, come tutte le tipologie di ansie, è stata considerata come un sintomo, e non come un disturbo vero e proprio fino agli anni '80. In quegli anni si iniziarono a considerare le diverse sfaccettature dell'ansia come casi propri, e si scoprì che, in America, l'8,3% della popolazione ne soffriva, rendendolo il disturbo più diffuso del paese, addirittura più di depressione e manie, che fino ad allora erano considerati i problemi più presenti nella popolazione. Più precisamente per l'ansia sociale, si cominciò a trattarla come un disturbo a se stante a partire dal 1966 grazie agli studi di Marks e Gelder. Nel 1985 lo psichiatra e ricercatore Michael Liebowitz e i suoi colleghi Jack Gorman, Abby Flyer e Donald Klein scrissero un saggio dove attiravano l'attenzione di psicologi, psichiatri e società sull'ansia sociale. Nel 2002 si scoprì che circa il 2% della popolazione americana soffriva di fobia sociale e aveva chiesto aiuto, ma si stima che una parte ancora maggiore di popolazione ne soffrisse, ma non chiedesse aiuto. Attualmente, si stima che fra il 3 e il 13% della popolazione mondiale possa soffrire di disturbo d'ansia sociale (dati estratti e riassunti da Paganelli 2013, 80).

2.3. Definizione di ansia e ansia sociale secondo il DSM-5 e l'ICD-10

Prima di tutto bisogna definire con chiarezza i termini come *ansia*, *fobia*, *paura* e *angoscia*, per non citarli erroneamente. *Ansia* e *angoscia* non sono sinonimi, o almeno, non lo sono in un contesto psicologico e psichiatrico. L'*ansia* si riferisce solo a uno stato d'animo in cui la persona è turbata e non si sente a proprio agio, ma non riesce a definire chiaramente perché si sente in questo modo. L'*angoscia* invece si può definire come uno stadio successivo all'*ansia*, come una sua espressione nevrotica (che porta cioè a uno stato di disagio senza una causa apparente, e rende più difficile condurre la vita comune) o psicotica (che porta cioè al distacco dalla realtà). Inoltre l'*angoscia* ha riscontri anche fisici, come la tachicardia, la sensazione di bocca secca o vertigini. L'*ansia* non si può nemmeno definire come *paura*, visto che l'*ansia* non è legata a un determinato oggetto, mentre la *paura* sì.

Anche quando parliamo di ansia, dobbiamo distinguere i diversi tipi d'ansia che si possono incontrare:

- l'ansia reale, che si manifesta in occasioni di reale gravità e pericolo, ed è dunque utile e benefica;
- l'ansia patologica, cioè la sensazione di ansia intensa, e non legata a situazioni realmente pericolose, che deve essere quindi curata e riportata alla normalità;
- l'ansia di stato. Questo tipo di ansia si presenta solo in una determinata situazione, e quando questa si risolve l'ansia scompare. Per questo si può dire che ha un inizio e una fine ben precisi. Un esempio è l'ansia che si può provare prima di essere sottoposti a un esame: quando questo sarà finito, l'ansia scomparirà da sola;
- l'ansia di tratto. Questa forma di ansia viene chiamata in questo modo perché l'ansia diventa un tratto caratteristico della persona che soffre di questo disturbo. L'ansia non è legata a un unico fattore scatenante, ma cerca in tutti i modi possibili di trovare qualcosa che scateni la sensazione di insicurezza. Appena la situazione si risolve il cervello si mette inconsciamente alla ricerca di un'altra fonte di preoccupazione.

Visto che il disturbo che viene trattato in questo lavoro viene chiamato ansia o fobia sociale, ora è necessario dare anche una definizione di *fobia*: la fobia è una paura irrazionale ed esagerata, che viene scatenata da un determinato oggetto, luogo, situazione o pensiero. La persona che soffre di una fobia riconosce che essa è irragionevole, ma ciononostante non riesce a controllarla, dunque si adopera per evitare tutte le situazioni che potrebbero condurlo a provare la fobia, anche se questo significa stravolgere la vita comune. (Questa definizione e quelle sovrastanti sono riassunte dal libro di Eugenio Borgna, *Le figure dell'ansia*).

Ora che le definizioni sono più chiare, si può parlare più precisamente del disturbo trattato in questo lavoro: la fobia sociale, anche chiamata disturbo d'ansia sociale o DAS.

Prima di tutto, ecco come viene definita la fobia sociale secondo l'ICD-10, cioè la decima modifica della raccolta e classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione mondiale della sanità, utilizzata a partire dal 1994:

F40.1 Fobie sociali. Paure relative al giudizio da parte di altre persone, che conducono all'evitamento delle situazioni sociali. Le fobie sociali più gravi sono in genere associate ad una scarsa stima di sé e alla paura di essere criticati. Esse possono presentarsi come lamentele relative all'arrossire, al tremore delle mani, alla nausea o all'urgenza di urinare, in quanto il paziente è convinto che una di queste manifestazioni secondarie della propria ansia sia il problema principale. I sintomi possono progredire fino a dar luogo ad attacchi di panico.

Secondo la quinta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5), in circolazione a partire dal 2013 (La fobia sociale è stata inserita nel DSM a partire dal 1980, ma questa versione è più recente e dunque più aggiornata e ufficiale), la fobia sociale viene riconosciuta e si può definire tale se i sintomi sono i seguenti:

300.23 (F40.10) Disturbo d'Ansia Sociale.

A. Marcata paura o ansia rispetto a una o più situazioni sociali in cui l'individuo è esposto al possibile giudizio degli altri. Gli esempi includono le interazioni sociali (nel corso di una conversazione, conoscere persone non familiari), di essere osservato (mangiare o bere) e le performance di fronte ad altri (un discorso). Nota: Nei bambini, l'ansia deve manifestarsi con i coetanei e non solo durante le interazioni con gli adulti;

B. L'individuo teme di mostrare i sintomi di ansia e che verranno valutati negativamente (umiliazione, imbarazzo);

C. Le situazioni sociali provocano quasi sempre paura o ansia. Nota: Nei bambini la paura o l'ansia può essere espressa piangendo, con scoppi di ira, freezing (cioè immobilizzazione) o stare in disparte in situazioni sociali;

D. Le situazioni sociali vengono evitate o sopportate con intensa paura o ansia. La paura o ansia è sproporzionata alla minaccia reale rappresentata dalla situazione sociale e al contesto socio-culturale;

F. La paura, l'ansia o l'evitamento (meccanismo di difesa che porta a evitare le situazioni che suscitano ansia. A lungo termine, può interferire con le normali attività quotidiane) sono persistenti, di solito della durata di 6 mesi o più;

G. La paura, l'ansia o l'evitamento causano disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti del funzionamento;

H. La paura, l'ansia o l'evitamento non è imputabile agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica;

I. La paura, l'ansia o l'evitamento non sono meglio spiegati con i sintomi di un altro disturbo mentale, come il Disturbo di Panico, Disturbo da Dismorfismo Corporeo o da un Disturbo dello Spettro Autistico;

J. Se è presente un'altra condizione medica (morbo di Parkinson, l'obesità o lesioni), la paura, l'ansia o l'evitamento è chiaramente non correlata o eccessiva.

L'ansia si tratta invece solamente di ansia da performance se la paura è limitato a parlare o esibirsi in pubblico (Tratto da DSM-5). (Le caratteristiche dell'ansia da performance sono trattate nel capitolo 3.4.1)

Grazie a queste prime definizioni possiamo riconoscere la fobia sociale come un disturbo che si presenta quando il soggetto è esposto al giudizio di altre persone, e che l'ansia provata in queste situazioni è sproporzionata e controproducente. Vediamo ora come questo disturbo si manifesta nei pazienti.

2.4. Sintomatologia della fobia sociale

A tutti capita di sentirsi sotto pressione nelle situazioni dove verremo giudicati, soprattutto se il giudizio espresso sarà importante e decisivo nella nostra vita. In fondo, tutti noi vogliamo essere ben visti in società, e non essere esclusi da essa. Ma non si può certo dire che lo studente che abbia la tremarella prima di un'interrogazione, o la ragazza che arrossisce perché è inciampata davanti a un gruppo di persone, soffrano di fobia sociale. La persistenza, l'intensità e la durata con le quali queste paure si manifestano determinano se una persona è malata oppure no. Le persone che soffrono di questa fobia tendono a fraintendere il comportamento degli altri, ritenendolo come un'esibizione di potere e superiorità, e cercano di sottomettersi alla fonte di potere, per non esserne danneggiati. Più l'ansia continua a manifestarsi, più i soggetti tenderanno a evitare il contatto con le persone di cui hanno timore, cioè praticamente tutti gli sconosciuti.

Di solito questo disturbo si manifesta nella prima adolescenza, ma i pazienti tendono a chiedere aiuto fra i 20 e i 30 anni, quando esso interferisce con la vita lavorativa in modo importante, come per esempio un licenziamento o una promozione, che rendono impossibile continuare a evitare le persone e il loro giudizio. La fobia sociale si manifesta in due diversi modi: la fobia sociale circoscritta (o specifica) e la fobia sociale generalizzata.

Nel primo caso, il paziente prova ansia solo in determinate situazioni, quali parlare o mangiare in pubblico. Questo tipo di disturbo si può anche chiamare ansia da performance, o ansia da esibizione. Di solito tutti ne soffrono in minima parte, ma è normale essere agitati poco prima di tenere un esame orale, e di solito l'ansia svanisce dopo poco che si è iniziato a parlare. Nei soggetti fobici invece la preoccupazione si presenta molto prima del momento in cui si deve effettivamente parlare in pubblico, e la paura non diminuisce mentre si parla o nei discorsi successivi. La paura principale del paziente è di aumentare il suo imbarazzo a causa dell'ansia, per esempio arrossendo o vomitando in pubblico. Quando si intraprende una terapia a causa di questo problema, spesso esso è confuso con altre diagnosi, e se si riconosce, spesso poi si riscontrano anche paura tipiche della fobia sociale generalizzata (un'ansia che non ha un oggetto scatenante preciso, ma che interferisce con le attività del paziente). L'ansia da performance verrà trattata anche nel capitolo seguente.

Nella fobia sociale generalizzata il paziente può presentare le stesse paure espresse sopra, ma in più si aggiunge la paura di incontrare persone sconosciute, soprattutto se autoritarie e/o dell'altro sesso. Per questo spesso il paziente mette in atto la tecnica del rinvio, cioè evitare più a lungo possibile il momento del temuto incontro, dell'evitamento (spesso, evitando di parlare in presenza della persona temuta), della rinuncia a presenziare a questi incontri anche se rappresentano una grande perdita, e della fuga.

In entrambe le fobie, il paziente si concentra solo su se stesso, credendo che tutti noteranno il suo disagio, e così facendo diventa molto impacciato. Naturalmente l'autostima e fiducia sono molto basse, e con il passare del tempo esse possono persino sfociare nella depressione.

Parlando di comportamento, in una persona di qualsiasi età che soffre di fobia sociale si possono riscontrare i seguenti comportamenti, tratti dal libro *Psicoterapie integrate* (Giusti, Montanari e Iannazzo 2004, 310):

- incapacità di accettare i complimenti;
- facile disprezzo verso se stessi;
- difficoltà a dire di no agli altri;
- paura del rifiuto degli altri, in particolar modo dei coetanei;
- mancanza di ambizioni nella vita, o ambizioni troppo basse rispetto alle reali capacità;
- incapacità di trovare aspetti positivi in se stessi.

In età evolutiva il disturbo d'ansia sociale si manifesta con i seguenti sintomi aggiuntivi:

- paura o mancanza d'interesse nel provare cose nuove;
- paura di parlare con persone sconosciute;
- estremo disagio quando si è al centro dell'attenzione;
- evitamento del contatto visivo;
- difficoltà nel parlare in pubblico o di fronte alla classe;
- difficoltà nel fare nuove amicizie;
- autoesclusione sociale;
- preoccupazioni relative a possibili valutazioni negative (anche quando non è sottoposto a valutazione);
- mal di stomaco;
- tremori;
- eccessiva sudorazione.

2.4.1. Ansia da performance e ansia da interazione

Le situazioni temute dalle persone con disturbo d'ansia sociale si suddividono in due categorie: basate sulle performance e basate sull'interazione. Entrambi i disturbi portano alle medesime conseguenze, come l'evitamento delle situazioni temute, ma è importante distinguerli, soprattutto per curarli nel modo più appropriato.

Le situazioni basate sulle performance sono situazioni in cui i pazienti si sentono osservati durante lo svolgimento di un'azione. Ecco alcuni esempi tratti da (Marshall 1994, 22-3):

- parlare in pubblico (essere interrogati di fronte alla classe);
- partecipare in classe (fare o rispondere a delle domande, leggere ad alta voce);
- mangiare di fronte agli altri;
- utilizzare i bagni pubblici;
- scrivere di fronte agli altri (ad esempio alla lavagna);
- entrare in una stanza o in un'aula in cui tutti sono già seduti.

Situazioni basate sull'interazione invece includono tutte le situazioni in cui i ragazzi interagiscono con gli altri e sviluppano relazioni più strette. Ad esempio:

- incontrare nuove persone;
- parlare con i compagni di classe;
- invitare gli amici a casa;
- partecipare a eventi sociali (ad esempio feste);
- parlare con adulti, come insegnanti;
- lavorare in gruppi a scuola;
- esprimere le proprie opinioni.

I sintomi di solito durano almeno sei mesi, e si distinguono chiaramente dal normale disagio provato dai bambini in ambienti e situazioni nuove. Il disturbo causa una compromissione significativa delle relazioni con i coetanei, delle prestazioni scolastiche e del funzionamento familiare.

2.4.2. La fobia sociale compensata

Esiste però una categoria di sociofobici che riesce, almeno momentaneamente, a gestire queste situazioni di stress: in questi casi parliamo di fobia sociale compensata. In queste persone è più difficile riconoscere la fobia sociale, perché esternamente esse sembrano molto sicure di sé. È il caso tipico degli attori: possono recitare alla perfezione un ruolo, senza avere nessun timore del giudizio altrui, ma in realtà soffrono anche loro di fobia

sociale. Ma non capita solo agli attori: altre persone possono trovarsi a loro agio nell'impersonificare il ruolo di cameriere, di docente, di autista, qualsiasi cosa. Il modo in cui evitano di mostrare la propria ansia è proprio questo: impersonificano un ruolo, così da non sentirsi giudicati: le altre persone non vedono loro, vedono solamente il ruolo che stanno recitando, e questo basta a farle sentire al sicuro. Questo metodo in realtà ha più svantaggi che vantaggi: innanzitutto, il disagio sembra svanito, ma la sensazione di tranquillità si limita solo al momento nel quale la persona recita il ruolo. Ma il problema più grave è l'impossibilità di creare relazioni sociali sincere: la persona recita sempre un ruolo fittizio, che lo può far sentire sicuro e evitare dunque figuracce, ma sarà con questo personaggio irrealista che egli si presenterà al mondo e alle altre persone, e quando non starà recitando il suo ruolo, l'ansia bloccherà la capacità di interagire con gli altri. Le relazioni che andranno così a crearsi saranno di breve durata e basate su una personalità non reale. (Riassunto da Marshall 1994, 54)

2.4.3. La timidezza e la fobia sociale

Se la fobia sociale è un disturbo che magari non percepiamo immediatamente, la timidezza è invece una sensazione che tutti conosciamo. Entrambe sono simili sia nelle cause che nei sintomi, ma si distinguono in base a intensità e durata nel tempo. Vediamo come:

Secondo il ricercatore Philip G. Zimbardo, la timidezza crea problemi sociali, perché rende difficile incontrare gente, fare amicizia e trarre piacere da esperienze che potenzialmente sono positive. È associata a emozioni spiacevoli come la depressione, l'isolamento e la solitudine. La timidezza rende difficile farsi valere o esprimere le opinioni o i valori e i valori personali. Spinge gli altri a considerare una persona in modo negativo o a non percepirne le doti positive. Porta il soggetto a essere troppo insicuro e eccessivamente preoccupato delle reazioni altrui. (Marshall 1994, 113).

Secondo questa definizione potremmo considerare la timidezza e la fobia sociale praticamente come sinonimi. Su un periodo di breve durata questo sarebbe giusto, ma su un arco di diversi anni, o di tutta la vita, la definizione non è più la stessa. Inoltre, sempre Zimbardo ha enunciato alcuni criteri per la timidezza, che la distinguono dalla fobia sociale:

- la percentuale maggiore delle persone che provano timidezza rientra in una fascia di valori normali.
- l'8% circa di coloro che affermano di essere timidi è costituito da casi "al limite", come li definiscono alcuni ricercatori, ossia soggetti che a volte sono invalidati dalla timidezza e a volte no. (Anche l'età ha influenza: con il passare del tempo chi è timido può diventarlo di meno e chi non lo è di più).

Possiamo quindi dire che la timidezza assomiglia alla fobia sociale sul momento, ma a lungo termine si differenziano, perché la fobia sociale ha effetti più duraturi e più invalidanti, mentre la timidezza può bloccare le risposte della persona, ma solo finché è sottoposta alla situazione che le provoca timidezza.

È tuttavia importante riconoscere la differenza fra la normale timidezza adolescenziale e l'insicurezza che può precedere una fobia sociale. Per questo il libro di Marshall presenta alcuni comportamenti che si possono osservare per iniziare a distinguere un adolescente che soffre, o potrebbe soffrire, di fobia sociale:

- le paure e i segnali comportamentali sono eccessivi, ossia completamente inadeguati alla situazione;
- essi esulano completamente dal controllo volontario del bambino;
- essi provocano disagio significativo e un palese comportamento evitante. (Marshall 1994, 116)

Ora che possiamo riconoscere i diversi tipi di fobia sociale che esistono e conosciamo la distinzione presente fra fobia sociale e timidezza, possiamo definire le cause che provocano la comparsa di questo disturbo.

2.5. Etiologia della fobia sociale

La fobia sociale è un disturbo che non dovrebbe teoricamente esistere: viviamo in una società dove il prossimo non è simbolo di minaccia, possiamo camminare tranquillamente per la strada senza dover temere che qualcuno ci attacchi. La causa della fobia sociale va quindi ricercata in un livello più primordiale del nostro inconscio: quando l'uomo viveva una vita meno agiata e piena di pericoli, sopravvivendo solo grazie al numero, il gruppo era ciò che separava la sopravvivenza dalla morte: un grande gruppo riusciva a cacciare e sopravvivere all'inverno, un individuo isolato periva presto di fame o cacciato a sua volta dalle bestie selvatiche. Oggi non abbiamo più bisogno di vivere sempre a stretto contatto con gli altri per assicurarci la sopravvivenza, ma la paura di essere rifiutati, respinti dal gruppo, esiste ancora in noi. Questa paura in alcuni soggetti è esagerata, e porta a un effetto paradossale: il timore che dovrebbe far accettare la persona dal gruppo è così smisurato e incontrollabile che gli impedisce di avvicinarsi al gruppo stesso. Nei soggetti sociofobici si manifesta soprattutto quando hanno a che fare con un individuo che ha un'autorità superiore, e che può compromettere la loro posizione sociale. In una situazione del genere, la loro autostima è molto più bassa di quella delle altre persone, sono convinti che non riusciranno a portare a termine il loro compito in modo da soddisfare i superiori. Cosa scatena questa reazione di paura, che blocca e rende incapace la persona di comportarsi normalmente? Possiamo riconoscere che la maggior parte dei pazienti ha paura di parlare con persone che occupano uno status sociale superiore al loro, ma il meccanismo di base è la paura di essere osservati, e quindi giudicati, dagli altri. Non serve necessariamente che una persona si concentri davvero su quello che sta facendo un sociofobico, a lui basta l'idea che potrebbe essere osservato per scatenare reazioni di ansia. Le persone affette di fobia sociale credono di essere giudicate maggiormente rispetto agli altri, ma quello che le distingue dai paranoici è la capacità di mettere in dubbio le loro ansie (questo non serve comunque a diminuirle).

La paura principale di una persona che soffre di fobia sociale è che gli altri si accorgano del suo disagio. La persona può aver provato innumerevoli volte il discorso che deve presentare davanti agli altri, e saperlo perfettamente, ma nel momento in cui deve cominciare a parlare, la paura che gli altri notino che egli si sente a disagio cresce a dismisura, lo blocca. “Cosa penseranno gli altri se si accorgono che mi tremano le mani? E se dovessi vomitare tanto mi sento stressato? Sicuramente penseranno che sono un idiota fallito.” Sono questi i pensieri che attraversano la mente, creando ovviamente un circolo vizioso: più la persona ha paura di apparire stressata, più si stresserà effettivamente, fino ad arrivare al punto dove inventerà una scusa per abbandonare la sala (la maggior parte dei sociofobici inventa una scusa come un improvviso malessere per uscire da questa situazione di estremo stress, e in futuro si terrà ben lontano da vivere esperienze simili).

Nel libro di Roberto Paganelli, *Ansia: come affrontarla, come curarla*, l'autore propone una visione interessante del perché si potrebbe sviluppare la fobia sociale. Egli dice che all'interno del nostro cervello si trovano due sistemi, che lavorano in maniera opposta: il primo si trova nel sistema limbico (insieme di circuiti neuronali presenti nella parte più profonda e antica del cervello, responsabili dei comportamenti che mirano alla conservazione della specie) e fa percepire gli altri come pericolosi, mettendo in allerta l'individuo. Il secondo sistema invece regola i sentimenti più positivi, come l'autostima o la sicurezza in se stessi, e di conseguenza, l'apertura e la fiducia verso gli altri. Serve inoltre a interpretare i segnali amichevoli degli altri, facilitando la socializzazione. Secondo l'autore, nei pazienti che soffrono di fobia sociale il primo sistema si attiva in maniera esagerata, facendo percepire gli altri come individui pericolosi, da evitare. Allo stesso tempo, il secondo sistema non si attiva, o è attivo in minima parte, dunque la persona non riesce a riconoscere gli atteggiamenti amichevoli, e si chiude in se stessa, temendo di essere ferita. Le persone che soffrono di fobia sociale tendono dunque a sopravvalutare il pericolo costituito dagli altri e a sottovalutare le proprie capacità di interazione e reazione. Inoltre, parlando da un punto di vista psicanalitico, la persona potrebbe soffrire di fobia sociale perché è troppo dura con se stessa. Criticandosi, proietta la sua visione anche all'esterno, credendo così che siano le altre persone a giudicarlo, mentre in realtà si tratta solamente di un'immagine che la persona si è costruita da sola. In tal caso bisogna provare a essere più indulgenti verso se stessi. (Paganelli 2004, 81-82).

Secondo il libro *La sindrome ansiosa*, la categoria di persone più esposte al rischio di sviluppare un disturbo di fobia sociale sono coloro che vivono da soli o senza famiglia, o coloro che hanno una situazione familiare difficile (Dell'Erba, Carati, Greco e Muya 2009, 31). Inoltre, uno studio pubblicato dall'American Psychiatric Association, durante la conferenza intitolata “Our children: our future” tenutasi nel 1991, presentò il problema illustrando le categorie più a rischio. Eccone un

estratto:

Selected sociodemographic and clinical features of social phobia were assessed in four US communities among more than 13,000 adults from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. Rates of social phobia were highest among women and persons who were younger (age 18-29), less educated, single, and of lower socioeconomic class. When compared to persons with no psychiatric disorder, uncomplicated social phobia was associated with increased rates of suicidal ideation, financial dependency, and having sought medical treatment, but was not associated with higher rates of having made a suicide attempt or having sought treatment from a mental health professional. An increase in suicide attempts was found among social phobics overall, but this increase was mainly attributable to comorbid cases (Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz and Weissman 1991)

Come possiamo vedere, lo studio mostra come sia più probabile che le donne, i giovani fra i 18 e i 29 anni, con un'educazione basilare, single e con un basso reddito economico siano più propensi a sviluppare un disturbo di fobia sociale. Inoltre, lo studio indica che la presenza della fobia sociale induce a un più alto tasso di ideali di suicidio, problemi finanziari e terapie farmacologiche. Tuttavia, non è correlato al effettivo tentativo di suicidio o a terapie in un centro di cura della salute mentale, al massimo sono i disturbi comorbidali che possono portare a ciò.

2.6. La fobia sociale negli adolescenti

Ora che disponiamo delle conoscenze necessarie per comprendere cosa sia la fobia sociale e perché si manifesti, arriviamo a definire la domanda chiave del lavoro: perché gli adolescenti soffrono di fobia sociale più degli adulti? Secondo alcuni studi citati in Marshall (1994), i disturbi d'ansia sono uno dei problemi della psiche più comuni in adolescenza e si stima che un terzo degli adolescenti sia propenso a sviluppare un disturbo d'ansia all'età di 18 anni. È più che lecito domandarsene la ragione, come abbiamo ampiamente fatto nel capitolo 2. *Adolescenza*. Per riassumere, possiamo partire dal libro di John R. Marshall (1994), dove egli descrive che in adolescenza si possono riconoscere due fasi essenziali che ogni ragazzo deve affrontare che possono far emergere la fobia sociale: l'allontanamento dalla famiglia e l'integrazione nel gruppo dei propri coetanei. Durante l'adolescenza il ragazzo deve cominciare a non fare più completo affidamento sulla famiglia, deve riuscire a gestire delle situazioni da solo e prendere delle decisioni, anche importanti in modo autonomo. Un altro fattore importante è l'integrazione con i propri coetanei: soprattutto per gli adolescenti, essere riconosciuti e integrati in un gruppo è particolarmente significativo. Questo è un momento della crescita molto importante, dove si formano le prime relazioni e esperienze veramente significative. La comparsa del disturbo d'ansia sociale è spesso identificata intorno ai 12 anni, all'inizio della prima adolescenza, momento in cui i ragazzi dovrebbero aumentare le loro attività sociali con i coetanei sia all'interno del contesto scolastico, sia all'esterno. Secondo il libro *La sindrome ansiosa* (Dell'Erba, Carati, Greco e Muya 2009), invece esso si presenta fra i 15 e i 20 anni, cioè durante la seconda adolescenza, ma può essere riconosciuto anche molti anni dopo, quando il sociofobico chiederà finalmente aiuto. Il libro *Ansia: come affrontarla, come curarla* (Paganelli 1994) stima invece che la fobia sociale possa comparire

attorno ai 13-16 anni, dunque durante la fase di passaggio fra la prima e la seconda adolescenza. Nonostante i diversi libri non concordino su di un'età precisa durante la quale il disturbo si potrebbe presentare, notiamo che in tutti i casi esso emerge durante l'adolescenza.

Di solito l'evento scatenante della fobia sociale negli adolescenti è un discorso in pubblico. Per far capire l'improvvisa comparsa e la gravità di questo disturbo, porto un esempio di una ragazza che cita John R. Marshall:

All'inizio dell'anno ci assegnarono una relazione orale di un libro. Io scelsi "Il buio oltre la siepe", il mio libro preferito. Lo avevo letto tre volte e mi piaceva moltissimo. Sapevo perché mi piaceva e sapevo perché sarebbe piaciuto agli altri. Ma tutto questo non aveva importanza. Tutto ebbe inizio quando l'insegnante stabilì la data della mia esposizione. Passai tre settimane di terrore. Non riuscivo a pensare a nient'altro, non riuscivo a dormire. Scrisi e riscrisi il mio discorso. Ero sicura che avrei fatto la figura della stupida, vedevo già la scena. E quando arrivò il giorno stabilito non riuscii quasi a parlare. Per tutta la durata della relazione dal fondo dell'aula continuavano a gridare "Voce!" Sudavo, mi mancava il respiro, mi girava la testa e avevo un blocco mentale. Terminai l'esposizione bisbigliando. Poco tempo dopo lasciai la scuola, e da allora ho lavorato come spazzina. Non è quello che volevo fare nella vita, e i miei genitori sono talmente delusi che non parliamo quasi più. A volte penso di avere una malattia e che dovrei avere la forza e la volontà di superarla. Non faccio che pensare al suicidio. (Marshall 1994, 59-60)

Possiamo notare una frase importante, forse la più importante nella confessione di questa ragazza: "A volte penso di avere una malattia e che dovrei avere la forza e la volontà di superarla." Questa frase mostra l'idea che questa ragazza ha di sé: crede che il fatto che non riesca a parlare in pubblico sia colpa sua, e che dovrebbe riuscire a superare quest'ostacolo da sola. Se ce la fanno tutti, perché non dovrebbe essere capace anche lei di tenere una relazione orale, su un argomento che peraltro le interessa? Ed è qui che si nasconde l'errore che porta ad aggravare il disturbo sempre di più. Il fatto di credere di avere un problema legato alla personalità, non così grave da richiedere un aiuto medico, ma non così leggero da permettere una vita "normale". Se lo stesso pensiero lo applicasse una persona che si è rotta una gamba, o che deve bere per sentirsi bene, il mondo sarebbe pieno di zoppi e alcolizzati. Ma se consideriamo scontato chiedere aiuto quando ci rompiamo una gamba o quando spendiamo tutti i nostri soldi in alcol, perché non lo è anche chiedere aiuto quando siamo vittime di un'ansia che ci impedisce di avere relazioni soddisfacenti nella vita, di parlare in pubblico, o anche solo di fare la spesa? Infatti, uno studio condotto da J.R.T Davidson, S.M Ford, R.D Smith, N.L.S. Potts "Long-Term Treatment of Social Phobia with Clonazepam" (Davidson et al. 1991) ha dimostrato che prima di cercare un aiuto professionale, di solito una persona attende **17 anni**, e di solito cerca aiuto quando si trova in una situazione in cui ha assolutamente bisogno di cambiare modo di agire, come una promozione o un licenziamento. 17 anni sono considerabili circa un quarto della vita di una persona. Il che vuol dire che, presupponendo che il disturbo compaia attorno ai 18 anni, o comunque con le prime esperienze lavorative, una persona che soffre di ansia sociale può trascorrere gli anni considerati "i migliori della vita", e anche quelli più importanti a livello di formazione professionale, psicologica e caratteriale, isolata, incapace di relazionarsi e di cominciare un cammino indipendente verso una vita soddisfacente. Infatti moltissimi adolescenti che soffrono di fobia sociale abbandonano gli studi, non perché non

vi siano interessati, ma perché la richiesta di parlare davanti a un pubblico, relazionarsi ogni giorno con docenti e compagni, diventa un peso insostenibile. Decidono così di scegliere una carriera lavorativa semplice, che permetta loro di lavorare in disparte, senza troppe interazioni sociali. Questo è ben dimostrato da uno studio condotto da S.M Turner, D.C Beidel, C.V. Dancu e D.J. Keys, dove essi scoprirono che il rendimento scolastico dell'83% dei soggetti sociofobici era limitato dall'ansia (Turner et al. 1986).

2.6.1. Cosa fa nascere la fobia sociale in un adolescente?

Nel libro di John R. Marshall scopriamo che il disturbo spesso nasce a causa dei genitori. Inconsciamente, essi minano l'indipendenza e la sicurezza dei figli, portandoli così a sviluppare un disturbo d'ansia sociale. Spieghiamo meglio: spesso i genitori stessi sono soggetti che, se non soffrono di vera e propria fobia sociale, sono particolarmente ansiosi, o comunque non partecipano attivamente alla vita sociale. Ricordano spesso ai figli che essi sono giudicati in base al loro comportamento e al modo di vestire, e per questo devono preoccuparsi di apparire sempre al meglio. Il genitore di un ragazzo che sviluppa una fobia sociale spesso è iperprotettivo, non partecipa a eventi sociali e preferisce che nemmeno il figlio lo faccia (per esempio, lo accompagna a scuola in auto così che non debba andare in bus, o non gli permette di partecipare alle feste dei suoi coetanei). Così facendo si instaura un circolo vizioso: partendo dal bambino piccolo a cui viene ricordato costantemente che gli altri lo giudicano e che potrebbero fargli male, esso si avvicinerà di più alla famiglia, troncando i rapporti con i coetanei, e così facendo la famiglia inizierà a definirlo un bambino timido, termine con il quale egli si identificherà.

Ma possiamo dire che l'unica causa sia il comportamento dei genitori? Spesso riscontriamo che delle persone ansiose hanno a loro volta genitori ansiosi, e allo stesso tempo, genitori ansiosi hanno spesso figli ansiosi. L'ereditarietà gioca dunque un ruolo principale nello sviluppo dei disturbi d'ansia? Secondo alcuni studi la componente genetica è più rilevante, ma i disturbi si presentano in maniera differente a dipendenza dei diversi stadi di sviluppo che attraversa il bambino. Dai 4 ai 9 anni, stadio pre-operatorio e operatorio concreto (secondo la definizione degli stadi ipotizzata dallo psicologo e pedagogista Jean Piaget), dove il bambino frequenta l'asilo e la scuola elementare, ma è ancora molto attaccato alla famiglia, la genetica può spiegare il 39-64% delle volte la comparsa del disturbo, mentre i fattori ambientali solo il 3-21% delle volte (Studio condotto da Eley et al. 2003; Hallett et al. 2009, citato in Montano, Rubbino e Salvaguardia (senza data, opuscolo pdf)). Questo perché il bambino a quest'età ha contatti con il mondo esterno quasi esclusivamente grazie alla scuola e dunque ai compagni, ma la famiglia rimane il luogo centrale della sua vita e il suo punto di riferimento. Quando poi il figlio crescerà, e la famiglia non riuscirà più a rispondere completamente alle sue necessità, l'adolescente comincerà a frequentare di più gli amici, e i fattori ambientali saranno più influenti.

Inoltre, è stato scoperto che fattori come l'affettività positiva, l'affettività negativa (maggiore vulnerabilità e sensibilità alle emozioni negative) e l'iperattivazione fisiologica (irrequietezza e perenne movimento) nei bambini e adolescenti, rappresentano dei fattori di rischio per lo sviluppo dell'ansia e della depressione (De Bolle e De Fruyt 2010, citato in Montano, Rubbino e Salvaguardia (senza data, opuscolo pdf)).

2.7. Problematiche legate alla fobia sociale

Nei prossimi quattro sotto-capitoli verranno trattate le problematiche correlate alla comparsa della fobia sociale. L'ansia causata dal timore di comportarsi in modo da far notare agli altri il proprio disagio porta un sociofobico a vivere diverse situazioni difficili: durante le conversazioni, soprattutto con persone del sesso opposto. Oppure, per cercare di risolvere autonomamente i propri problemi potrebbe sperimentare la solitudine per evitare le situazioni che creano disagio, o la dipendenza da sostanze per entrare a far parte di un gruppo sociale. Questo capitolo è riassunto dalla lettura del libro di Marshall (1994).

2.7.1. Il linguaggio non verbale

Quando parliamo con una persona, la sua attenzione andrà inconsciamente a concentrarsi per il 55% sui movimenti del corpo (soprattutto espressioni facciali), per il 38% all'aspetto vocale (volume, tono, ritmo), e solo il 7% a ciò che stiamo effettivamente dicendo (studio del Dottor Albert Mehrabian, condotto nel 1967, citato in Marshall 1994, 78).

Il linguaggio non verbale rivela le nostre vere intenzioni, e il nostro interlocutore reagisce inconsapevolmente a esso. La maggior parte di esso si esprime tramite gli occhi. Ecco uno dei problemi per le persone che soffrono di fobia sociale: il contatto visivo. Molti di essi ammettono che si sentono a disagio nell'essere osservati, ma anche nell'osservare loro stessi gli altri, per paura di mantenere il contatto troppo a lungo o troppo poco. Questo porta gli uomini a temere di apparire sgradevoli, minacciosi, o eccessivamente impauriti, mentre le donne sono più preoccupate di trasmettere sguardi che indichino messaggi di seduzione non intenzionali.

Queste preoccupazioni spesso nei soggetti sociofobici si manifestano con una reazione spontanea e non controllabile: l'arrossamento. Secondo uno studio condotto da P.L. Amies, M.G Gelder, P.M. Shaw (citato in Marshall 1994, 143) il 51% di persone che soffrono di fobia sociale presentano il problema dell'arrossamento. L'arrossamento è da sempre legato all'imbarazzo, ma in un soggetto sociofobico esso fa parte di un circolo vizioso: la persona ha paura di essere giudicata dagli altri, questa paura la fa arrossire, e questo la porta a preoccuparsi ancora di più che gli altri notino il suo disagio, arrossendo così ancora di più... per questo considerano l'arrossamento come una grande debolezza, soprattutto nel confronto con persone dell'altro sesso.

Già Charles Darwin aveva studiato l'arrossamento, formulando alcune interessanti osservazioni:

- le donne arrossiscono più degli uomini;
- la tendenza ad arrossire è ereditaria;
- l'arrossire è comune a tutte le razze;
- i giovani arrossiscono più degli anziani;
- sembra che i neonati non arrossiscano.

Darwin descrisse poi come le persone che arrossiscono al momento perdano le loro facoltà mentali e la capacità di fare un discorso di senso compiuto.

A causa dell'eccessiva preoccupazione per l'arrossamento o per altri difetti, la persona può arrivare a sviluppare il disturbo di dismorfofobia, ovvero l'averne una visione distorta del proprio corpo o di alcune parti di esso, che porta a insicurezza, bassa autostima e evitamento degli altri per nascondere queste imperfezioni immaginarie. Questo disturbo assomiglia molto alla fobia sociale e può essere scambiato con essa, ma sono presenti alcuni tratti che differenziano i due disturbi: prima di tutto, chi è affetto da dismorfofobia evita intenzionalmente i rapporti sociali, mentre chi soffre di fobia sociale è desideroso di relazionarsi con gli altri, ma afflitto dall'incapacità di farlo. Inoltre i dismorfofobici non percepiscono il loro come un disturbo, e quando sono soli non provano il sollievo tipico invece dei sociofobici, ma sono sempre preoccupati a causa del loro aspetto fisico.

2.7.2. Il rapporto con l'altro sesso

Qui si presenta un altro grande problema per le persone che soffrono di fobia sociale: la sindrome ansiosa impedisce scioltezza nel corpo e nelle espressioni facciali, quindi si hanno più difficoltà a comunicare. Soprattutto per gli uomini, questa mancata scioltezza porta al non sapere iniziare un corteggiamento. Inoltre i sociofobici sono più consapevoli di cosa significhi un tocco sulla spalla o una carezza, dell'eventualità di una relazione, e questo li spaventa, causando solitudine e abbassamento dell'autostima. Questa estrema consapevolezza e agitazione li porta a parlare troppo o troppo poco quando conoscono per la prima volta una persona, soprattutto se del sesso opposto.

Secondo uno studio del 1940 condotto da P.L. Amies, M.G Gelder, P.M. Shaw "Social Phobia: A Comparative Clinical Study", (citato in Marshall 1994, 97) gli uomini che soffrono del disturbo rimandano il più possibile il matrimonio e gli eventuali figli, mentre una donna che soffre di fobia sociale preferirebbe avere una semplice vita da casalinga. Questi dati sono però da considerarsi vecchi e non più validi, infatti risalgono agli anni dove la donna era considerata come un oggetto e spesso non avevano lavorato o avevano lasciato il lavoro molto presto. Al giorno d'oggi la considerazione della donna è migliorata e entrambi sono considerati quasi alla pari riguardo a

questo problema. Quindi nel caso una persona affetta da fobia sociale riesca ad avere una relazione che porti fino al matrimonio, molto probabilmente non sarà felice, ma piuttosto che creare complicazioni e sentirsi in obbligo di creare nuove relazioni sociali si adatterà e non cercherà di cambiare la situazione.

2.7.3. La solitudine

Come agisce una persona che ha paura di essere giudicata dagli altri e che non riesce a instaurare relazioni soddisfacenti? Cerca di evitare le persone, e in questo modo anche il loro giudizio. Ed è così che i sociofobici si ritirano dalla società, mantenendo solo le poche e rare amicizie che hanno, quasi esclusivamente con persone dello stesso sesso, senza cercarne di nuove, e difficilmente avranno mai una relazione soddisfacente. Si ritirano, ma un punto importante da notare è che nella solitudine essi non trovano la felicità, anzi. Il fatto di non essere in grado di socializzare può portare a sviluppare problemi più gravi nel corso del tempo, come una depressione, ma fra la scelta di una socializzazione forzata e insoddisfacente e un ritiro solitario senza possibilità di eventi imbarazzanti, un sociofobico sceglierà sicuramente la seconda opzione, rendendo così ancora più difficile per gli altri accorgersi del problema. Con le eventuali poche persone con le quali avranno mantenuto un contatto, potrebbero comportarsi in maniera totalmente differente, essendo più confidenti in loro stessi e non mostrando assolutamente di poter soffrire di un problema che porta all'incapacità di relazionarsi con gli sconosciuti. Da qui parte anche l'incredulità e la difficoltà di parenti e amici intimi di riconoscere e ammettere il problema.

I pazienti di fobia sociale soffrono dunque di profonda solitudine, che definirò nella stessa maniera di John R. Marshall: "La solitudine è l'angoscia struggente che si prova quando le proprie relazioni sociali sono decisamente insufficienti, per quantità, per qualità o per entrambe le ragioni." (Marshall 1994, 77). La solitudine è legata a scarsa autostima, vergogna, timidezza, introversione e incapacità a imporsi. Sono esattamente gli aggettivi con i quali descriveremmo un sociofobico, quindi si può capire come fobia sociale e solitudine vadano di pari passo.

2.7.4. La dipendenza da sostanze:

Molto spesso, i pazienti che decidono di cercare aiuto a causa di un problema di dipendenza da una determinata sostanza, come alcol, marijuana o altro, scoprono poi di soffrire di problemi d'ansia. Secondo uno studio condotto da M.G. Kushner, K.J. Sher e B.D. Beitman, (citato in Marshall 1994, 177) il 50% dei pazienti ricoverati per una terapia di disintossicazione dall'alcol erano affetti da fobia sociale. Lo stesso discorso vale nell'altro senso: il 50% dei pazienti che soffrono di fobia sociale ammettono di consumare alcol prima di un evento sociale, secondo uno studio tenuto da M.A. Schuckel (citato in Marshall 1994, 177). Inoltre, è emerso che nei pazienti che soffrono di fobia sociale, il problema si presenta più gravemente in quelli che abusano di alcol, piuttosto che in quelli che non ne consumano.

L'abuso di queste sostanze non dovrebbe sorprendere, soprattutto per l'alcol, che è legale. È una consuetudine per tutti noi trovarsi con gli amici nel fine settimana e brindare assieme, per sentirsi più allegri e per disinibirsi. In una persona che non soffre di fobia sociale l'alcol rappresenta semplicemente una sostanza grazie alla quale la serata diventa diversa dal solito, è più divertente, e rappresenta l'occasione giusta per fare nuovi incontri. Per un sociofobico invece l'alcol rappresenta un'autocura, che sul momento funziona perfettamente, ma che a lungo andare peggiora e accresce i sintomi dell'ansia. L'alcol e alcune droghe stimolano la liberazione di alcuni neurotrasmettitori nel cervello, che contribuiscono a inibire l'ansia. Questo è lo stesso effetto che hanno i farmaci che si impiegano in una terapia di cura dell'ansia sociale, ma la differenza sta nel dosaggio e nella frequenza con il quale vengono assunti: quando un sociofobico si rende conto che grazie a alcol o droga riesce a relazionarsi con gli altri senza provare imbarazzo, inizierà ad abusarne, e essi diventeranno indispensabili per ogni relazione che dovrà intraprendere.

Secondo gli studi svolti da Randy Page (citato in Marshall 1994, 182), professore al *College of Life Science* e ricercatore della salute pubblica, la maggior parte di persone dipendenti da sostanze hanno iniziato ad abusarne in adolescenza. Da questo studio è emerso anche che gli adolescenti estremamente timidi tendono con più facilità a frequentare compagnie dove si fa uso di sostanze stupefacenti, piuttosto che altre. Possiamo presupporre che si sentano più facilmente integrati adottando un comportamento comune a tutto il gruppo, come quello di assumere sostanze, o magari il fatto di essere più disinibiti grazie alle sostanze stesse porta ad associare il senso di benessere e la scomparsa dell'ansia con quel gruppo di persone, creando una voglia di ripetere l'esperienza.

Se una persona che non soffre di eccessiva timidezza o ansia sociale riesce a rifiutare facilmente e decidere per sé, una persona ansiosa in una situazione dove vengono offerte sostanze alcoliche o stupefacenti potrebbe trovarsi a rispondere di sì perché non riesce a pensare a una risposta o una motivazione per la quale dovrebbe dire di no, e non vuole essere escluso dal gruppo che sembrerebbe accettarlo, in cambio del consumo di questa o quella sostanza.

Questo discorso non deve però portare a un eccessivo proibizionismo dell'alcol o di sostanze stupefacenti, in quanto esso potrebbe essere dannoso nello sviluppo di un adolescente. Per chiarire questo concetto riporto un interessante studio contenuto nel libro di Vittorino Andreoli *Lettera a un adolescente*: egli descrive come tre gruppi di adolescenti siano stati sottoposti ad un test. Il primo gruppo era composto da ragazzi che affermavano di non aver mai fatto uso di sostanze psicoattive, e che non le avrebbero mai provate. Il secondo gruppo era formato da ragazzi che avevano già provato sostanze stupefacenti, abusandone in modo da essersene diventati ormai dipendenti, per loro la sostanza era una componente centrale della vita. Il terzo e ultimo gruppo era

composto da ragazzi che invece ammettevano di aver già fatto uso di queste sostanze, e che ne avrebbero potuto fare uso anche in futuro, ma senza cadere in una dipendenza. Dopo la divisione, gli adolescenti vennero sottoposti a diversi test della personalità, che servivano a far emergere se soffrissero di una qualunque patologia, e successivamente gli adolescenti vennero anche valutati da uno psichiatra. Analizzando i diversi dati ottenuti si riuscì a stabilire dei tratti caratteristici per ogni gruppo: il primo gruppo, quello che si opponeva più duramente alle sostanze stupefacenti, mostrava segni di una rigidità della personalità, e tratti di perfezionismo che rasentavano l'ossessività e la fobia. Questo non era dunque il gruppo che appariva come il più equilibrato, nonostante le aspettative. Il secondo gruppo, che era invece dipendente da queste sostanze, mostrava segni di insicurezza e tutti i tratti tipici della dipendenza (per esempio la difficoltà a prendere decisioni). Tutti questi segnali portavano a definire un rischio per lo sviluppo di una patologia della personalità. Il terzo gruppo, quello che mostrava una mentalità più aperta, era invece quello che si avvicinava di più al modello di definizione della normalità mentale. (Andreoli 2004, 88-89). Questo studio è interessante perché mostra che un forte proibizionismo, e chiusura a esperienze nuove, o, dall'altro lato, un atteggiamento di passività e accettazione incondizionata non sono atteggiamenti sani. Al contrario, è importante che un adolescente venga educato in maniera che possa provare a fare le esperienze che desidera e che gli servono per crescere, ma sempre discutendo di ciò che prova con la famiglia o con qualcuno di più esperto di lui, in modo da sviluppare la propria personalità senza compromettere il proprio futuro. Vittorino Andreoli ricorda anche che nella nostra società è importante aggiungere alle possibili dipendenze non solo le sostanze, ma anche videogiochi e internet, sempre maggiormente diffusi fra gli adolescenti, che possono causare effetti simili a quelli dell'alcol o della marijuana sulla mente.

2.8. Le principali tecniche di trattamento della fobia sociale

Nei capitoli seguenti vedremo quali tecniche sono maggiormente impiegate per un trattamento del disturbo di fobia sociale. il metodo più utilizzato è una combinazione fra la terapia cognitivo-comportamentale, che si avvale di diverse tecniche e strategie, e una terapia farmacologica con determinati ansiolitici e antidepressivi. Inoltre vedremo come mai spesso questo disturbo viene misconosciuto e per questo curato non correttamente o non curato affatto, portando così la persona a soffrire maggiormente. Infine, trovo importante parlare di quanto sia difficile per un sociofobico cercare aiuto, in quanto la sua paura più grande è proprio che qualcuno si accorga del suo disagio. Tutte le tecniche e le terapie citate nei sotto-capitoli sono tratte da: Montano, Rubbino e Salvaguardia (senza data, opuscolo pdf), *I disturbi d'ansia in età evolutiva*, dal libro di Marshall (1994), e dal libro di Marcelli e Bracconier (2006).

2.8.1. Il trattamento cognitivo comportamentale

Il trattamento più utilizzato e più efficace per i disturbi d'ansia è la terapia cognitivo comportamentale. Essa mira a riconoscere e modificare i pensieri distorti che regolano l'interpretazione del mondo e il comportamento del paziente di fronte a determinate situazioni. Questi schemi si sono radicati nella mente del paziente, e gli fanno percepire il mondo come una realtà distorta, per questo egli sarà convinto che alcuni comportamenti (suoi o di altri) significhino qualcosa che in realtà non è vera (per esempio, un sociofobico che vede una persona che lo fissa, si convincerà che egli lo stia giudicando per il suo modo di vestire, di camminare, eccetera, mentre l'altra persona non per forza era intenta a dare un giudizio). Oltre ai pensieri distorti la persona che soffre di fobia sociale di solito ha una memoria selettiva, che le fa ricordare perfettamente tutti i suoi insuccessi, ma non ricorda o non ammette i successi ottenuti, creando un senso di frustrazione sempre più crescente. Gli scopi della terapia sono quelli di creare un'immagine di sé realistica e positiva, dimostrare di aver migliorato l'autostima e di riuscire a riconoscere i tratti positivi durante una conversazione (Marcelli e Bracconier 2006, 310). A dipendenza dell'età del paziente i genitori saranno più o meno inclusi. La terapia utilizza diversi metodi di agire che, una volta appresi e utilizzati con regolarità, favoriscono il superamento del disturbo d'ansia ed evitano che si ripresenti in futuro.

I più comuni sono:

- **l'individuazione e la modificazione dei pensieri disfunzionali.** Ai pazienti viene insegnato a individuare i pensieri distorti legati agli eventi temuti. Successivamente si insegnerà loro a valutare le situazioni con maggiore oggettività, in modo da poterle affrontare con pensieri più realistici e atteggiamenti più funzionali.
- **l'esposizione.** Questa tecnica consiste nel provare gradualmente ad affrontare le situazioni temute. Questo permetterà al paziente di verificare che le situazioni non comportano un reale pericolo, imparando inoltre che è possibile affrontare e gestire l'ansia in modo ottimale. È particolarmente utile se eseguita in piccoli gruppi, cosicché il paziente possa vedere che non è il solo a soffrire di questo disturbo, e i diversi pazienti possono darsi sostegno a vicenda.
- **il rinforzo.** Ogni comportamento avuto dal paziente, a casa, a scuola o in terapia e che dimostri un atteggiamento positivo per la superazione dell'ansia verrà premiato, così da renderne più probabile un comportamento simile in futuro.
- **il modellamento.** Si basa sull'utilizzo dell'adulto come modello da prendere come esempio per affrontare le situazioni temute.
- **le tecniche di rilassamento e di Mindfulness.** *“Mindfulness significa prestare attenzione, ma in un modo particolare: per prima cosa: con intenzione. Per seconda: al momento presente. Infine, in modo non*

giudicante” Jon Kabat-Zinn, Professore Emerito di Medicina e fondatore della Stress Reduction Clinic. Queste tecniche vengono utilizzate per ridurre lo stress del paziente e di conseguenza per abbassare i suoi livelli di ansia. Secondo le preferenze e le caratteristiche dei singoli pazienti, possono essere utilizzate diverse tecniche di rilassamento. La ricerca scientifica ha confermato l’efficacia dell’utilizzo della Mindfulness nei disturbi d’ansia in età evolutiva.

- **la costruzione della resilienza.** Viene insegnato al paziente che, pur non potendo controllare gli eventi, è possibile modificare l’impatto che essi hanno su di loro. L’utilizzo delle tecniche apprese durante la terapia permetterà di affrontare i momenti dove il paziente prova difficoltà, di superarli e di acquisire dei comportamenti utili per il futuro.
- **il parent training.** Nella terapia con i bambini e gli adolescenti è di fondamentale importanza il coinvolgimento dei genitori. Il terapeuta insegnerà loro come rispondere alle richieste e ai comportamenti dei bambini e ragazzi, in modo da non rinforzare le loro paure e di conseguenza il disturbo.
- **aumentare la frequenza delle affermazioni positive riguardo a se stessi.** Durante questa fase il paziente, con l’aiuto del terapeuta, deve trovare i propri punti positivi e richiamarli più volte, confrontandoli con le idee distorte che ha di sé, per riconoscere i reali punti positivi e negativi della sua persona.
- **elaborare la paura del rifiuto.** Il paziente deve diventare consapevole dell’eventualità di un rifiuto, ma questo non deve influire con un suo abbassamento di autostima. Deve quindi esplorare i propri limiti, per riconoscere quali effettivamente siano.
- **assumersi delle responsabilità.** Il terapeuta deve dare al paziente delle responsabilità che servono ad aumentare l’autostima e a comprendere i propri limiti.

Tutte le tecniche e le terapie appena citate sono tratte da: Montano, Rubbino e Salvaguardia (senza data, opuscolo pdf), *I disturbi d’ansia in età evolutiva*, dal libro di Marshall (1994), dal libro di Marcelli e Bracconier (2006) e da Giusti, Montanari e Iannazzo (2004).

Inoltre, il paziente viene invitato a aumentare il contatto visivo mentre parla con gli altri, a curare maggiormente il proprio aspetto.

Il libro “Psicoterapie integrate” mette in risalto come la terapia rogersiana, sviluppata dallo psicologo Carl Rogers, sia particolarmente utile nel trattamento della fobia sociale. Secondo questa teoria, l’essere umano non è un essere irrazionale, che può essere distrutto dai propri impulsi, se lasciati liberi. È invece un essere razionale, e vuole conseguire degli obiettivi nella vita, guidato da quella che Rogers chiama “tendenza autorealizzante”. Il compito della terapia è quello di aumentare la forza di questa tendenza, concentrandosi quindi sull’individuo e ciò che lo blocca per arrivare all’autorealizzazione. Per questo la terapia si dice incentrata sulla persona: si

concentra sulla salute del paziente, e non sulla malattia, dà al paziente gli strumenti per comprendersi e arrivare all'autoconsapevolezza, anziché fornire una cura già pronta, e rende capaci i pazienti di responsabilizzarsi attraverso lo sviluppo delle proprie potenzialità. (Giusti, Montanari e Iannazzo 2004)

Per un paziente che soffre di ansia sociale, soprattutto se giovane, è importante capire che non esiste solo un modo di approcciarsi agli altri, ma che ve ne sono diversi, adatti a ogni tipo di interazione. Il sostegno di familiari, ma anche insegnanti e amici è fondamentale durante il percorso di cura, per far sentire che il ragazzo è compreso, sostenuto e accettato. Ci sono altri metodi con il quale egli può migliorare da solo il disturbo: soprattutto in caso di paure circoscritte e specifiche, come quella di parlare davanti al pubblico, è utile che oltre alla terapia il paziente frequenti associazioni o corsi che lo mettano alla prova e che lo facciano socializzare con altre persone, come il teatro o associazioni di volontariato, comunque qualcosa che lo metta in contatto con altre persone e che, se possibile, risponda agli interessi del paziente.

2.8.2. La terapia farmacologica

La terapia farmacologica dà risultati migliori se applicata in contemporanea con una psicologica, questo nel trattamento di qualsiasi disturbo. Curando la fobia sociale o altri disturbi solamente con i farmaci, si possono osservare dei cambiamenti radicali nel comportamento e nella personalità di una persona, come dimostrato dal libro dello psichiatra Peter Kramer (1994), *La pillola della felicità*, dove egli descrive i cambiamenti che alcuni suoi pazienti ebbero dopo una cura farmacologica trattata con il Prozac. Ecco una lista dei farmaci più utilizzati nella terapia di cura della fobia sociale:

- **farmaci beta-bloccanti.** Essi agiscono sul sistema nervoso autonomo (il sistema che controlla le funzioni involontarie del corpo), sono comunemente conosciuti con il nome commerciale "Inderal" (da assumere quando si sente necessità), e "Tenormin" (da assumere quotidianamente). Questi farmaci bloccano il circolo vizioso di cui soffre una persona sociofobica (mi sento in ansia → gli altri lo noteranno di certo → l'ansia cresce), bloccando le reazioni che una persona interpreta come segnali di ansia (il tremore, la tachicardia...). Un problema di questi farmaci è che alla lunga l'effetto perde di intensità, o per la tolleranza che si sviluppa (il corpo si è adattato al farmaco, dunque bisogna prescrivere dosi più pesanti), o per la dipendenza (il corpo desidera sempre più spesso il farmaco, e sempre in dosi maggiori).
- **inibitori delle mono-amino-ossidasi (IMAO).** Questi farmaci agiscono sul sistema nervoso centrale, stimolando un maggior rilascio di neurotrasmettitori come la serotonina (regola l'umore) e la dopamina (stimola una sensazione di piacere e soddisfazione). Conosciuti con il nome commerciale di "Nardil" (da assumere quotidianamente) e "Parnate" (da assumere quotidianamente). Il loro utilizzo nella cura della fobia sociale fu introdotto da Michael Liebowitz, dopo che egli osservò che questi farmaci

riducevano l'irritabilità dei pazienti nei confronti delle critiche, aumentavano la loro fiducia e il coraggio nelle situazioni sociali. Quando si assumono questi farmaci bisogna prestare attenzione all'alimentazione, perché alcuni cibi potrebbero causare reazioni chimiche che provocano un veloce aumento di pressione.

- **benzodiazepine.** Questi farmaci si legano a alcuni ricettori contenuti nel cervello, dando inizio a una reazione che porta a inibire i neuroni della zona cerebrale responsabile dell'ansia, quindi a sedarla. Conosciute con il nome di "Rivotril", "Xanax", "Valium" (tutti da assumere quotidianamente) e altri. Si può sviluppare tolleranza fisica rispetto alle benzodiazepine, e per questo è importante che quando si smette di assumerle lo si faccia gradualmente; Se l'interruzione è improvvisa, si possono manifestare dei sintomi di astinenza che ricordano i sintomi causati dall'ansia. Bisogna quindi diminuire le dosi gradualmente, in modo da capire se i problemi che si presentano sono dovuti all'astinenza o all'ansia non guarita.

2.8.3. Errori nella diagnosi della fobia sociale

La diagnosi dei disturbi d'ansia, e in particolar modo del disturbo d'ansia sociale, spesso non viene effettuata nella maniera corretta, o il disturbo viene scambiato per qualcos'altro. Questo è dovuto soprattutto alla scarsa informazione e preparazione dei medici che eseguono la diagnosi, visto che al giorno d'oggi la diagnosi può essere effettuata non solo da psicologi o psichiatri con anni di esperienza, ma anche da medici il cui campo di specializzazione è un altro, da gestori di gruppi di disintossicazione... inoltre, il disturbo è stato inserito nel DSM solamente nel 1980, dunque chi ha intrapreso gli studi prima di allora non ha mai trattato questa diagnosi e potrebbe trattare i disturbi d'ansi non come disturbi veri e propri, o, nel caso lo facesse, potrebbe non prendere in considerazione la fobia sociale come diagnosi. Un altro motivo è che l'ansia sociale viene spesso nascosta da un altro disturbo d'ansia, come l'agorafobia (paura degli spazi aperti o chiusi e molto affollati, soprattutto se non familiari), il disturbo da attacchi di panico, o il disturbo d'ansia generalizzata (secondo il DSM-5, questo disturbo presenta tutte le caratteristiche degli altri disturbi d'ansia, come l'incapacità a svolgere mansioni quotidiane, ma l'ansia non ha un oggetto preciso) oppure essa può essere scambiata per depressione o un altro disturbo della personalità, come il disturbo schizoide di personalità (secondo la definizione del DSM-5, si tratta di un disturbo nel quale la persona che ne soffre non sente il desiderio di intraprendere relazioni strette con le altre persone, ed è emotivamente distaccato dalle persone e dalla realtà circostante), o il disturbo di evitamento di personalità (sempre secondo il DSM-5, i sintomi di questo disturbo sono simili a quelli della fobia sociale, ma in questo caso il paziente si preoccupa eccessivamente anche delle reazioni delle persone che gli stanno attorno, mentre un sociofobico si preoccupa "solamente" del proprio comportamento, e dell'effetto che esso provoca sugli altri).

Grazie all'attenzione e alle domande di un esperto è però possibile riconoscere e distinguere da questi disturbi la fobia sociale. Le principali differenze stanno in questi dettagli:

- per una persona che soffre di attacchi di panico, l'ansia non diminuisce quando essa si trova sola, come un sociofobico. Anzi, ha il terrore di rimanere sola e cerca la compagnia degli altri. In più, gli ansiosi sociali si preoccupano che gli altri percepiscano il loro disagio, mentre le persone che soffrono di attacchi di panico si preoccupano maggiormente degli attacchi di panico in sé, piuttosto che del giudizio degli altri.
- i pazienti che soffrono di agorafobia in una situazione a contatto con altre persone (per esempio su un autobus) hanno paura perché non hanno il controllo della situazione e si sentono così intrappolati. Un sociofobico in una situazione simile avrebbe invece paura dell'osservazione e del giudizio delle altre persone.
- le persone che soffrono di ansia generalizzata non sanno ricondurre a un'unica origine le loro ansie, mentre per un sociofobico l'origine del disagio è il giudizio degli altri. Inoltre, una persona può soffrire di ansia generalizzata anche per tutta la vita, ma di solito il disturbo non influisce troppo profondamente sulla vita, e essi sono solitamente in grado di svolgere le loro attività senza riscontrare troppi problemi.
- di solito si può ben distinguere la fobia sociale dalla depressione, ma a volte essi possono presentare un sintomo comune, cioè la bassa autostima dovuta dall'indecisione o dall'incapacità di imporsi. Di solito però, i pazienti che presentano questo tratto molto marcato soffrono di depressione a causa di una più profonda fobia sociale. È probabile che un episodio dove la fobia sociale sia culminata, abbia indotto la persona a ritirarsi e a diminuire o cessare completamente i rapporti umani. Con il tempo l'autostima sarà stata intaccata sempre di più, fino ad arrivare alla depressione. In questo caso è importante che si riconosca la fobia sociale alla base del problema, perché se si cura solamente la depressione, il problema non si risolverà completamente, ma potrebbe ripresentarsi in seguito a un altro episodio.

Prima di parlare dei disturbi di personalità bisogna chiarire che i pazienti affetti da essi percepiscono come normali e parte integrante di loro stessi questo disturbo, e non provano sofferenza a causa di esso (Riassunto da Marshall 1994, 188-199).

- nel disturbo schizoide di personalità, la persona non sente voglia o necessità di stringere relazioni con le altre persone o con il mondo reale, al contrario di una persona affetta da fobia sociale, che vorrebbe disperatamente riuscire a integrarsi, ma che ha troppa paura per farlo.
- in una persona che soffre di disturbo di evitamento di personalità, scambiare la diagnosi con quella della fobia sociale è più facile, perché i sintomi sono pressoché identici, con qualche caratteristica in più (come l'esagerazione di alcuni comportamenti in situazioni a lui estranee). Per questo motivo, alcuni esperti

ritengono che questo disturbo si tratti di una forma aggravata di fobia sociale, mentre altri li ritengono due disturbi simili, ma distinti. In ogni caso, le terapie utilizzate per la cura della fobia sociale sono efficaci anche per curare il disturbo di evitamento di personalità.

Un errore che si verifica spesso è quando la persona che soffre di fobia sociale abusa di sostanze come alcol o stupefacenti: quando chiede aiuto, la fobia sociale alla base del problema è spesso misconosciuta, o i sintomi sono attribuiti astinenza dall'alcol o dalla droga. Un altro problema possibile e molto diffuso è quello che la fobia sociale non viene riconosciuta perché il paziente non viene curato da uno psicologo, ma viene indirizzato a un centro di disintossicazione, che opera sulle dipendenze della persona, senza ricercare problemi nascosti che potrebbero essere alla base del problema. Il problema di queste terapie di disintossicazione, è che rappresentano una situazione tipica che un sociofobico, o una persona fortemente timida, vorrebbe e tende a evitare: le riunioni degli alcolisti anonimi, per esempio, consistono nel raccontare, davanti a un pubblico e sobri, la propria storia a un gruppo di persone che ascoltano. Una persona che soffre di fobia sociale non può sopportare l'ansia che prova in quel momento, dunque interromperebbe la terapia, o in ogni caso essa sarebbe inutile per curare il suo problema di alcolismo e di fobia sociale. Anche se mostrasse i sintomi dell'ansia, spesso i terapeuti che seguono il gruppo non li riconoscono come sintomi della fobia sociale o di un disturbo d'ansia, ma li scambiano con i sintomi d'astinenza da alcol, perché non sono preparati per fare una diagnosi di questi tipi di disturbi.

2.8.4. Perché è difficile chiedere aiuto

Quando una persona, o i suoi familiari, si rende conto che ha bisogno di aiuto per contrastare un disturbo che rende difficile la sua vita, il primo passo è fatto, ma rimangono diversi ostacoli da considerare.

Il primo, è confrontarsi con l'idea della società che i disturbi di questo tipo siano solamente mentali, e che con la forza di volontà possono essere superati senza bisogno di aiuti medici. Se già una persona soffre di fobia sociale, e in più si sente dire e si autoconvince che questo sia solo colpa sua e della sua mancanza di forza di volontà, oltre a non cercare aiuto per evitare commenti negativi, il suo disturbo peggiorerà e lo porterà probabilmente a un isolamento maggiore e in seguito potrebbe portarlo a sviluppare tendenze depressive. Inoltre, si convincerà sempre di più che questo atteggiamento sia parte integrante del suo carattere e che non possa essere cambiato, soprattutto se egli sarà riuscito a organizzare la sua vita in modo da evitare le situazioni che lo mettono a disagio. Inoltre anche nel caso decidesse di chiedere aiuto, nella realtà si troverà a dover interpellare persone che considera più autoritarie di lui, e non solo parlare con esse, ma confidargli le sue più grandi paure e chiedere loro aiuto, cosa che possiamo immaginare sia molto difficile.

Inoltre, come affermato nel libro *Adolescenza e psicopatologia*, un adolescente che soffre di fobia sociale non si presenterà a cercare aiuto dicendo che soffre di un problema di ansia, ma descrivendo un disturbo somatico (cioè come il corpo soffre a causa di un disturbo psichico, che nel caso di disturbi d'ansia possono essere mal di

testa, nausea, vertigini). Questo è il modo in cui l'adolescente chiede aiuto, sta poi alla persona a cui si riferisce essere in grado di ricondurre il suo malessere alla vera causa. (Marcelli e Bracconnier 2006, 211).

B – PARTE PRATICA

Disponiamo ora delle conoscenze necessarie in merito all'adolescenza e alla fobia sociale. Possiamo dunque passare alla parte del lavoro costruita attivamente: di seguito si trova l'intervista al Dottor Michele Mattia, con il quale ho potuto chiarire e approfondire diversi aspetti. In seguito verrà presentata una copia del questionario sottoposto ai 69 adolescenti, la *Liebowitz Social Phobia Scale* e i relativi metodi d'uso e d'interpretazione. Infine si trovano i risultati dei dati raccolti grazie ai test, e l'interpretazione a questi dati in base a diversi criteri.

1. Intervista con il Dottor Michele Mattia

Il Dottor Michele Mattia è medico psichiatra e psicoterapeuta, cofondatore dell'Associazione svizzera per l'ansia e la depressione. Durante la primavera scorsa partecipò a un programma alla RSI dove parlò dei problemi d'ansia che si presentano sempre più spesso negli adolescenti, dunque ho ritenuto che fosse una persona competente e particolarmente informata sul tema. Grazie all'incontro sono riuscita ad approfondire delle questioni e a chiarire dei dubbi che si erano presentati durante la stesura del lavoro.

L'incontro con il Dottor Michele Mattia si svolge nel suo studio a Paradiso un sabato mattina del 20 agosto 2016. Il Dottore, molto gentile e disponibile, mi ha messo a disposizione un'ora del suo tempo. L'intervista comincia con alcune domande di base per chiarire i termini di quanto stiamo discutendo e per evitare fraintendimenti sulle definizioni, per poi svilupparsi in temi più articolati.

I miei commenti alle risposte del Dottore sono indicati in corsivo.

Lila Barella (LB): **Secondo Lei, a che età inizia e finisce l'adolescenza?**

Michele Mattia (MM): Solitamente il periodo prepuberale (prima dello sviluppo, per esempio prima della comparsa del ciclo mestruale nelle ragazze) inizia a 13-14 anni, poi si porta fino a 18-19 anni.

Come trattato nel capitolo 2.2, è difficile stabilire con precisione quando inizi e quando finisca l'adolescenza. In ogni caso, anche il Dottor Mattia indica che esiste una fase di transizione, esiste quindi un cambiamento, un passaggio dall'infanzia all'adolescenza. Questo cambiamento non avviene a un'età precisa per tutti, ma comincia appunto quando si verificano i primi mutamenti nel corpo, nella psiche e nella mente, in genere attorno ai 13 anni. Questi cambiamenti modellano la mente e il corpo dell'individuo e, di solito, la crescita fisica termina attorno ai 18 anni d'età, mentre la mente continua a svilupparsi fino ai 21 anni circa.

LB: **C'è differenza se parlo di "fobia" o di "ansia" sociale?**

MM: No, in America si parla di fobia sociale, mentre qui viene chiamata ansia sociale, ma si intende esattamente lo stesso disturbo.

Nonostante il termine venga utilizzato in America, nel mio lavoro il disturbo è sempre chiamato con il nome di fobia sociale perché lo reputo più adatto, e perché la maggior parte dei libri letti erano scritti da autori americani, che quindi si rivolgevano al disturbo con questo termine. La differenza comunque, non sussiste, infatti nel capitolo 3.3. le definizioni del DSM-5 e dell'ICD-10 si riferiscono al disturbo come ansia sociale.

LB: Come faccio a rendermi conto che soffro davvero di fobia sociale, e non che sono semplicemente troppo stressata in determinate situazioni?

MM: Spesso una persona pensa che si tratti di una propria caratteristica: “Quel ragazzo è molto estroverso, mentre io sono particolarmente timido”. Un altro elemento da considerare è che chi soffre di fobia sociale, soprattutto in adolescenza, incomincia a bere. L'alcol è uno degli elementi di autocura. Attraverso l'alcol ho un'azione all'inizio ansiolitica, e poi disinibitoria. Quindi la persona che vive questa ansia, attraverso l'alcol riesce a stare nel gruppo. Non raramente poi si scopre che negli alcolisti adulti, alla base c'era una fobia sociale.

Questo primo aspetto della risposta del Dottor Mattia sottolinea un serio rischio per i sociofobici: il soggetto che soffre di fobia sociale può iniziare a bere per porre un freno alla sua ansia: credendo di essere lui stesso il problema, cercherà di risolverlo adottando un comportamento che egli reputa consono alle circostanze e socialmente accettato nella sua cerchia di conoscenze, come quello del bere o utilizzare sostanze psicoattive, per integrarsi con gli altri e essere più disinibito. Le sostanze ingerite dovrebbero quindi aiutarlo a sentirsi come gli altri, soprattutto per le sostanze legali o comunque molto diffuse, come appunto cannabis o alcolici, che donano alla persona la sensazione di essere integrata nel gruppo e la liberano temporaneamente dall'ansia: infatti, queste sostanze disinibiscono, il che induce la persona a ripetere l'esperienza per ripetere e prolungare le sensazioni di accettazione, socializzazione e, conseguentemente, di autorealizzazione. Appena l'effetto della sostanza termina, l'ansia si ripresenta. Questo può essere molto pericoloso perché induce a un consumo costante di sostanze per sedare l'ansia, e potrebbe portare ad aggravare il problema di fobia sociale che, mascherato dalla dipendenza, non verrà curato in modo appropriato. Questo rischio che la fobia sociale porti alla dipendenza da alcol o altre sostanze stupefacenti viene trattata nel capitolo 3.7.4.

MM: In più, bisogna distinguere la fobia sociale dalla timidezza. Molte persone si reputano timide, ma il timido ha una caratteristica: nel momento in cui entra nel gruppo, e incomincia a conoscere gli altri, è sciolto. Parla, non ha più timore del gruppo. Ha timore di incontrare nuove persone perché si sente a disagio e non all'altezza della situazione, ma nel momento in cui c'è qualcuno che lo presenta al gruppo e che lo inserisce, il timido può anche essere molto brillante, non è più timido. Invece, chi soffre di ansia sociale prova un perenne timore verso il giudizio degli altri, ha paura che gli altri lo giudichino costantemente. Si entra in un parallelismo con la paranoia. L'ansioso sociale pensa sempre a sé stesso, pensa sempre di non essere accettato dalla società. È per esempio

quella persona che in una strada non cammina mai in mezzo alla folla, ma attaccato al muro, non guarda mai gli altri negli occhi. È quella persona che quando va al cinema si siede sempre nell'ultima fila, mentre chi soffre di attacchi di panico si siede vicino all'uscita. Questa è la differenza fra i timidi e gli stressati: l'ansioso sociale sta quasi sempre da solo, a meno che non utilizzi l'alcol o altri elementi gruppali, è sempre focalizzato sul giudizio degli altri. Si sente a disagio per ogni cosa, atteggiamento che il timido non ha. Finisce quasi in un delirio paranoide: anche se non rientra nei disturbi classificati come paranoidei, si tratta di qualcosa di molto simile.

Questa importante differenza fra fobia sociale e timidezza è considerata nel capitolo 3.4.3., dove viene spiegato che la fobia sociale e la timidezza si distinguono in base a durata, intensità e livello in cui si manifestano nella persona. È una distinzione fondamentale per non rischiare di patologizzare atteggiamenti normali del processo di crescita di un adolescente. Questa è una delle cose che ho percepito molto chiaramente sia svolgendo il mio lavoro che intervistando il Dottor Mattia: spesso il confine tra normale percorso di crescita e patologia è molto labile e dipende dal grado di intensità e di ripetizione di una serie di sintomi. È quindi molto importante la sensibilità e l'esperienza del medico-psicologo nel proporre una diagnosi, per non rischiare di etichettare un ragazzo o una persona semplicemente timida come in realtà sociofobica.

LB: Quindi è un po' come un circolo vizioso, ha paura che gli altri lo giudichino perché ha paura...

MM: Sì è proprio un circolo vizioso, da cui ha grosse difficoltà a uscirne da solo, spesso non riesce, e con gli anni la persona comincia a pensare che sia fatta così e basta.

Come descritto nel capitolo 3.6., il fattore che maggiormente influenza il peggioramento della fobia sociale è il paziente stesso: con il passare del tempo e degli anni, egli si convince che il suo comportamento sia irrevocabile, che "sia fatto così e basta", dunque non proverà a cercare aiuto per paura di sembrare ridicolo, e convinto che nessuno possa aiutarlo. Per questo risulta che un paziente in media cerca aiuto per curare la sua patologia circa dopo 17 anni da quando essa si è presentata, spesso a causa di un evento particolarmente grave che gli impedisce di continuare a gestire la fobia sociale con le tecniche di autocura o evitamento, come per esempio un licenziamento o una promozione sul lavoro. Inoltre, come illustrato nello stesso capitolo, il sociofobico si rende conto di aver creato ed essere invischiato in questo circolo vizioso, ma nonostante questa consapevolezza, non riesce ad uscirne. Gli schemi mentali che si sono creati a proposito delle relazioni con altri ormai sono formati, e, nonostante si possano modificare nel tempo, alla base rimarrà l'idea che egli sia costantemente osservato e giudicato.

LB: È vero che ragazzi e ragazze soffrono in egual numero di fobia sociale? io pensavo fossero più i casi di ragazze che presentano questo disturbo...

MM: In realtà l'ansia sociale non è molto legata al sesso. Come ti dicevo spesso come autocura nella fobia sociale viene utilizzato l'alcol, e ci sono statisticamente più alcolizzati uomini che donne. Quindi non ci sono differenze di sesso, anche perché, spesso l'ansia sociale viene misconosciuta e viene curata tramite queste autocure, a volte si utilizzano anche sostanze come cannabis, perché, come l'alcol, è una di quelle sostanze che diventa "grupuale", aiuta a stare in un gruppo.

All'interno della discussione sui legami tra fobia sociale e abuso di sostanze, il Dottor Mattia ha ritenuto utile fare la precedente precisazione sulle statistiche di uomini e donne che soffrono di questo disturbo. Come visto nel capitolo 3.8.3., il fatto che spesso l'ansia sociale sia misconosciuta e molte volte non venga neppure diagnosticata in quanto coperta dall'abuso di sostanze, può essere un fattore di disturbo nello stabilire le reali dimensioni del fenomeno.

In seguito, il Dottor Mattia mi ha poi informata che il disturbo si presenta prevalentemente nelle donne rispetto agli uomini, con un rapporto di 1.5-2 a 1, e questo rapporto viene confermato anche da svariati liberi che ho letto durante la ricerca (come il libro di John Marshall e di Roberto Paganelli). Viene logico domandarsi il perché. La risposta che do personalmente è che sia "colpa" dell'influenza della società: ci si aspetta che tutti appaiano sempre in forma, soprattutto le ragazze, che devono vestirsi, truccarsi e comportarsi in modo da rispondere ai canoni sociali richiesti. Non parlo della necessità di eguagliarsi a un unico gruppo, rischiando di finire in un mondo popolato da barbie tutte uguali, ma della necessità di entrare in un gruppo vero e proprio. Ogni adolescente vuole farsi accettare, essere ascoltato, avere degli amici su cui contare, e il modo in cui si ottengono questi privilegi è comportarsi in un determinato modo, per potersi identificare, uguagliare e farsi accettare dagli altri coetanei componenti del gruppo. A dipendenza dell'attitudine si avvicinerà più a un certo tipo di persone, o ad un altro. In adolescenza quindi si crea l'identità dell'adolescente, che, anche se non sarà definitiva, contraddistinguerà sicuramente questi anni della sua vita e sarà la base sulla quale poggerà la futura personalità. Questo è un primo motivo che potrebbe portare allo sviluppo di un'ansia sociale: rispondere alle domande "Chi sono? Chi vorrei essere?" non è di certo facile, e la conseguente paura che l'"io" che si sta creando non sia adatto e accettato dagli altri porta alla paura di essere esclusi dal gruppo e denigrati dai propri coetanei, essendo costretti alla solitudine.

Per cercare di spiegare come mai le ragazze soffrano una volta e mezza o addirittura il doppio rispetto ai ragazzi di fobia sociale, prendiamo in considerazione i diversi gruppi che si formano nel periodo della prima adolescenza, dunque i gruppi prevalentemente monosessuali. Se prendiamo in esame l'amicizia maschile, noteremo che è diversa da quella femminile: i ragazzi tendono a non esprimere chiaramente i propri sentimenti, e non cercano costante approvazione per sentirsi accettati nel gruppo di amici. Se prendiamo un classico gruppo di ragazzi che sono amici, potremo notare delle caratteristiche tipiche di (quasi) ogni gruppo che potremmo analizzare: formato

da una cerchia stretta, con non troppe persone, non cerca di allargarsi, e ogni ragazzo è indipendente rispetto alla propria vita privata: infatti, si tratta prettamente di amici che si incontrano per divertirsi e stare assieme. Inoltre è da considerare il fatto che un ragazzo tende a utilizzare sostanze come alcol o cannabis in gruppo con gli amici, e che questo uso è maggiormente accettato dal punto di vista sociale che se a abusare di una sostanza sia una ragazza, per cui un ragazzo seda facilmente l'ansia e, forse, ricorre meno all'aiuto di specialisti. Per cui potrebbe essere che l'ansia sociale sia diagnosticata maggiormente nelle ragazze in quanto l'abuso di sostanze non ha lo stesso effetto sociale nelle ragazze, che si rivolgono prima a uno specialista, o che vengono indirizzate più facilmente a uno di essi se vivono uno stato di dipendenza verso una sostanza.

Se invece prendiamo in esame un gruppo di ragazze, le cose cambiano: il gruppo è più grande, comprende "le amiche delle amiche", e è composto da legami più o meno forti fra le diverse appartenenti al gruppo. Anche il ruolo che ci si aspetta dalle amiche è diverso: esse sono confidenti, dispensatrici di consigli, e una parte centrale della vita di un'adolescente. Il gruppo non è solamente un'entità con la quale condividere esperienze fuori dal comune, ma che rimane distaccato dalla vita privata di ogni ragazza, ma si tratta di una vera e propria "famiglia sostitutiva". Questo si può notare bene da un esempio: è più comune che una ragazza vada a dormire a casa di un'amica e che passino la notte assieme a scambiarsi confidenze, piuttosto che un ragazzo che passi la notte a casa di un amico. L'amicizia femminile è quindi più profonda, ma anche più spietata: all'interno del cerchio di amiche si è come sorelle, ma se si è all'esterno o non si è prese in considerazione, oppure si è soggetti a critica e giudizio. Tutti questi aspetti contribuiscono certamente a aumentare il rischio per una ragazza di sviluppare un problema di fobia sociale, visto che essa deve essere costantemente attenta per poter entrare nel gruppo, per creare dei legami in esso, e per evitare di uscirne. Dal punto di vista positivo, in un gruppo di ragazze è forse più facile parlare dei propri problemi e quindi sentirsi consigliare o suggerire a propria volta di rivolgersi a uno specialista in caso una delle ragazze soffra a causa di un disturbo qualsiasi.

LB: A livello scolastico e lavorativo come vive un sociofobico?

MM: Il fobico sociale è l'allievo che molto spesso non raggiunge gli obiettivi scolastici, magari non va all'università, o nemmeno al liceo, proprio perché la sua mente riflette continuamente su questa problematica, e non avendo la mente libera è molto più lento degli altri e non può produrre nulla o quasi a livello di studio. È colui che non riuscirà nemmeno a raggiungere gli obiettivi carrieristici, non riesce a parlare davanti a un pubblico...

Come abbiamo potuto vedere nel capitolo 3.6., per un soggetto affetto da fobia sociale è impensabile intraprendere una carriera scolastica che lo porti al liceo, o addirittura all'università. Il ragazzo magari avrebbe anche tutti i requisiti per riuscire brillantemente negli studi, ma come può una persona che non riesce a parlare

con gli altri e a tenere esposizioni in classe, procedere nella carriera scolastica? Come dice il Dottor Mattia, non ha nemmeno la mente libera che serve per poter studiare e apprendere nuove nozioni, perché i suoi pensieri sono sempre rivolti verso le sue paure rispetto agli altri. Possiamo immaginare come questo porti a un malessere e una frustrazione sempre maggiori, che poi sfociano nell'abbandono della scuola o del lavoro. Questa affermazione è da tenere presente soprattutto in vista dell'analisi dei risultati del test proposto agli allievi di Liceo, Commerciali e SPAI. L'ipotesi potrebbe essere quella che in quarta liceo ci siano meno sociofobici rispetto alla Commercio e alla SPAI, in quanto in queste ultime è richiesta una minore capacità di esposizione orale, e non portano necessariamente a un percorso universitario come il liceo. Vedremo se questa ipotesi sarà confermata dai risultati.

LB: E a livello lavorativo?

MM: Spesso l'ansioso sociale è colui che sceglie dei lavori dove può lavorare da solo, come gli informatici, i fisici, i chimici... quelli che non devono stare in gruppo.

LB: Sì ho letto qualche esempio di persone che devono lavorare di notte, o che spesso lasciano la scuola appena possono perché non riescono a parlare davanti alla classe (vedi episodio ragazza che lascia il liceo nel capitolo 3.6.).

MM: È proprio così, non riescono a parlare, nemmeno in piccoli gruppi di quattro o cinque amici. Questo è qualcosa che limita moltissimo, è una malattia che porta a un effetto domino di frustrazione uno dietro l'altro, per questo è estremamente importante riuscire a riconoscerlo e a intervenire in tempo.

Notiamo qua l'importanza di una diagnosi precoce di questo disturbo. Come detto nel capitolo 3.6., una persona che soffre di fobia sociale può comportarsi in modo completamente differente con i famigliari o con gli amici più stretti, rendendo difficile riconoscere e accettare il problema. Questo, a lungo termine può portare a credere che il disturbo sia colpa propria e, conseguentemente, a un calo dell'autostima e all'isolamento, che può essere accompagnato dall'insorgere di altri disturbi comorbidali (disturbi psichici che si presentano in seguito alla comparsa di un primo disturbo, e sono causati dalla mancata cura di esso) come la depressione, come verrà confermato dal Dottor Mattia nella prossima domanda. È importante ricordare che un sociofobico non trova piacere e soddisfazione nella solitudine, anzi, prova profonda insoddisfazione e tristezza, ma la solitudine è vista come l'unico metodo per evitare il giudizio degli altri, e dunque per riuscire a placare l'ansia che se no caratterizzerebbe l'intera giornata del sociofobico. Fra la scelta dunque dell'ansia a causa del proprio comportamento, o all'insoddisfazione e l'abbassamento dell'autostima, un sociofobico preferisce la seconda, in quanto gli effetti negativi si ripercuoteranno solamente su di lui, senza che essi siano esposti al mondo esterno e agli altri, evitando così le conseguenti derisioni e giudizi negativi. In casi meno gravi, dove la solitudine non è

assoluta ma l'ansia sociale comunque presente, la persona tenderà invece ad avere pochi rapporti di amicizia, e quasi esclusivamente con persone del proprio sesso, poiché l'approccio e il corteggiamento sono comunque considerate fonte di ansia a causa dell'imbarazzo e della paura del rifiuto da parte dell'altra persona.

LB: Mi chiedevo se questo disturbo, a lungo andare, può portare a depressione o a altri disturbi più gravi?

MM: Come comorbidità esiste il disturbo depressivo nell'ansia sociale, come anche i disturbi da dipendenza da alcol e sostanze (piuttosto frequente).

Il tema dei disturbi comorbidali alla fobia sociale e ai pericoli legati ad essi è largamente trattato nel capitolo 3.7. Un sociofobico che soffre di ansia a livelli gravi e non si rivolge a uno specialista per curarsi si trova davanti a una scelta: isolarsi per evitare di vivere situazioni di disagio e imbarazzo, o imbroggiare la via dell'autocura, spesso tramite l'abuso di sostanze. In entrambi i casi la persona crede che il disturbo sia colpa della propria incapacità di reagire e di risolvere un problema che, in realtà, non è curabile senza l'aiuto di un medico specialista. Le due strade portano però a risultati differenti. Nel primo caso la persona possiede una scarsa autostima e non crede nelle sue capacità reali, dunque si autoconvincerà di non essere adatta alla socializzazione e di non riuscire a creare delle relazioni soddisfacenti, dunque si isolerà. Questo non porterà però al benessere psichico, in quanto il sociofobico soffre a causa dell'idea che gli altri lo giudichino, ma si tormenta anche nella solitudine perché vorrebbe riuscire a interagire con gli altri in maniera soddisfacente. Nonostante la solitudine, come visto nel capitolo 3.5., la fobia sociale non aumenta però il tentativo di suicidio, piuttosto quello di idea di suicidio, in quanto la persona soffre per le mancate relazioni, ma spero di riuscire a relazionarsi con gli altri in futuro. Questo meccanismo porta a un ulteriore calo dell'autostima, e eventualmente in seguito, alla comparsa di altri disturbi come quello depressivo. Sono questi ultimi che possono portare a peggiorare ancor più l'umore e la vita della persona portandola poi a casi estremi come il suicidio.

Nel secondo caso la persona, credendo di essere ella medesima la causa del problema, si convincerà di poter e dover trovare una cura. Visto che con la propria forza di volontà non è possibile, la strada alternativa sono le sostanze gruppali e disinibitorie, principalmente alcol e marijuana, ma anche altre. Le sostanze nei primi momenti agiranno in maniera ottimale, calmando la persona e facendola sentire più integrata nel gruppo e nella società, ma a lungo termine avranno effetti devastanti sia sul corpo che sulla mente. Soprattutto l'alcol che è legale e più facile da reperire rappresenta una grande tentazione e sembra curare, o almeno coprire, l'ansia. Diventa però così l'unico modo grazie al quale il sociofobico riesce a relazionarsi con gli altri, e egli ne avrà bisogno sempre di più e sempre più regolarmente per sopperire a tutti i bisogni. Questo porta più problemi che benefici: a parte la grande quantità di denaro che andrà investita e i problemi fisici legati all'alcolismo, il problema di dipendenza che si creerà accrescerà quello di fobia sociale che, non curato, continuerà ad aumentare. Questo potrebbe trarre

in inganno gli specialisti che eseguiranno la diagnosi sul sociofobico con un problema di dipendenza, perché quest'ultima nasconderà i sintomi della fobia sociale e impedirà la prescrizione di una terapia volta a curarli.

LB: A questo proposito, ho letto che spesso familiari o insegnanti non riconoscono il disturbo e incolpano la persona dei suoi insuccessi, spingendola a provare a osare di più e a concludere qualcosa nella vita.

MM: Questo è un altro elemento che mostra che la fobia è misconosciuta. Spesso c'è questo elemento di pregiudizio sociale, perché molti pensano che il disturbo di fobia sociale sia un disturbo dove basta avere buona volontà e se ne esce, questo non è vero, è un disturbo, una sindrome, che bisogna curare. È proprio un disequilibrio della psiche. È come se a una persona che ha rotto il ginocchio e ora è un po' zoppa si dicesse "corri perché ce la puoi fare". Il nostro problema è che quando vediamo, crediamo, quando non vediamo, non crediamo. Negli ultimi anni la società è cambiata molto, però questi pregiudizi sono ancora molto presenti. Poi solitamente il genitore vede che il figlio inizia a bere, e agisce su questo. Senza riconoscere che alla base c'è qualcos'altro. È una di quelle "malattie nascoste", che sono insinuanti, perché modificano completamente anche la prospettiva relazionale.

Come dice il Dottor Mattia, nonostante la società sia cambiata molto negli ultimi anni, rimane ancora difficile credere a ciò che non possiamo vedere. Se un direttore d'azienda, o un docente dovessero notare e sottoporre a un colloquio psicologico tutte le persone che provano ansia quando devono parlare davanti al gruppo, o che non si uniscono alle attività con i colleghi, quanto tempo e denaro andrebbero impiegati? È una cosa che la nostra società, dove il tempo è letteralmente denaro, non si può permettere. Questo ideale di dare sempre il meglio di noi stessi è entrato nella mente dei dirigenti così come in quella dei dipendenti, dunque davanti a un problema che ci impedisce di relazionarci normalmente con gli altri crediamo di essere noi il problema, che sia una fase passeggera, e che sicuramente non vale la pena investire tempo e denaro per una seduta psicologica, che ci mostrerebbe agli altri come deboli. Dunque il sociofobico nasconde il problema, lo ignora ritenendolo momentaneo, o prova a soffocarlo tramite alcol o altre sostanze, peggiorando così il problema. Quando finalmente la persona stessa, o qualcuno a lei vicina, si accorgerà del problema e deciderà di intervenire, due saranno i rischi: il primo, quello di non riconoscere la fobia sociale alla base del problema di dipendenza da sostanze che si potrebbe essere creato con l'avanzare del tempo. Il secondo, è che la fobia sociale, rimasta nascosta e cresciuta nel tempo, sia molto più grande che all'inizio del disturbo, necessitando così di una terapia più lunga e impegnativa per poter essere curata.

LB: Nella risposta precedente ha parlato del fatto che la fobia sociale modifica anche la prospettiva relazionale. Cosa intende?

MM: L'ansioso sociale solitamente non aspira mai al compagno o alla compagna che vorrebbe. Se vede qualcuno di carino, pensa subito "no, tanto non ce la farò mai". Quindi sono quelle persone che magari intraprendono una relazione assieme a delle persone con le quali non vorrebbero averla, ma non dicono di no solamente perché l'altra persona si è interessata a loro. Vediamo quindi quante frustrazioni ci sono in questa malattia.

Come possiamo vedere, la fobia sociale non crea frustrazione solamente nel campo del lavoro, ma anche in quello affettivo. Il fatto di non riuscire a parlare con delle persone, per esempio, per presentare un lavoro svolto, ovviamente rende ancora più difficile cercare di conoscere uno sconosciuto e in seguito cominciare una relazione amorosa con esso. Possiamo facilmente metterci nei panni di un sociofobico che si trova a un appuntamento: i suoi pensieri saranno rivolti quasi esclusivamente a sé stesso, sarà preoccupatissimo di commettere qualche gaffe, non saprà come cominciare e sostenere la conversazione, insomma, vorrebbe apparire come una persona gradevole con la quale è bello trascorrere del tempo, ma la sua ansia di non riuscirci rovinerà la situazione, portandolo a parlare troppo o troppo poco, e non permettendogli di concentrarsi sulle reazioni dell'interlocutore e incentrando i suoi pensieri sull'ansia di sbagliare e di apparire inadeguato. E tutto questo al di là del normale stato di agitazione presente durante un "primo appuntamento".

Come trattato nei capitoli 3.7.1 e 3.7.2., un altro fattore importante in qualsiasi conversazione, e soprattutto in una che può, o potrebbe, portare a un risvolto amoroso, è il linguaggio non verbale. Esso non è controllabile e interpretabile consciamente, dunque per le persone sociofobiche è un altro fattore che le allontana dal riuscire a intraprendere una relazione. Essendo perennemente in uno stato d'ansia, i loro movimenti sono più impacciati e tesi, meno naturali. Inoltre, non guardano negli occhi l'interlocutore, e non si concentrano su di lui in modo da poterne percepire i segnali, rendendo la conversazione, e addirittura la presenza dell'altra persona, inadeguata. Una persona che soffre di fobia sociale è troppo concentrata su sé stessa per poter intraprendere una relazione soddisfacente per tutti e due i partner: essa è perennemente rivolta verso le proprie paure, non per egocentrismo conscio, ma perché in ogni momento si preoccupa di cosa potrebbe fare o dire di sbagliato, che renderebbe noto all'altro il suo stato di inquietudine. Per questo, i sociofobici o non hanno relazioni, o, se riescono a instaurarne una, essa non è soddisfacente per la coppia. E nel caso riuscisse a intraprendere una relazione e questa si rivelasse insoddisfacente o non adatta, piuttosto che creare una situazione di scontento e relativi problemi, il sociofobico si adatterà a vivere in una situazione di perenne insicurezza che crea insoddisfazione e infelicità. Se la relazione dovesse finire, non sarà perché il sociofobico lo vuole, ma perché il partner non riuscirà più a sostenere una situazione dove il compagno è assente e non gli presta attenzione, essendo troppo concentrato su sé stesso.

LB: Come possono dunque agire preventivamente genitori, insegnanti e conoscenti? Se fossi ad esempio un docente e noto che ho un allievo che potrebbe soffrire del disturbo, è meglio che io lo lasci stare, o sarebbe meglio integrarlo nella lezione in modo da fargli vedere che può contribuire attivamente?

MM: È importante l'integrazione, ma non nel senso di metterlo a disagio davanti alle altre persone, se va in ansia non continuo a interrogarlo, piuttosto lo incontro da solo o con la famiglia dopo lezione, oppure potrei segnalarlo allo psicologo della scuola. Il ruolo dell'insegnante è importante, perché se egli non riconosce questi segnali potrebbe traumatizzare l'allievo: il ruolo dell'insegnante non sta solo nell'insegnare i concetti, ma egli ha un ruolo anche pedagogico. Negli ultimi anni questi disturbi si sono diffusi molto, quindi è necessario tenerli sott'occhio.

Come visto nel capitolo 3.6., riconoscere il disturbo da parte della famiglia o di amici stretti può risultare complicato, perché il sociofobico si comporta in maniera differente quando a contatto con famigliari e amici o estranei. Inoltre, la tendenza di un sociofobico sarà quella di cercare il prima possibile di smettere di studiare, per cercare un lavoro solitario, rendendo dunque ancora più difficile che qualcuno si accorga del suo disturbo. Questo nella maggior parte dei casi porta a condurre una vita insoddisfacente e non all'altezza delle proprie aspettative e capacità, frustrando ulteriormente il sociofobico.

LB: Quando una persona si rende conto di soffrire di questo disturbo e decide di farsi curare, che tipo di terapia si usa? Oltre a quella cognitivo-comportamentale e a quella farmacologica ho letto anche di musicoterapie o cromoterapie: ma funzionano davvero?

MM: Quelle sono terapie d'appoggio, la terapia con un'evidenza scientifica è l'associazione fra terapia cognitivo-comportamentale e farmacoterapia. La cognitivo-comportamentale per riconoscere assieme al paziente i pensieri distorti. Nell'ansioso sociale ce ne sono molti, per esempio "l'altro mi giudica": qui l'ansioso sociale sta facendo qualcosa di complesso, sta cercando di leggere nella mente degli altri, cosa che non è possibile. Sta proiettando la sua ansia sugli altri, è sicuro che gli altri siano incentrati su quello che lui fa. Bisogna quindi operare una ristrutturazione cognitiva: riconoscere che ho un pensiero distorto, e ristrutturarlo: "la persona con cui sto parlando non mi sta giudicando, non sono così importante.". Il paradosso è che l'ansioso sociale si mette al centro dell'attenzione di sé stesso: a livello psicodinamico lo possiamo definire un "narcisista inconsapevole" perché pensa sempre a sé stesso, al centro dell'attenzione c'è sempre lui.

Nella parte comportamentale invece iniziamo a dare dei compiti alle persone, per esempio andare in un piccolo negozio a fare la spesa e fare delle domande alla commessa. In questo modo vediamo le strategie che mette in atto, e progressivamente vediamo dove riesce a ottenere dei miglioramenti, e lavoreremo poi per obiettivi.

Nella farmacoterapia si utilizzano gli antidepressivi, di classe SSRI (ne esistono circa 5 o 6 diversi), di nuova generazione (esistono da circa 20-25 anni) perché all'origine dal punto di vista neurobiologico, l'ipotesi è che ci sia un'alterazione della trasmissione dei neurotrasmettitori, quindi per esempio della serotonina. Quando l'ansia è importante si possono associare anche degli ansiolitici, le benzodiazepine, ma di solito queste per un periodo di tempo molto più breve, di 3-4 settimane. Laddove nell'ansia sociale c'è uno sviluppo quasi paranoideo si può associare anche un anti psicotico di nuova generazione, a basse dosi, per agire su questo processo quasi delirante. Questa farmacoterapia va avanti molto tempo, anche per anni. Per anni anche perché solitamente l'ansioso sociale arriva dopo aver intrapreso altre terapie, magari di cura a causa di una dipendenza da alcol, quindi prima bisogna curare quella dipendenza e poi l'ansia sociale. da più tempo è in atto il disturbo, più è complessa e lunga la terapia. In più bisogna ricordare che spesso non c'è una consapevolezza, e quindi la cura viene frenata. Nella medicina somatica, se io so che soffro di una malattia, come un disturbo al cuore, prendo le relative medicine. Nella medicina psicologica le persone non sono consapevoli del loro disturbo, dicono "sono fatto così" quindi non raramente la prima parte della cura sta nel rendere consapevole la persona che esiste questo disagio.

La parte più importante di questa risposta è proprio quest'ultima: lo scopo centrale della terapia è rendere conscia la persona del fatto che soffre di un disturbo che è curabile grazie alle relative terapie e medicine, che non è colpa sua se non riesce a relazionarsi con le persone, e che è un disturbo comune e molto diffuso, che non lo porta quindi a essere considerato diverso e quindi a essere discriminato e giudicato per questo. Come visto nel capitolo 3.8.1., lo scopo della terapia cognitivo-comportamentale è proprio quello di individuare gli schemi distorti presenti nella mente della persona, per poterli correggere e rimpiazzare con altri schemi più adatti. Il primo passo della terapia per la cura della fobia sociale è dunque quello di far lavorare il paziente affinché riconosca questi pensieri come distorti, e lavori per accrescere la propria autostima e consapevolezza di essere in grado di relazionarsi in modo soddisfacente con le persone. Gli scopi della terapia sono quelli di creare un'immagine di sé realistica e positiva, in sostituzione a quella distorta presente prima, dimostrare di aver accresciuto l'autostima fino a un livello normale e realistico, e di riuscire a riconoscere i tratti positivi durante una conversazione.

Nel capitolo 3.8. vengono elencati diversi metodi per lavorare nella risoluzione di un problema di fobia sociale: come più utili vengono indicati la terapia cognitivo comportamentale, eventualmente affiancata da una terapia farmacologica, e la terapia rogersiana, che si concentra sulla forza di autorealizzazione che ognuno di noi possiede, per svilupparla e portarla a livelli normali, per permettere alla persona di vivere la propria vita in maniera soddisfacente e adatta alle proprie capacità.

LB: Una volta che una persona è guarita, il disturbo potrebbe ripresentarsi? E se sì, lo farebbe in modo da dover ricominciare da zero una terapia?

MM: Quando una cura ha avuto successo, e ciò non vuol dire solo che è uscito dall'ansia, ma ha compreso i meccanismi dell'ansia e i fattori preventivi di stress che possono sviluppare l'ansia sociale... quando la cura ha avuto successo la persona è in grado di riconoscere i primi sintomi e di intervenire immediatamente. Se dovesse fare un discorso e non riuscire a concluderlo per qualche motivo, non vedrebbe un fallimento, ma comprenderebbe che si tratta di quello che era una sua caratteristica negli anni passati, e può intervenire subito, facendo da soli il riconoscimento del pensiero distorto, fanno l'esposizione in vivo, cioè rifanno subito un altro discorso, non evitano, e eventualmente riprendono contatto con il loro terapeuta. In questa situazione c'è quindi una ricaduta, ma non si torna allo stadio iniziale.

Se la terapia invece era una terapia parziale, dove era stato sufficiente risolvere i sintomi acuti, ma non lavorare sulla distorsione cognitiva, in quei casi c'è il rischio di una ricaduta più significativa.

L'ansia sociale non è quindi una malattia che si cura come l'influenza con una pastiglia. Si tratta di un disturbo che contraddistingue l'atteggiamento che la persona assume nei confronti del mondo. L'impressione sentendo le parole del Dottor Mattia è che la malattia si può conoscere, comprendere e quindi limitarne l'influenza sulla propria vita. Invece di esserne vittima, il sociofobico, consapevole del proprio disturbo, rimane vigile sulla comparsa dei sintomi e agisce in modo preventivo. Questo modo di agire appare però un peso da portare sulle spalle per tutta la vita, e, come detto nella prossima risposta, viene considerato come un problema invalidante (la persona può quindi essere sovvenzionata dalla cassa invalidità) solamente nel caso in cui interferisca in maniera significativa con la vita quotidiana. Dunque, un sociofobico rimarrà sempre una persona più sensibile al giudizio degli altri rispetto ad altre persone, ma grazie a una cura adeguata questa sensibilità può evitare di trasformarsi in un atteggiamento passivo e distruttivo, che porta a isolamento ed insoddisfazione.

LB: Se a una persona viene diagnosticata la fobia sociale in forma molto acuta, essa è considerata inabile al lavoro e viene quindi completamente mantenuta dall'assicurazione invalidità?

MM: Per essere coperti dall'assicurazione malattia e poi eventualmente da quella d'invalidità l'assicurazione malattia di solito copre per 2 anni, serve un certificato che viene dato dal medico curante e che dev'essere poi confermata dal medico dell'assicurazione. La cura in questo caso è obbligatoria. Se la fobia sociale è diventata così radicata che è impossibile lavorare in tutti i campi, si può essere coperti dall'assicurazione invalidità. Questa prende in considerazione la richiesta del paziente solo dopo 1 anno di malattia. Prima interviene solamente cercando di non peggiorare ulteriormente il disturbo. Se invece l'ansia sociale è presente solamente in alcune

situazioni, per esempio parlare in pubblico, ma non altre, l'assicurazione non copre, perché la persona deve cambiare tipologia di lavoro, o cambiare completamente lavoro in modo da averne uno che non causi l'ansia.

Questa risposta ci aiuta a capire come deve essere complicata e frustrante la vita di un sociofobico che soffre di ansia a livelli così destabilizzanti da non riuscire a ottenere o mantenere un impiego stabile: prima di tutto, esso crede che il disturbo sia causato da una sua incapacità di relazionarsi con gli altri, e se questo porta a una difficoltà nel chiedere un aiuto a un Dottore, deve essere ancora più difficile che un sociofobico chieda al proprio capo o all'assicurazione di essere coperto a causa di un problema che egli non percepisce come curabile. Dunque, il sociofobico proverà prima di tutto a ottenere un lavoro che non lo faccia stare male, dunque uno che li permetta di avere poche o nulle relazioni con gli altri, come appunto un informatico o una persona che lavora da sola, e proverà poi ad adattarsi a ciò che trova, nonostante magari questo lo renda insoddisfatto. Nel caso riuscisse a trovare un lavoro, non vorrà di certo rischiare di essere licenziato e doverne cercare un altro, creando così una situazione di confusione e disagio, dunque non oserà parlare del problema al suo capo o all'assicurazione. Nella maggior parte dei casi dunque un sociofobico si troverà in un impiego che non lo soddisfa in quanto non rispecchia le sue aspettative, ma eviterà di cambiarlo per evitare imbarazzo e difficoltà. Nel caso poi di una fobia sociale così marcata da rendere impossibile continuare a svolgere le attività quotidiane più semplici, la persona sarà indirizzata verso un Dottore, che dovrebbe riconoscere e curare la fobia sociale.

LB: Secondo Lei, il fatto che le comunicazioni virtuali e i social network come ask.fm (ask.fm è un sito internet dove chiunque può inviare commenti e domande anonime a chiunque sia iscritto al suddetto sito.) sono diffusi e accessibili a tutti ha aumentato i casi di disturbi di fobia sociale?

MM: Per rispondere inizierò citando Platone, che nelle "Leggi" parlava della teatrocrazia, e diceva che nel periodo platonico aumentava la diffusione del teatro, e Platone diceva che le persone stavano perdendo la capacità di conoscere i concetti, perché conoscevano unicamente le opinioni. Questo porta la società a perdere le capacità di analisi. Riprendendo Platone possiamo dire che noi siamo nella webcrazia: abbiamo molte opinioni e poche persone che riconoscono i concetti. Gli esempi sono molti, possiamo guardare in America quello che succede con il candidato alle presidenziali Donald Trump: questo personaggio è stato in grado attraverso la capacità di manipolare le opinioni degli altri, di arrivare a essere candidato presidente. Ci rendiamo così conto che la gente non riesce più a riconoscere e analizzare i concetti. Questo è un elemento che aumenta gli stati d'ansia e di insicurezza di moltissimo. Il fatto di vivere nel mondo di una realtà virtuale, per molte persone è molto significativo, e essa aumenta gli stati d'ansia, perché non siamo più in grado di entrare nella realtà reale. Si rimane moltissimo tempo davanti allo schermo, e è molto facile entrare in una dipendenza. In effetti, una delle dipendenze più diffuse che incontriamo è la dipendenza da siti pornografici, che porta alla cosiddetta "anoressia

sessuale”, cioè l’incapacità di attivare il senso del piacere nella relazione, e questo crea ansia, insicurezza, angoscia. L’aumento dei disturbi psichici è molto legata alla diffusione di questa realtà virtuale, dove si sono persi gli elementi gruppali. La società prima era gruppale, collettiva, ora è diventata individualistica. E questo crea un aumento di disturbi d’ansia. Si è modificato anche il mondo del lavoro: esso non è più vicino a casa, non è una sicurezza. Tutto ciò ci fa capire come i disturbi affettivi, dunque ansia, depressione e altri, sono rapidamente aumentati negli ultimi anni.

Questa risposta si ricollega al concetto generale di come il cambiamento della società odierna influenzi il crescente disagio che si diffonde fra le persone, adolescenti in particolare. Crescere in un mondo dove l’individualismo e l’egoismo del successo sono concetti chiave porta i giovani a sviluppare fin dalla giovane età l’idea che devono essere rispettati dagli altri, devono farsi valere nella società e riconoscere nel gruppo di amici. La realtà virtuale rende più facile stringere relazioni con amici vicini e lontani e con sconosciuti. Se questo è il lato positivo, dall’altro possiamo trovare diversi lati negativi: esprimere il proprio giudizio su internet, anche in maniera anonima, è molto facile, dunque critiche e insulti da rivolgere alle persone che ci stanno antipatiche sono più frequenti che se si dovessero esprimere verbalmente. Inoltre, le relazioni che si instaurano sono fragili, e legate solamente alla vita virtuale. Per un adolescente che sia più sensibile alle critiche rispetto ai suoi coetanei, internet può rappresentare una fuga dalla realtà, che può portare a un isolamento più rapido e più profondo, poiché dona una sensazione di piacere e appagamento nella realtà virtuale, oppure può essere un’altra via tramite la quale l’adolescente viene confrontato con il successo degli altri e con il relativo sentimento di inferiorità e insuccesso. È innegabile che ormai la tecnologia sia diffusa ovunque e accessibile a tutti, ma se questo sia un bene o un male sta a come essa viene impiegata.

LB: Quello che è peccato è che questa situazione la creiamo da soli...

MM: È vero, la creiamo noi, creiamo insicurezza. Le notizie vengono rimbalzate e ripetute ovunque, sempre la stessa notizia, e più vengono rimbalzate più aumenta il senso d’insicurezza. In più c’è un altro rischio: quello di creare il fenomeno di emulazione: le persone prendono esempio da ciò che vedono e lo imitano. Quelli che erano nati come metodi di comunicazione e informazione sono in realtà diventati devianti.

Questo ultimo tema, quello della devianza dei mezzi di comunicazione e informazione apre una serie di interessanti scenari da analizzare: la rapidità dell’informazione come veicolo dell’ansia tramite l’insicurezza e l’ansia collegata alle nuove tecnologie sono argomenti interessanti. Non ne parlerò qua in quanto escono dalla traccia del mio lavoro, ma un approfondimento futuro non è da escludere.

2. La Liebowitz Social Phobia Scale (LSPS)

Le indicazioni seguenti e il test stesso sono tratti dal volume di Luciano Conti (2000) *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*.

Autore: Michael Liebowitz, 1987

Descrizione e particolarità d'impiego: la LSPS è probabilmente la scala di etero-valutazione per la fobia sociale che abbraccia in maniera più completa le difficoltà sociali e prestazionali che il disturbo comporta. È composta da 24 *item*: 13 esplorano l'ansia prestazionale o di performance e i rimanenti 11 l'ansia sociale. Per ogni *item* vengono poi valutate, separatamente, l'ansia e la paura legate a ciascuna situazione descritta ed il grado di evitamento. Si ottengono perciò 4 tipi diversi di valutazione:

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

La scala si è dimostrata sensibile alle modificazioni indotte dal trattamento ed è stata utilmente impiegata anche nelle situazioni fobiche simulate (naturalmente all'insaputa del paziente).

Periodo valutato: il periodo di riferimento è in funzione dell'impiego che ne viene fatto; può essere la vita intera nel caso che la scala venga usata come strumento di *screening* (Il termine è utilizzato in medicina per indicare una serie di indagini diagnostiche utilizzate per identificare una malattia in una popolazione con un rischio medio di malattia), o l'intervallo fra una valutazione e l'altra in caso di valutazione degli effetti di un trattamento. In questo caso, farò compilare il test riferendosi a tutta la vita, considerando che verrà sottoposto a ragazzi giovani, e che non sto intraprendendo una terapia con nessuno di loro.

Indicazioni: la scala è indicata per la valutazione di soggetti di ogni età affetti da fobia sociale.

Struttura: la scala è composta da 24 *item* che valutano 13 l'area prestazionale (1-4,8, 9, 13, 14, 16, 17, 20, 21) e 11 l'area sociale (5, 7, 10-12, 15, 18, 19, 22-24). Di ogni *item* l'esaminatore deve valutare il grado sia di ansia/paura, sia di evitamento che la situazione descritta provoca.

Punteggio: la valutazione della paura/ansia e dell'evitamento è effettuata su una scala a 4 punti. Per la paura/ansia, 0 corrisponde a "nessuna" e 3 a "grave"; per l'evitamento, 0 corrisponde a "mai", 1 a "qualche volta" (10%), 2 a "spesso (33-66%)" e 3 a "sempre o quasi sempre (67-100%)". Il range di punteggio può essere così definito:

- Paura-ansia prestazionale: 0-42
- Evitamento della prestazione: 0-42
 - Totale ansia prestazionale: 0-84
- Paura-ansia sociale: 0-33
- Evitamento sociale: 0-33
 - Totale ansia sociale: 0-66
- Punteggio totale: 0-150

Valutazione:

- 55-65: Fobia sociale moderata
- 65-80: Fobia sociale marcata
- 80-95: Fobia sociale severa
- Greater than 95: Fobia sociale molto severa

Affidabilità e validità: la scala si è dimostrata sensibile ai cambiamenti indotti dal trattamento nei soggetti con fobia sociale.

Traduzione: Luciano Conti per questo repertorio.

Codice d'identificazione della RS: #530

Bibliografia: Liebowitz MR. *Social phobia*. Mod Probl Pharmacopsychiat, 22:141, 1987.

Data di nascita: Sesso: Ragazza Ragazzo Scuola frequentata.....

Questo test è da compilare in forma anonima, e non ha nessun valore per definire una diagnosi psicologica, è puramente di ricerca per il mio lavoro di maturità. Ti prego di rispondere alle domande il più sinceramente possibile, pensando a come hai reagito nelle diverse situazioni, in un lasso di tempo di un anno a questa parte. Ti ringrazio per il tempo e per le risposte!

Istruzioni di compilazione:

per ogni item, valutare il grado di paura/ansia e di evitamento, riportando nell'apposita casella il numero corrispondente, secondo le scale seguenti:

Paura/Ansia: 0= Nessuna

Evitamento: 0= Mai

1= Lieve

1= Qualche volta (10%)

2= Moderata

2= Spesso (33-66%)

3= Grave

3= Sempre (67-100%)

	PAURA/ANSIA	EVITAMENTO
1. TELEFONARE IN PUBBLICO		
2. PARTECIPARE A PICCOLI GRUPPI		
3. MANGIARE IN LUOGHI PUBBLICI		
4. BERE INSIEME CON ALTRI IN LUOGHI PUBBLICI		
5. PARLARE CON PERSONE IN POSIZIONE DI AUTORITÀ		
6. RECITARE, ESIBIRSI O FARE UN DISCORSO IN PUBBLICO		
7. ANDARE A UNA FESTA		
8. LAVORARE MENTRE SI È OSSERVATI		
9. SCRIVERE MENTRE SI È OSSERVATI		
10. CHIAMARE AL TELEFONO QUALCUNO CHE NON SI CONOSCE MOLTO BENE		
11. PARLARE CON PERSONE CHE NON SI CONOSCONO MOLTO BENE		
12. INCONTRARSI CON ESTRANEI		
13. URINARE IN UN GABINETTO PUBBLICO		
14. ENTRARE IN UNA STANZA MENTRE GLI ALTRI SONO GIÀ SEDUTI		
15. ESSERE AL CENTRO DELL'ATTENZIONE		
16. PRENDERE LA PAROLA IN UNA RIUNIONE		
17. SOTTOPORSI AD UN TEST		

18. ESPRIMERE DISACCORDO O DISAPPROVAZIONE A PERSONE CHE NON SI CONOSCONO MOLTO BENE		
19. GUARDARE NEGLI OCCHI UNA PERSONA CHE NON SI CONOSCE MOLTO BENE		
20. TENERE UNA RELAZIONE DI FRONTE A UN GRUPPO		
21. CERCARE DI CONOSCERE QUALCUNO		
22. RESTITUIRE LA MERCE AD UN NEGOZIO		
23. DARE UNA FESTA		
24. RESISTERE A UN VENDITORE INVADENTE		

Sei mai andata/andato, o andresti mai da uno specialista (psicologo, o comunque un dottore) se pensassi di soffrire di un qualunque disturbo d'ansia? SÌ NO

3. Metodologia raccolta dati

Il test è stato sottoposto a allievi di una classe di quarta del Liceo di Mendrisio, una classe di quarta della scuola cantonale di commercio (SCC) di Bellinzona, e una classe quarta di apprendisti elettricisti della Scuola Professionale Artigianale Industriale (SPAI) di Mendrisio, oltre ad alcuni volontari. Per ottenere il permesso di presentare il test agli allievi ho dovuto scrivere alle diverse direzioni delle scuole, spiegando brevemente di cosa mi occupavo nel mio lavoro e allegando una copia del test. Tutte le direzioni si sono rivelate molto disponibili e collaborative, e in poco tempo ho potuto presentare il test alle diverse classi, rispondendo alle domande e facendolo compilare agli allievi. A tutte le persone implicate nel test è stato fatto notare che non possiedo una preparazione psicologica e medica necessaria per fornire una diagnosi accurata e dunque non potevo diagnosticare un problema di fobia sociale, in quanto il test non è stato utilizzato all'interno di una terapia. In totale ho raccolto 69 questionari, in caso di dubbi, chiarimenti o curiosità li metterò volentieri a disposizione.

4. Interpretazione dati raccolti tramite i questionari

Ora che abbiamo tutte le informazioni necessarie per comprendere cosa siano l'adolescenza e la fobia sociale, possiamo interpretare i dati raccolti tramite i questionari sottoposti alle diverse scuole. È importante ricordare che le interpretazioni non sono applicabili a tutti i ragazzi e tutte le ragazze: ognuno è differente dagli altri e unico nel suo modo di pensare, agire e atteggiarsi ai problemi. I comportamenti di "ragazzi e ragazze" saranno dunque generalizzati in base a comportamenti più o meno comuni, ma esistono sempre eccezioni. La seguente tabella illustra brevemente i dati raccolti:

Sesso	Ragazzi	Ragazze
Totale di persone sottoposte al questionario	28 (41%)	41 (59%)
Nessuna fobia sociale riscontrata	23 (82%)	24 (58%)
Riscontrata moderata fobia sociale	2 (7%). Nessuno dei due chiederebbe-ha chiesto aiuto.	11 (27%) 7 chiederebbero-hanno chiesto aiuto, 4 no.
Riscontrata marcata fobia sociale	3 (11%) 2 chiederebbero-hanno chiesto aiuto, 1 no.	2 (5%) Entrambe chiederebbero-hanno chiesto aiuto.
Riscontrata severa fobia sociale	0	4 (10%) Tutte e 4 chiederebbero-hanno chiesto aiuto.

Riscontrata fobia sociale molto severa	0	0
In totale, chiederebbero-hanno chiesto un aiuto	12 (43%)	28 (68%)
In totale, non chiederebbero-hanno chiesto un aiuto	16 (57%)	13 (32%)

Prima di tutto è da specificare che l'età dei ragazzi e delle ragazze sottoposte ai questionari varia dai 17 ai 20 anni circa, essendo tutte classi all'ultimo anno della scuola frequentata. Essi si trovano dunque a uno stadio intermedio-finale della seconda adolescenza: il disturbo di fobia sociale, se si presenterà, dovrebbe comparire proprio in quest'età.

Possiamo notare che, se il totale dei ragazzi corrisponde al 41% e quello delle ragazze al 59%, 5 ragazzi, cioè il 18% (non sul totale, ma sul numero di ragazzi), soffrono di fobia sociale in modo più o meno marcato. Nelle ragazze invece, 17, cioè il 41% soffrono di un problema di fobia sociale in maniera più o meno importante. Questo conferma ciò che aveva previsto il Dottor Michele Mattia: le ragazze soffrono il doppio rispetto ai ragazzi di questo disturbo, o almeno, tramite il questionario possiamo vedere che il doppio delle ragazze rispetto ai ragazzi soffrono nelle situazioni presentate in esso.

Cosa possiamo dedurre da questi dati? Prima di tutto, prendo in considerazione la mia idea che la fobia sociale sia moderatamente diffusa negli adolescenti, ma che questi non lo sappiano o non chiedano aiuto. È importante considerare che la maggior parte dei questionari li ho sottoposti a studenti che frequentano scuole superiori, che, anche se professionali come la SPAI, non sono scuole dell'obbligo, ma scuole che l'adolescente sceglie liberamente di frequentare. Nel capitolo 3.6. abbiamo visto che la maggior parte di persone che soffrono in modo grave di fobia sociale invece abbandonano il prima possibile la scuola, per timore di dover compiere delle esposizioni davanti agli altri, e di essere costantemente giudicati. Potremmo quindi ipotizzare che la maggior parte di casi di fobia sociale si incontreranno negli allievi che frequentano la scuola professionale SPAI o la scuola semiprofessionale SCC (alla fine di questo percorso scolastico gli allievi ricevono due maturità, che permettono di continuare gli studi in ambito universitario ma anche di poter cominciare a lavorare attivamente) in quanto esse preparano al mondo del lavoro e non presuppongono una carriera universitaria, che per un sociofobico sarebbe insostenibile. A conferma di questa teoria, i risultati ottenuti mostrano che sui 4 ragazzi che mostrano segni di fobia sociale, 3 frequentano la SPAI, e 1 la SCC. Questo conferma ciò che viene trattato nei capitoli precedenti: un ragazzo che soffre di fobia sociale tenderà a non continuare gli studi a un livello superiore, ma

piuttosto intraprenderà un apprendistato o, appunto, una scuola professionale. Purtroppo gli allievi della scuola professionale erano tutti maschi, dunque non posso fare un confronto come questo anche per le ragazze, ma prendiamo comunque in esame i dati ottenuti dalle loro risposte. Nel liceo di Mendrisio sono state sottoposte al test 31 persone, di cui 25 ragazze, dunque l'81% degli intervistati nel Liceo erano ragazze. Di questo 81%, 10 ragazze presentano i sintomi della fobia sociale, dunque il 40% delle liceali soffre di problemi di fobia sociale. Alla SCC invece ho sottoposto il questionario a 18 persone, fra cui 13 ragazze, che rappresentano il 72% della classe. Di queste il 46% presenta i sintomi della fobia sociale. La diciottesima ragazza frequenta invece l'università. Questi dati confermano ancor una volta la teoria: riscontriamo più ragazze che provano ansia in situazioni di giudizio pubblico nella scuola semi-professionale piuttosto che nel liceo. La ragazza che invece frequenta l'università nonostante il problema di fobia sociale è un'eccezione: potrebbe darsi che stia seguendo una terapia di cura, o che voglia dimostrare a se stessa che può intraprendere il percorso scolastico che le interessa, nonostante questo significhi esporsi a diverse situazioni di imbarazzo e disagio.

Nel caso dei ragazzi vediamo che solamente un terzo circa di essi soffre di un disturbo di fobia sociale, e i 5 ragazzi che ne soffrono mostrano una fobia sociale leggera o moderata. Importante da notare è però che tutti tranne uno non hanno chiesto o chiederebbero aiuto. Possiamo imputare questo fatto al motivo che i ragazzi, soprattutto in adolescenza, debbano mostrare il loro ruolo da maschio intraprendente, che prende l'iniziativa, che sa vivere in modo indipendente e allo stesso tempo sa guidare un gruppo. Un ragazzo che non si trova a proprio agio quando sta con gli altri probabilmente metterà in atto, consciamente o inconsciamente, una strategia che potrebbe portare alla fobia sociale compensata o all'abuso di sostanze: il ragazzo potrebbe cominciare a recitare il ruolo di leader, eventualmente aiutato dall'alcol o da altre sostanze psicoattive. Visto che socialmente è più accettato un uomo che consuma alcolici o sostanze rispetto a una donna, il suo comportamento non verrebbe interpretato come il sintomo di un disturbo, ma come un atteggiamento normale, o trasgressivo. Il ragazzo verrebbe così etichettato in maniera completamente differente da quello che è veramente, e il giudizio degli altri compirebbe su di lui un processo di autoconvincimento, nascondendo il problema, che potrebbe rimanere latente e ripresentarsi solo in seguito, in maniera più marcata.

Se invece prendiamo in esame le risposte ottenute dalle ragazze, noteremo che sono molto diversi rispetto a quelli dei ragazzi. Prima di tutto, quasi la metà delle ragazze soffre di un problema di ansia sociale, che sia più o meno marcato. Inoltre, quasi tutte le ragazze che presentano un moderato problema e tutte quelle che invece presentano sintomi marcati e severi hanno chiesto o chiederebbero aiuto a uno specialista.

Come mai le ragazze sembrano più propense a chiedere aiuto in caso di un disturbo ansioso? Personalmente, credo che sia da imputare al ruolo sociale che viene attribuito ai ragazzi e alle ragazze sin dalla tenera età. Alle

ragazze viene insegnato che possono e devono liberamente parlare dei propri problemi e che risultare fragile non è un difetto. Se una bambina o una ragazza scoppia a piangere in pubblico verrà premurosamente consolata e il fatto non sarà ritenuto troppo insolito. Ai bambini e ai ragazzi invece viene insegnato che sono uomini, devono apparire come forti e dominanti, con il pieno controllo della situazione e in grado di risolvere da soli i propri problemi. Infatti è molto raro e inconsueto che un ragazzo pianga in pubblico, o che mostri i suoi sentimenti, le sue paure e i suoi pensieri agli amici e ai conoscenti.

Inoltre, grazie all'esperienza personale, alla lettura di libri e all'interrogazione diretta di diversi ragazzi e ragazze è risultato un approccio diverso ai problemi. Se un ragazzo ha un problema ne parla con amici e conoscenti principalmente per sfogarsi e esporre il proprio punto di vista, ma tiene molto alla sua indipendenza e libertà di agire come meglio preferisce, senza curarsi troppo dell'idea che gli altri si faranno di lui. Una ragazza invece si comporta in maniera diversa: quando parla con un'amica vuole esporre il suo punto di vista, ma vuole anche essere compresa e aiutata, i consigli delle amiche e degli amici influenzeranno molto il suo comportamento. Questo perché ricerca più sicurezza e vuole comportarsi in modo da non essere esclusa dal gruppo, quindi si adatterà ai comportamenti degli altri e, quasi inconsciamente, li farà propri.

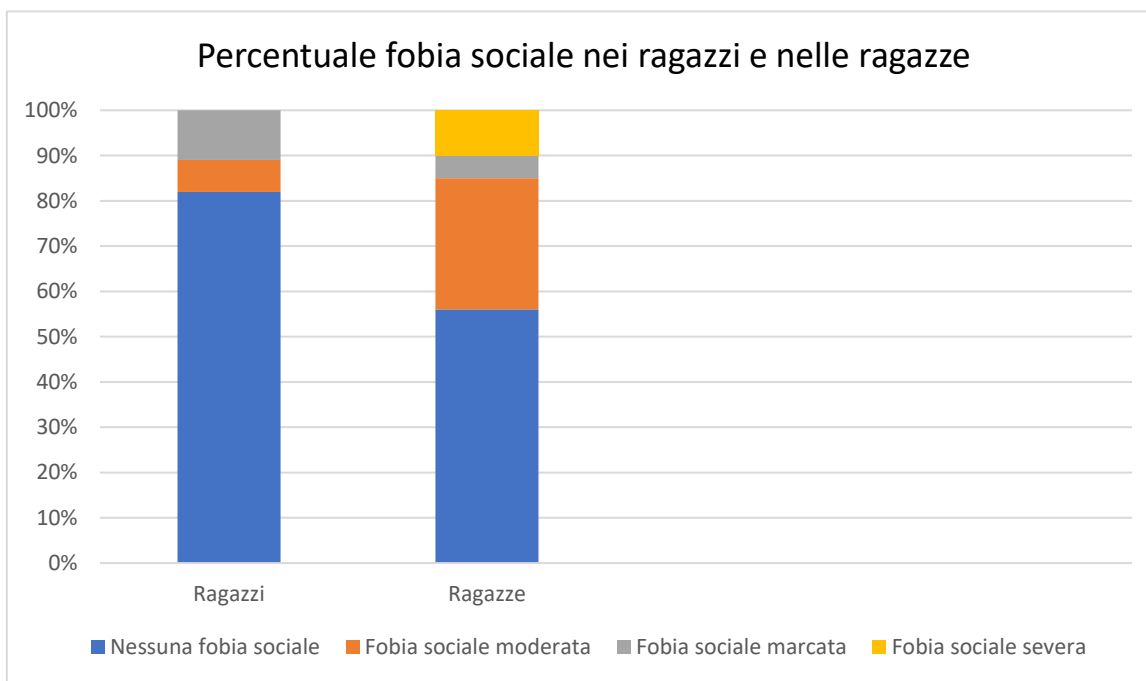


Fig. 1. - Il grafico rappresenta visivamente le percentuali di ragazzi e ragazze che presentano problemi di fobia sociale. Come si può notare bene, i ragazzi che non presentano nessun problema di fobia sociale sono quasi il doppio delle ragazze. Comunque la fobia sociale anche nelle ragazze non raggiunge livelli esorbitanti (meno della metà ne soffre), e sono più le ragazze che soffrono di una moderata fobia sociale piuttosto che marcata o severa.

C – PARTE CONCLUSIVA

1. Conclusioni

Durante questo lavoro è stato chiarito il concetto di fobia sociale come disturbo complesso, difficile da riconoscere e accettare, sia dalla persona stessa che dai propri famigliari e amici intimi, possibilmente debilitante. Esso porta la persona o ad allontanarsi dalla società sperimentando l'isolamento, o a cercare di integrarsi in essa tramite il consumo di sostanze gruppali e disinibitorie come l'alcol o la marijuana, o a sviluppare una fobia sociale compensata, dunque mascherare la fobia sociale tramite atteggiamenti che lo contraddistinguono come una persona totalmente diversa da quella che egli è realmente. Così facendo cercherà di nascondere la propria vera natura per essere apprezzato e accettato dagli altri, e questo porterà a non riuscire a instaurare rapporti reali. Un sociofobico non riesce a instaurare relazioni soddisfacenti con gli estranei, soprattutto se del sesso opposto, e questo provoca un calo dell'autostima e una qualità di vita inferiore alle reali aspettative e capacità della persona. Una credenza largamente diffusa ma falsa è quella che la fobia sociale sia curabile grazie alla propria forza di volontà; il fatto che le persone che ne soffrono vengano spronate e convinte che possano guarire da sole le convince maggiormente di essere problematiche, visto che non riescono a superare con le proprie forze questo problema. Come visto, non è possibile guarire da soli ma è necessario un intervento di uno specialista che riesca a comprendere i pensieri distorti celati dietro l'ansia sociale per riuscire a correggerli.

La fobia sociale si presenta più frequentemente durante l'adolescenza, visto che quest'età è caratterizzata da profondi cambiamenti fisici e mentali, che richiedono e impongono la costruzione della propria identità. Diversi fattori possono influenzare la comparsa della fobia sociale in un adolescente: la paura di non riuscire a integrarsi nel gruppo di amici, che durante quest'età ricopre un ruolo centrale e fondamentale nello sviluppo della personalità; l'educazione e gli atteggiamenti trasmessi dai genitori; la pressione sociale che impone lo sviluppo di una personalità e un comportamento adatti al mondo adulto. L'insieme di questi fattori, uniti all'instabilità emotiva tipica dell'adolescenza, possono portare un giovane a sviluppare un disturbo sociofobico.

Riprendiamo ora la teoria iniziale: ipotizzava che la fobia sociale sia un disturbo parecchio diffuso nella popolazione, e in particolar modo nella fascia giovanile, soprattutto nelle ragazze, e che le persone che ne soffrono non abbiano chiesto un aiuto medico o non ne chiederebbero uno in caso di un qualsiasi disturbo d'ansia.

Dopo aver analizzato i dati raccolti dai 69 ragazzi e ragazze che hanno partecipato al questionario, posso dire che ritengo in parte confermata la mia ipotesi. È effettivamente emerso che il doppio delle ragazze rispetto ai ragazzi presenta degli stadi d'ansia nelle situazioni prese in esame grazie alla scala di valutazione dell'ansia del professor Liebowitz, e esse vengono dunque considerate come sociofobiche a livelli più o meno intensi. Anche un terzo dei

ragazzi risulta soffrire di fobia sociale in determinate situazioni, e fino a qui la mia ipotesi viene confermata. Prendiamo in esame la seconda parte dell'ipotesi: la maggior parte delle persone non chiederebbe o non ha mai chiesto aiuto a causa di un disturbo ansioso. Questo viene confermato per i ragazzi, i quali non sembrano propensi a cercare aiuto per risolvere i propri problemi, mentre viene in parte smentito se consideriamo le risposte date dalle ragazze: infatti, quasi tutte quelle che presentano un disturbo sociofobico, e comunque tutte quelle che ne presentano uno marcato o severo hanno chiesto o chiederebbero aiuto a uno specialista.

I libri letti, l'intervista e i test confermano inoltre l'ipotesi che questo disturbo si sia sviluppato notevolmente negli anni, crescendo esponenzialmente negli ultimi tempi, per arrivare a un valore attuale fra il 3 e il 13% di popolazione mondiale che soffre di fobia sociale. Questo è dovuto a diversi fattori, ma i più incisivi sono il cambiamento della società e del ruolo richiesto ad ognuno e la modifica del sistema familiare di crescita dei figli. Nel primo caso, la società si è sviluppata in modo da richiedere e pretendere il massimo impegno e il massimo rendimento da ciascuno. Essere considerati come apprezzabili e gradevoli all'interno della società è indispensabile per riuscire a raggiungere il successo e la soddisfazione personale. Inoltre, l'espansione delle comunicazioni virtuali ha creato un mondo interconnesso, dove chiunque è simultaneamente informato di ciò che succede, e si è creata una vera e propria società virtuale, che funziona come quella reale: la persona deve essere accettata, integrata in un gruppo. La seconda causa invece riguarda l'ambiente familiare: come trattato nel capitolo 2.6., si è passati dalla famiglia dei valori, che educa i figli trasmettendo i valori comuni, indirizzandoli verso una vita prestabilita, alla famiglia affettiva, che cresce e educa i propri figli spingendoli a sviluppare la propria personalità e a fare tutte le esperienze che li occorrono, senza punirli troppo duramente in caso di insuccesso. Questi fattori portano i bambini ad arrivare nel periodo dell'adolescenza consci del fatto che dovranno diventare adulti responsabili e utili alla società, ma senza aver mai sperimentato l'insuccesso sulla propria pelle. Dunque, quando si troveranno confrontati con persone a cui non piacciono, o con un fallimento, ne verranno colpiti in modo molto violento e distruttivo, che potrebbe portare al conseguente allontanamento e isolamento per evitare future ipotetiche delusioni. Inoltre l'insicurezza di non riuscire a diventare una persona di successo stimata e rispettata dagli altri può portare a sviluppare più facilmente un disturbo di fobia sociale: l'adolescente è costantemente conscio del fatto che il giudizio degli altri sia importante per definire il suo ruolo sociale, e non vuole dare un'impressione sbagliata di sé e nemmeno mostrare i sintomi della propria ansia, che lo farebbero sembrare inadeguato. Questo può portare a diverse conseguenze: nel primo caso, il ragazzo riesce a gestire la propria ansia e essa si lega solamente a momenti dove è necessaria e utile. Nel secondo caso l'ansia occupa un ruolo centrale nella vita dell'adolescente, che si concentrerà solo su di essa e su come egli si presenta al mondo, rendendo la vita difficile e piena di insicurezze.

Per concludere, voglio ricordare come convivere, riconoscere e affrontare la fobia sociale sia difficile. Essa è un disturbo caratteristico dei giorni nostri, ed è dunque molto probabile che tutti i giorni abbiamo a che fare con sociofobici consapevoli o meno. Questo disturbo colpisce in modo preoccupante l'autostima di una persona e mette in serio dubbio le sue prospettive di vita, dunque è importante prestare attenzione ai comportamenti delle persone che ci stanno attorno con un atteggiamento non giudicante, ma di disponibile apertura e comprensione.

2. Bilancio

Ho trovato questo lavoro molto interessante, e ritengo di essermi preparata per tempo per lo svolgimento dei questionari e dell'intervista. Se dovessi apportare delle modifiche al mio metodo di lavoro, cambierei l'area nella quale sono stati sottoposti i test: nonostante abbia potuto valutare tre scuole differenti, fra cui due licei e una scuola professionale, come visto, spesso i sociofobici terminano il prima possibile la loro carriera scolastica, perché troppo limitati dall'ansia. Sarebbe dunque stato interessante prendere in considerazione anche dei ragazzi che lavoravano già, dopo aver abbandonato la carriera scolastica alla fine delle scuole medie. Questo sarebbe stato più complicato da organizzare, visto che avrei dovuto cercare diversi datori di lavoro, chiedere se impiegassero adolescenti dell'età considerata e poi sottoporli al test, tenendo anche conto che in un singolo impiego ci sono meno ragazzi che in una classe. Nonostante ciò, mi ritengo soddisfatta, in quanto il lavoro mi ha interessata, mi ha permesso di acquisire nuove conoscenze utili anche a livello personale, ed è stato stimolante e utile incontrare tanti ragazzi e ragazze di scuole differenti. Essi si sono dimostrati molto interessati e disponibili e questo mi ha fatto molto piacere. Anche l'intervista con il Dottor Michele Mattia è stata particolarmente proficua, e il Dottore si è rivelato una persona molto comprensiva e disponibile. Il lavoro è risultato abbastanza lungo, ma questo lo attribuisco al fatto che l'intervista con i relativi commenti, che si riferiscono ai temi trattati nella parte teorica, sia stata inserita in esso e non come allegato.

3. Bibliografia

Aliprandi, M., E. Pelanda e T. Senise. 1990. *Psicoterapia breve di individuazione. La metodologia di Tommaso Senise nella consultazione con l'adolescente*. Milano: Feltrinelli.

American Psychiatric Association. 2013. *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina.

Andreoli, Vittorino. 2004. *Lettera a un adolescente*. Milano: Rizzoli.

Borgna, Eugenio. 1997. *Le figure dell'ansia*. Milano: Feltrinelli.

Conti, Luciano. 2000. *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*. Volume 2. Firenze: SEE.

Davidson, J.R.T., S.M Ford, R.D Smith and N.L.S. Potts. 1991. "Long-Term Treatment of Social Phobia with Clonazepam". *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 16-20.

Dell'Erba, G.L., M. A. Carati, S. Greco e M. Muya. 2009. *La sindrome ansiosa*. Milano: Franco Angeli. Capitolo 3 *i disturbi d'ansia*, 30-33

Dolto, Françoise. 1995. *I problemi degli adolescenti*. Milano: TEA.

Giusti E., C. Montanari e A. Iannazzo. 2004. *Psicoterapie integrate*. Milano: Masson.

Jacobson, Edith. 1954. *Il mondo di sé e il mondo oggettuale*. Firenze: Giunti.

Kramer, Peter. 1994. *La pillola della felicità*. Firenze: Sansoni.

Marcelli, D. e A. Bracconier Alain. 2006. *Adolescenza e psicopatologia*. Milano: Elsevier. Capitolo 8, *stati ansiosi e nevrosi, critica dei concetti*, 211-212

Marshall, John R. 1994. *La paura degli altri*. Milano, TEA.

Montano, Antonella, R. Rubbino e F. Salvaguardia. Senza data. *I disturbi d'ansia in età evolutiva*.

Opuscolo senza data: Istituto Beck.

<http://www.istitutobeck.com/public/images/websiteimg/opuscoli/IB-ansia-in-eta-evolutiva.pdf>
(settembre 2016)

Organizzazione Mondiale della Sanità. 1992. *ICD-10, decima revisione della Classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*. Milano: Masson.

Paganelli, Roberto. 2013. *Ansia: come affrontarla, come curarla*. Roma: Armando. Capitolo 3, *fobia sociale o disturbo d'ansia sociale (DAS)*, 79-87

Palmonari, Augusto. 1997. *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino.

Petter, Guido. 1990. *Psicologia e scuola dell'adolescente*. Firenze: Giunti.

Pietropolli Charmet, Gustavo. 2000. *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida*. Milano: Raffaello Cortina.

Tonolo, Giorgio. 1999. *Adolescenza e identità*. Bologna: Il Mulino.

Turner, S.M., D.C. Beidel, C.V. Dancu and D.J. Keys. 1986. "Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder". *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389-394.

Zani, Bruna. 1997. *Adolescenza: bisogni soggettivi*. Cesena: Il Ponte Vecchio.