

Caso clinico di Timoteo: disturbo da ansia sociale

Dr. Luca D'Errico¹

¹Psiconcologia dell'Ospedale San Giuseppe Moscati di Taranto
Unità operativa di Psicologia Clinica Ospedaliera del DSM dell'ASL Ta\1

Riassunto

Il presente lavoro è un estratto dettagliato e sistematico di una intera psicoterapia cognitivo comportamentale, della durata di otto mesi, di un paziente con diagnosi principale di disturbo d'ansia sociale.

Lo scritto descrive il razionale che ha indotto il terapeuta a scegliere il tipo di intervento più appropriato al disagio presentato e alla fase terapeutica. Inoltre sono inclusi numerosi estratti dal colloquio clinico con le espressioni del paziente mentre descrive il suo disagio e gli strumenti utilizzati per raggiungere una maggiore compenso psicologico. La terapia ha portato ad una riduzione dell'ansietà di stato ed al superamento di numerosi evitamenti che compromettevano fortemente la qualità della vita del paziente.

Summary

This work is a detailed and systematic extract of a whole Cognitive Behavioral Psychotherapy (CBT), lasting eight months, of a patient with primary diagnosis of social anxiety disorder. The script describes the rationale that led the therapist to choose the most appropriate intervention in relation to the disease presented and the therapeutic phase. Moreover, in the work are included numerous excerpts from the clinical interview with the patient expressions describing his discomfort and the tools used to achieve a better psychological compensation. The therapy has led to a reduction of state anxiety and to the overcome of many avoidances that have undermined the quality of life of the patient.

Presentazione del paziente²

Timoteo ha 28aa. Nel 2000 ha conseguito il diploma e sebbene i suoi voti abbiano sempre rasentato la sufficienza, non riferisce problemi di profitto né disciplinari, ma unicamente di aver fatto molte assenze da scuola in particolar modo durante l'ultimo anno. Svolge da cinque anni, senza difficoltà, l'attività di operaio. Timoteo è celibe e figlio unico, vive con la famiglia d'origine, ossia con il padre (55 aa, in pensione) e con la madre (53 aa, casalinga). Da cinque anni è fidanzato con Carla, coetanea, seguita in terapia alcuni anni fa da un collega per disturbo depressivo, con la quale afferma di vivere una relazione

²Sono state omesse o alterate tutte le informazioni che avrebbero potuto rendere identificabile il paziente

serena. Pratica sport a livello amatoriale, sebbene lo abbia a lungo praticato con la finalità agonistica, a livello locale. L'anamnesi medica del paziente indica buona salute, fatta eccezione per la colite. Non assume alcuna terapia farmacologica e non ha mai fatto psicoterapia.

Definizione del problema secondo il paziente: sintomatologia dichiarata

Trascrizione delle parole del paziente:

“Il problema è che quando devo fare delle cose nuove mi viene l'ansia.. Se devo partire, se devo fare qualcosa di nuovo, se mi sento osservato, se sono al centro di tutte le attenzioni, mi sento giudicato. Pensa, prima non andavo a mangiare dai suoceri! Appena mi mettevano il piatto davanti iniziavo a stare male. Credevo che dovevo mangiare per forza. Perché mi osservavano se mangiavo o meno, mi dicevano “mangia!”, “perché non mangi?” e mi vergognavo. Se devo andare a casa di estranei a mangiare dico sempre di no e cerco di evitare. Mi succede anche con i miei parenti, se devo andare da quelli che non frequento molto, mi succede la stessa cosa. Anche se devo partire, mezz'ora prima sto male. Domenica dovevo andare a fare lo scrutatore e sono stato male al mattino. Alla fine mi sento costretto ad abbandonare se non c'è qualcuno che mi spinge o che mi porta, se no devo abbandonare”. “Poi c'è un altro grande problema, quando devo viaggiare ho molta ansia perché potrei aver bisogno di andare in bagno, anche perché sento lo stimolo, e potrebbe non esserci il bagno se sto in autobus. Oppure penso la stessa cosa se devo andare in un qualsiasi locale per mangiare, mi assicuro che ci sia il bagno e che posso raggiungerlo facilmente. Questa faccenda del bagno è seria. Non vado più in giro ed è iniziato tutto dalle superiori”.

Negli ultimi tempi Timoteo ha ridotto e poi abbandonato il calcio agonistico e amatoriale a causa dei problemi d'ansia (non tirava più in porta per paura di sbagliare e di essere criticato). Anche andare in pizzeria è diventato un problema perché teme di dover correre in bagno e nel far ciò, dare nell'occhio ed essere preso in giro dagli altri.

Anamnesi familiare e individuale e storia della sofferenza

Timoteo nasce e cresce in un piccolo centro rurale, in cui conosce ed è conosciuto da tutti. Questo dato è rilevante per comprendere l'importanza data alla reputazione da parte dei suoi familiari e da lui stesso. I suoi genitori narrano che sin da piccolo è introverso e silenzioso e questa sua modalità era rinforzata dagli apprezzamenti dei suoi cari. Vive un'infanzia serena e si lega molto ai suoi genitori. Sin da piccolo la mamma gli ha concesso la possibilità di scegliere il pasto che più gradiva, permettendogli di scartare i cibi che non apprezzava. La mamma è una donna forte che qualche volta per strada in presenza di estranei e conoscenti, ha commentato i problemi scolastici di Timoteo, facendolo vergognare. Il padre è un uomo con opinioni dominanti. Quando lui afferma qualcosa, il paziente la esegue anche se è di parere differente. Agli affollatissimi pranzi familiari, il padre esordiva sempre lamentandosi a voce alta dello scarso profitto

scolastico del figlio. Timoteo diventava rosso in volto, imparando ad associare il rossore all'essere difettuale o colpevole.

Cinque anni fa è stata diagnosticata al padre una malattia ematologica attualmente non in progressione clinica. L'evento è stato affrontato da Timoteo con segreto patimento. Non ha manifestato ai familiari sofferenza per due ragioni: non ha compreso a fondo la malattia paterna e poi non è mai riuscito ad esprimere i suoi sentimenti al padre perché il genitore è un uomo piuttosto fattivo, concreto e pratico che non ha concesso molto all'espressione dei sentimenti.

La prima separazione dalla mamma avviene con la scuola materna. Il primo giorno di scuola è vissuto in modo drammatico con pronto rientro a casa. Crescendo prende l'abitudine di chiamare casa a mezzogiorno per farsi venire a prendere e mangiare a casa con i suoi, visto che altrimenti avrebbe dovuto pranzare a scuola. Quando si sentiva a disagio a scuola, la madre lo andava subito a prendere. Dopo un po' la mamma ha deciso di non prenderlo più perché giudicava esagerato e strategico il comportamento del figlio. Così il padre ha iniziato ad occuparsi di prelevare il figlio dalla classe, invece di concordare con la moglie sul metodo più corretto per affrontare il problema.

In classe Timoteo era silenzioso e non faceva domande ai maestri o professori, perché pensava che potessero rispondergli che quanto detto da lui fosse una sciocchezza. I problemi con l'ansietà si protraggono, sebbene non in modo grave, anche all'ultimo anno delle superiori, momento in cui Timoteo manifesta difficoltà a mantenere la frequenza scolastica a seguito di un episodio accaduto in classe:

“All'ultimo anno delle scuole superiori mi è successo parecchie volte di provare ansia anche quando andavo a scuola però non era un'ansia grave come quella di oggi. Magari non andavo a scuola perché dovevo andare in bagno e non mi mandavano in bagno e poi se avevo queste cose qui mi veniva di andare in bagno. Alle scuole superiori, all'ultimo anno, (17 anni) avevo un compagno di banco sempre agitato che chiedeva di andare sempre in bagno per motivi suoi e ad un certo punto i docenti hanno deciso per punizione, ingiustamente, di non mandare più entrambi. Non andavo più a scuola perché se avevo bisogno del bagno non potevo andare, non mi mandavano e allora non ci andavo più a scuola. Se stavo male, anche poco, chiamavo a casa e mi facevo venire a prendere”. E loro venivano.

Attualmente il disagio di Timoteo è caratterizzato da riduzione delle attività sociali, ridotta iniziativa per timore di provare ansia e evitamento di numerose situazioni ansiogene. Ha rimandato a causa dell'ansietà, per 15 anni l'intervento per varicocele ed è ora che lo esegua. Uno dei motivi della consultazione è certamente quello di essere spaventato da questo intervento che oramai è indispensabile. Tra i disagi che il paziente riferisce c'è quello di vergognarsi di chiedere il prezzo degli oggetti nei negozi per paura del giudizio ed inoltre la difficoltà a dire di no alle commesse, quando gli presentano un capo che a lui non piace, tanto da acquistarlo pur non desiderandolo. Afferma inoltre di avere difficoltà a comunicare quanto sente e condividere i suoi pensieri: “non riesco a dire quello che penso”.

Diagnosi DSM IV TR:

| | |
|----------|---|
| ASSE I | - Ansia sociale - Episodio di attacco di panico con agorafobia |
| ASSE II | Tratti dipendenti di personalità |
| ASSE III | Colite |
| ASSE IV | ----- |
| ASSE V | VGF= 61 (INIZIO TRATTAMENTO) VGF= 80 (FINE TRATTAMENTO) |

Definizione del problema secondo il terapeuta

Il paziente presenta un disturbo psicologico definito “Ansia sociale”, per il quale è convinto che le proprie azioni e prestazioni in pubblico lo esporranno a giudizi, valutazioni poco lusinghiere e critiche da parte degli altri. Nella maggior parte degli episodi narrati il paziente teme di essere preso in giro o biasimato. La credenza è quella di poter essere giudicato negativamente dagli altri con conseguente allontanamento o rifiuto, cosa che in effetti può accadere in virtù dei comportamenti protettivi adottati, che paradossalmente lo espongono più facilmente all’attenzione e al commento sarcastico degli altri. Le situazioni sociali sono generalmente evitate o vissute con particolare timore. In particolar modo teme di mostrarsi in difficoltà o emozionato (rossore, tremore, sudorazione...). Al fine di spiegare i disagi del paziente utilizzo il modello dell’ansia sociale avanzato da Wells e Clark (1997) che integra le convinzioni con i circoli di feedback di mantenimento. Secondo questo modello lo *scopo centrale* (lo scopo terminale è quello dell’adozione da parte degli altri) del paziente è quello di fare una buona impressione, ma tale desiderio è accompagnato da una profonda insicurezza sulla riuscita. Davanti ad una situazione sociale si attivano le convinzioni catastrofiche sull’esito e cioè la valutazione negativa da parte degli altri e decremento della stima di sé a fronte del fallimento temuto. Tali credenze modificano la fisiologia del corpo, attivandolo con i segnali classici dell’ansietà. I sintomi somatici, specialmente il rossore del volto e la sudorazione, sono interpretati come un ulteriore pericolo per la propria immagine sociale. I metodi non funzionali che il paziente utilizza per risolvere questi problemi, vengono definiti meccanismi di mantenimento e sono, nel nostro caso, l’attenzione selettiva su di sé e sui segnali fisiologici del corpo, i comportamenti protettivi e gli evitamenti. Questi comportamenti mantengono in vita il disturbo del paziente sebbene egli sia convinto del contrario. Inoltre è di particolare importanza il dato per cui il paziente tende a considerarsi costantemente e suo malgrado al centro dell’attenzione “critica”, riconducendo a sé le reazioni degli altri. I comportamenti messi in atto dal paziente, in sintesi, riducono la probabilità di acquisire dati aggiuntivi che disconfermino le idee disfunzionali che possiede.

Il paziente ha come scopo primario quello della buona immagine. Sente come particolarmente motivante l’approvazione dei suoi cari e quella degli estranei e pretende di ottenere la stima da parte di

tutti. Crede che la stima si ottenga facendo le cose in modo impeccabile ma siccome non crede di essere capace di concludere le cose nel migliore dei modi, a causa di un basso valore personale, preferisce non intraprenderne alcuna o di sopportarne solo qualcuna se strettamente indispensabile (questo fa sì che il disturbo non appaia come gravissimo). Negli ABC osservati emerge la preoccupazione di essere d'impaccio o disturbo, o giudicato negativamente.

Sul processo primario si installa un secondario di autocritica e colpevolizzazione per l'ansia provata. Quando Timoteo è ansioso c'è molta attenzione attorno a lui. Ciò appare come un rinforzo positivo. In sostanza chiamando a sé le attenzioni dei familiari a causa della sua ansietà, ottiene l'attenzione che desidera e che giudica amorevole. Durante l'assessment si ricercano i momenti di **esordio** e **scompenso** del disagio. Timoteo inizia a evidenziare problemi d'ansia al contatto con la scuola. Di carattere chiuso, taciturno, al primo giorno di scuola e per i mesi successivi ha sempre mostrato un'articolata sintomatologia (vomito, tremori, mal di pancia e diarrea) che invariabilmente conduceva all'essere premurosamente prelevato da scuola e portato a casa. Crescendo le crisi sono certamente diminuite ma a 17 anni sono avvenuti alcuni episodi che hanno caratterizzato una nuova fase critica, tra questi eventi c'è il seguente:

“Avevo 17 anni, una volta dovevo fare una trasferta di 400 km con la squadra, ho mangiato e sono andato verso (nome città), giocavo con (nome città), sono arrivato là e me ne sono tornato indietro. (cosa ti passava per la mente?) la solita cosa: se devo andare in bagno sul pullman? Si devono fermare per me sulla strada. Anche a scuola in gita mi capitava però, anche se sono andato in gita, poi magari nel pullman si parlava e non c'ho pensato più però prima di partire c'avevo sempre il chiodo fisso: come devo fare se devo andare in bagno?”

Lo **scompenso** avviene cinque anni fa: Timoteo inizia a produrre numerosi evitamenti, appare depresso, si sente bloccato nelle sue autonomie e inizia a rinunciare a diverse esperienze. In quel periodo al padre viene diagnosticata una forma di leucemia. Inoltre Timoteo inizia a lavorare presso il siderurgico. Timoteo aveva difficoltà a viaggiare e manifestava problemi nel mangiare a casa della fidanzata:

“Cinque anni fa andavo a casa di Carla a mangiare dai suoi. Mi sedevo in un posto dove potevo alzarmi presto se dovevo andare in bagno. Se mi mettevo vicino al muro era difficile alzarsi e dovevo far alzare gli altri e poi mi veniva un blocco e non riuscivo nemmeno a mangiare, come vedevo il cibo davanti mi disgustavo, fino ad allora avevo fame poi mi sedevo...”

L'ideazione ansiosa è connessa ad un'accresciuta percezione dello stimolo di dover urinare, tensione muscolare, agitazione e abbozzati conati di vomito. A questi fenomeni il paziente mette riparo in genere attraverso l'attenzione selettiva e l'evitamento. Questi comportamenti mantengono in piedi il disturbo.

| A | B | C |
|-----------------------------|--|------------|
| Seduto a tavola dai suoceri | Se non mi piace che cosa le dico, che succede? Rimangono male e devo mangiarlo per forza Cosa possono pensare gli altri di me? (scenario peggiore?) Possono pensare di me: "Com'è viziato. Se non mi piace non so come dirlo, che non lo voglio, se non mi piace non riesco a mangiarlo, se mi guardano non riesco. | Ansia 8 |

La terapia: scopi e contratto terapeutico

La terapia è iniziata nell'aprile del 2008 ed è terminata nel novembre dello stesso anno, con otto sedute di 60 minuti per una volta a settimana (con una breve pausa estiva) e quattro incontri di follow up. Ascolto gli obiettivi del paziente e concordo con lui anche quelli che io ritengo particolarmente utili per raggiungere un migliore compenso psicologico. Di seguito sono elencati gli obiettivi del trattamento in relazione a quanto emerso durante l'assessment.

Il primo era quello di condividere con il paziente il modello cognitivo della fobia sociale e del panico, introducendo i concetti di ansia normale e patologica e quelli di attivazione fisiologica e sintomi somatici. Di vitale importanza quindi è stata anche la condivisione del concetto di processi di mantenimento attraverso la scoperta guidata che è uno strumento molto potente della relazione terapeutica. In questo scopo rientra la psicoeducazione sui comportamenti protettivi. In questo ambito spiego al paziente anche cosa accadrà in seduta e cosa siano gli homeworks e quale importanza abbiano. Il paziente ha avuto un solo attacco di panico nella sua vita però diventa importante introdurre nella fase di psicoeducazione tutto ciò che riguarda questo disturbo. Il lavoro terapeutico più intenso è stato fatto sul disturbo d'ansia sociale perché gli ABC hanno indicato valutazioni negative su di sé in relazione al giudizio altrui in un ampio ventaglio di situazioni e contesti.

Secondo passo è quello di sostenere il paziente nella scoperta delle sue autovalutazioni. In questa fase è molto utile usare gli ABC e una lista di evitamenti a suo parere funzionali al non provare ansia. Puntare sulle invalidità causate dal disturbo ha anche la finalità di incrementare la motivazione al raggiungimento degli obiettivi terapeutici

Assieme al paziente ho ricostruito gli eventi in ordine temporale per dare senso alle sue sofferenze per iniziare a porsi in modo problematico nei confronti delle reazioni psicologiche agli eventi della vita. In questo ambito uno scopo per me importante è stato quello di parlare della malattia del padre concomitante con l'esacerbarsi della sintomatologia.

In generale chi soffre di disturbi d'ansia ha un modo disfunzionale di pensare a sé nelle situazioni temute. Attraverso gli ABC raccolgo una galleria di episodi che aiutino me e lui a focalizzare la nostra

attenzione sulle valutazioni che il paziente compie davanti alle situazioni. Comprendo che le emozioni che più caratterizzano il suo disturbo sono l'ansia, la vergogna e la colpa per l'ansia provata. Comprendo anche le convinzioni che caratterizzano il suo disagio sono relative all'essere preso in giro, criticato o l'essere d'impaccio. La ristrutturazione cognitiva è cruciale nel lavoro sulle convinzioni del paziente. Il paziente è convinto di essere vulnerabile rispetto alla critica degli altri, ma ancora più centrale nella sua psicologia, è l'idea irrazionale di dover piacere a tutti. Su questa tematica la riattribuzione è stata particolarmente efficace.

Primariamente il lavoro di terapia si è concentrato sul problema secondario, cioè vergognarsi per la sua ansia. Al fine di raggiungere questo scopo ho pensato di normalizzare le sue convinzioni circa l'ansia e la vergogna attraverso la riattribuzione verbale e la psicoeducazione sulla fisiologia dell'ansia. In questo modo il paziente ha smesso di definirsi come un caso clinico disperato, incurabile e di colpevolizzarsi per i suoi sintomi.

Il modo per mettere in discussione le idee disfunzionali è quello di "attaccarle" con una indagine efficace circa le prove e le alternative al pensiero stesso. Questo lavoro è stato particolarmente mirato sul problema cruciale del paziente, ossia l'idea di essere vulnerabile alle valutazioni negative che permea tutti gli eventi significativi narrati dal paziente.

Rientra in questa fase l'introduzione della lista delle distorsioni cognitive, che utilizzo per aiutare il paziente a familiarizzare con i propri errori di ragionamento e riconoscerli quando li mette in atto. Ulteriore scopo terapeutico è quello di decatastrofizzare le convinzioni in relazione alle conseguenze delle sue azioni e delle sue prestazioni, aiutandolo a decentrarsi. In realtà Timoteo si sente nulla, scadente, fallito e non amabile se viene criticato.

Altro scopo del trattamento è sostenere il paziente nel percorso di avvicinamento all'intervento chirurgico che tanto teme. Per raggiungere questo scopo terapeutico ho scelto la desensibilizzazione immaginativa e quella graduale in vivo, per tutti gli altri evitamenti. Questo scopo è stato raggiunto con molta cautela e solo dopo una buona illustrazione e preparazione. La finalità dell'esposizione agli eventi ansiogeni è quella di fornire nuovi dati cognitivi e comportamentali al paziente attraverso l'abituazione all'ansia in concomitanza del rilassamento muscolare e migliori strategie di fronteggiamento degli eventi.

Al paziente sono stati insegnati il training autogeno e la respirazione addominale. Questi due strumenti saranno pronti nel portafoglio del paziente per affrontare tutti gli esperimenti in programma e poi saranno estesi per generalizzazione alle altre situazioni del quotidiano.

Ultimo scopo è quello di lavorare assieme sulle abilità sociali. Il paziente manifesta poca scioltezza nel parlare e spesso accetta quanto detto dagli altri perché non si sente in grado di replicare in modo vincente. Spesso ha dovuto evitare alcune situazioni perché immaginava di non essere in grado di fronteggiarle al meglio.

| A | B | C |
|-------------------------------|---|--------------------|
| Immagino di fare l'intervento | -E se non sto bene prima dell'intervento? -Posso dare fastidio al dottore perché mi lagno. (ammettiamo che Timoteo, dia fastidio al medico che succede?) -Mi metto a tremare (conseguenza peggiore?) -Il medico penserà: Che è venuto a fare questo? È venuto a dare fastidio? Abbiamo parlato, l'ho preparato e sta così ?! (conseguenza peggiore?) -Se deve fare 5 interventi e io sto agitato, il dottore non riesce a fare gli altri interventi. | Agitazione 9\10 |

Primo modulo terapeutico: Introduzione del modello cognitivo e assessment

Intervento con scoperta guidata sulle percezioni di essere al centro dell'attenzione e di poter essere esposto al giudizio negativo. Dopo aver accuratamente raccolto i dati sul disagio del paziente è emerso che lui non ha prove specifiche sul fatto di poter essere giudicato negativamente, ma "lo sente", cioè è convinto che questa cosa accada anche se lui non la osserva e che è inevitabile. Le sue convinzioni si basano anche su precoci esperienze nelle quali ha provato forte vergogna quando i genitori dicevano davanti ad estranei e parenti che il figlio non studiava. Oppure quando il padre, al principio dei pranzi con la famiglia allargata, esordiva dicendo che il paziente non aveva voglia di studiare. In quelle circostanze lui si vergognava, sentiva le vampate di calore al volto ed arrossiva. Le persone talvolta notavano il rossore e lo sottolineavano pubblicamente. In quei momenti il rossore, la vergogna, venivano da lui interpretati univocamente come prova della colpevolezza o della deficitarietà ("se arrossisco significa che sono in difetto"). Per evitare di manifestare questi segnali e per evitare il disagio ha scelto di ridurre le occasioni di contatto sociale con i parenti (e se non può evitarle le vive comunque con grande disagio). Inoltre in pubblico parla poco.

Secondo il modello cognitivo, i sintomi ansiosi sono alimentati dalle valutazioni negative che si basano sui sintomi stessi. I sintomi che il paziente teme particolarmente sono il rossore, in tono minore la sudorazione. In generale ritiene che manifestare questi sintomi sia imbarazzante ma in particolar modo teme che sentirsi in difficoltà possa essere causa di scherno o critica.

Comportamenti protettivi: (tabella 1) il paziente, preoccupato dalla possibilità di essere mal giudicato a causa della sua ansia e/o dei suoi malesseri e/o della sua condotta, adotta numerosi comportamenti protettivi che gli forniscono la sensazione di essere al sicuro rispetto all'evento temuto, proteggendo lo scopo primario della buona immagine. I comportamenti protettivi scelti riguardano in genere l'essere accompagnato per fare qualsiasi cosa perché secondo il paziente ciò riduce le probabilità di stare male e aumenta quella di essere aiutato a venir fuori da situazioni imbarazzanti.

Inoltre, altri comportamenti protettivi riguardano i pranzi sociali ed i locali come le pizzerie. Il paziente siede sempre a capotavola o all'angolo del tavolo, mai con le spalle al muro e mai al centro della fila. Ciò perché dovendo andare in bagno, sarebbe costretto a chiedere il permesso ad altre persone che potrebbero fare battute su di lui o potrebbero essere disturbate dalla sua richiesta. Il paziente afferma che non vuole dare fastidio agli altri a causa delle sue fissazioni. Nei negozi usa come protezione la presenza di una persona che chieda al posto suo le informazioni sui prezzi degli oggetti. Quando in una vetrina osserva un oggetto che desidererebbe possedere, chiaramente ne vuole conoscere il prezzo. Il paziente chiede alla sua fidanzata di entrare nel negozio per avere questa informazione perché si vergogna a farlo personalmente. Teme di poter ricevere in risposta uno sguardo compassionevole o di scherno che alluda alla sua incapacità di poter pagare, qualunque cifra sia:

| A | B | C |
|--|---|-------------------------|
| Vado a fare shopping e vedo un oggetto che mi piace in vetrina ma non ha il prezzo esposto | -Cosa pensa di me se vado a chiedere il prezzo? Se uno vuole un oggetto se lo compra e basta, così la penso io. -Potrebbe dirmi: sai quanto costano le cose in questo in negozio, non c'è bisogno che me lo chiedi. -Penserà di me: "Che, non c'hai i soldi per pagarlo?" | Ansia 8 Vergogna |

I comportamenti protettivi del paziente vanno spiegati e letti assieme a lui come responsabili dell'aggravamento dei suoi problemi personali. Il lavoro fatto sui c.p. sarà utile nella fase degli esperimenti in vivo.

Evitamenti: (tabella 1) Il paziente mette in atto alcuni evitamenti che gli forniscono la sensazione di salvarsi dalle conseguenze temute.

In questa fase di assessment chiedo al paziente di parlarmi della malattia del padre, argomento che Timoteo non ha mai citato e che ho dovuto individuare con fatica. Appena inizia a parlare del genitore, inizia a piangere:

"Soffro a sapere che potrebbe essere mio padre che mi crea questo. (piangere per il papà è una cosa sconveniente?) No ma mi fa soffrire, mi viene da piangere quando ci penso, anche adesso.... Mi dispiace di mio padre...(si commuove) e solo che mi vergogno quando piango, se devo piangere devo stare solo, se ci sono persone mi sento male. Il rapporto col papà è ottimo, solo che parliamo poco. Mi dispiace perché mi fa fare tutto, mi ha permesso tutto e mi dispiace che ogni tanto lo devo deludere. Magari non gli ho detto che vengo qui perché per lui potrebbe essere una delusione, anche se lo sa che mi vengono le ansie e tutto quanto".

Affrontiamo anche in questo passaggio i sensi di colpa del paziente. I suoi problemi emotivi sono vissuti come una colpa perché provocano dolore nel genitore malato.

| COMPORAMENTI PROTETTIVI | EVITAMENTI |
|--|--|
| Sente il bisogno di essere accompagnato quando deve portare a termine qualcosa che lo agita | Evita di andare a mangiare dalla suocera e dai parenti che vede raramente perché pensa che lo osserveranno tutto il tempo e lo criticheranno perché non mangia o mangia poco o perché ha delle preferenze alimentari che possono farlo giudicare "viziato" |
| Nei negozi, spia il prezzo degli oggetti sui cartellini quando le commesse sono voltate per non essere criticato. | |
| Parla poco in pubblico e non prende mai l'iniziativa di parlare per primo | |
| Nei locali si siede a capotavola o all'angolo del tavolo | Evita di chiedere informazioni o aiuto se ha un problema per strada |
| Si informa sui locali che hanno i bagni nelle migliori condizioni perché potrebbe avere necessità di defecare | Evita di andare ai concerti |
| | Evita di tirare in porta quando gioca a pallone |
| Se deve fare acquisti si fa accompagnare da una persona che chieda il prezzo per lui a causa della sua vergogna | Evita possibilmente di viaggiare |
| Acquista il vestito nel negozio, anche se non gli piace, per non dare fastidio alla commessa e per non essere giudicato negativamente da lei | |
| Se deve chiamare il medico, fa parlare il padre. | |
| Va sugli autobus che hanno il bagno funzionante | |

Tabella 1. *comportamenti protettivi e evitamenti*

Domando al paziente se esista un legame tra il suo disagio e la malattia del padre e lui mi risponde di no anche se in effetti potrebbe esserci un legame circa il viaggiare e il prendere le decisioni perché Timoteo non prende mai nessuna decisione senza consultare il padre e anche quando ha problemi in viaggio telefona al padre per sapere come comportarsi davanti ad alcuni problemi. La malattia del genitore certamente compromette alcuni scopi del paziente come quello della protezione, della supervisione e della guida nelle difficoltà.

Secondo modulo terapeutico: Ristrutturazione cognitiva

Utilizzo la riattribuzione verbale perché ho lo scopo di modificare le credenze dei pensieri automatici negativi. Il paziente ha delle prove più o meno solide per giustificare le sue convinzioni e quindi approcio queste idee con l'indagine dettagliata circa le prove che il paziente fornisce per i NAT. Nel frattempo il mio scopo è anche quello di valutare se il paziente ha effettivamente dei deficit sociali che quindi andrebbero colmati in modo specifico. In questa fase della terapia è per me fondamentale invitare il paziente ad osservare con maggiore attenzione le prove reali circa le sue previsioni e specialmente

invitarlo a concentrarsi assieme a me sul concetto di piacere agli altri e piacere a tutti. Infine, fondamentale, il mio scopo è quello di farlo stazionare sulle conseguenze temute e su quanto siano realmente terribili.

Errori di pensiero: Il paziente riconosce assieme a me di commettere alcuni errori di pensiero. Tra questi, nell'elenco fornito, individua la lettura del pensiero, la visione tutto o nulla, la personalizzazione e la catastrofizzazione.

Intervento sui processi di anticipazione delle conseguenze e ricerca di prove alternative

Assieme al paziente lavoro sulle anticipazione delle conseguenze negative, rinvenendo nelle valutazioni gli errori di ragionamento e incrementando l'attività di produzione di pensieri funzionali che lo sostengano nelle situazioni ansiogene.

“Questa settimana ho avuto un po' di ansia, ero raffreddato, ho avuto ansia per quello che devo andare a fare a Pisa, però mi è passato presto, con un po' di respirazione, un po' di ABC e mi è passata subito, non credevo che mi passasse così presto. L'intervento avverrà il 4 giugno 2008 a Pisa”.

| A | B | C | Pensiero Alternativo |
|-----------------------------|--|------------|---|
| Ero a casa e guardavo la TV | Chissà se mi verrà l'ansia ora che parto per l'intervento. | Ansia 4\10 | -E normale avere un po' di ansia. Tutti hanno l'ansia -Ho chiesto a mio padre e anche lui mi ha detto che ha avuto ansia quando è stato operato. -Ho chiesto a tante persone e tutte mi hanno detto che hanno ansia -Dopo un po' l'ansia si abbasserà -Basta respirare e fare dei pensieri positivi e tutto passa |

Grafici a torta per ancorare il paziente alla realtà. Utilizzo i grafici a torta nei passaggi, assieme agli ABC in cui il paziente tende a generalizzare il comportamento degli altri e quando estremizza anche il suo. In sostanza Timoteo dà per scontato che tutte le persone lo criticerebbero per l'ansia che prova e specialmente tende a giudicare come “malata” la sua reazione ansiosa prima di un intervento chirurgico. Gli chiedo di fare un grafico a torta su quante persone prima di un intervento si sentono ansiose e se conosce delle persone che si sono operate e hanno riferito ansietà. Mi risponde che sua zia si è operata ed era ansiosa ed il medico le ha detto che tutti quanti si sentono così prima di un intervento.

Di seguito (tabella 2) sono elencati gli esiti del lavoro di ristrutturazione cognitiva e di formulazione di valutazioni alternative funzionali svolto in seduta. Il paziente ha lavorato sul dialogo interiore divenendo viepiù capace di parlare a se stesso senza condannarsi e colpevolizzarsi.

| Evento | Pensiero disfunzionale | Emozione | Comportamento disfunzionale | Pensiero funzionale prodotto da Timoteo |
|--|---|-------------------|---|--|
| Intervento per Varicocele a Pisa | Se vado in ansia posso dare fastidio al dottore Il dottore penserà male di me | Ansia Vergogna | Non faccio l'intervento | Ci vado e accetto che il dottore pensi male di me Il dottore è abituato a vedere persone ansiose In fondo è anche normale essere ansiosi prima di un intervento |
| Devo chiedere il prezzo di un oggetto o vestito | Possono pensare male di me Posso dare fastidio alla commessa che penserà male di me | Ansia Vergogna | Non chiedo il prezzo Faccio chiedere il prezzo ad un altro Compro sempre qualcosa | Accetto la possibilità di essere in ansia. Se però evito di chiedere il prezzo non supero il mio problema. Sarò gentile con la commessa. Che male c'è a chiedere il prezzo? |
| In pizzeria potrei aver bisogno di andare in bagno | Posso dare fastidio agli altri Penseranno di me che sto sempre in un bagno | Ansia | Non vado in pizzeria Mi siedo sempre vicino al bagno o a capotavola Vado in locali in cui c'è certamente il bagno | Che male c'è se faccio spostare qualcuno per andare in bagno? Tante persone lo chiedono a me e io non mi arrabbio mica |
| Devo prendere l'autobus | Se devo andare in bagno devo far fermare l'autobus e darò fastidio e mi vergogno Penseranno male di me Sicuramente dovrò andare in bagno e non riuscirò a trattenermi | Ansia | Non viaggio Utilizzo solo autobus con bagno Passo tutto il tempo a concentrarmi sulla vescica Prima di partire vado 100 volte in bagno per sicurezza | Pur pensandolo, non mi è mai capitato di dover necessariamente andare in bagno. Sono riuscito a fare anche un viaggio di 12 ore senza andare in bagno Certamente ci sarà una sosta e allora andrò in bagno Quando vado a lavorare riesco a stare anche 8 ore senza urinare. |
| Devo giocare a pallone | Se tiro in porta e sbaglio penseranno male di me. In paese mi prenderanno in giro | Ansia | Non gioca a pallone Non tira mai in porta | Gioco e tiro, se va bene sono contento, se va male riprovo Anche Totti sbaglia i tiri facili Nessun giocatore viene apprezzato da tutti. Nemmeno Gesù era amato da tutti |

Tabella 2. Progressi di Timoteo

Terzo modulo terapeutico: esperimenti e tecniche comportamentali

Gli esperimenti comportamentali coniugati con le strategie di ristrutturazione cognitiva hanno avuto impiego massiccio in questa terapia. Ciò che il paziente ha affermato di aver modificato nel suo modo di ragionare ha avuto necessità di essere confermato nella realtà sociale. Sono state programmate diverse esposizioni.

Esposizione nei negozi: Il paziente doveva entrare in un negozio e chiedere il prezzo di un articolo. Dopo averlo saputo doveva ringraziare gentilmente per l'informazione e doveva uscire senza acquistare nulla. Di seguito Timoteo racconta l'esito:

“Sono entrato in parecchi negozi perché dovevo fare il regalo a Carla per il compleanno. In uno in particolare sono entrato, ho chiesto il prezzo, ho ringraziato e sono andato via. Quando sono uscito stavo bene perché avevo superato il test. Poi il giorno dopo sono andato in altri negozi. Sono entrato in un negozio, devo comprare per forza qualcosa. Ma anche là sono andato via perché la borsa non mi convinceva. Già mi sentivo più forte per il test del giorno prima. Il giorno dopo l'esperimento sono entrato nel negozio con meno ansia. Dopo un lungo giro sono nuovamente rientrato nel negozio e ho parlato con una nuova commessa chiedendole di vedere altre cose. Lei ha tirato fuori mille cose. Prima non sarei riuscito ad andare da solo e alla fine mi è piaciuta una cinta e l'ho comprata anche se ho sbagliato la misura. Il giorno dopo sono tornato nel negozio con Carla per cambiarla ma lei ha notato che ho comunque voluto parlare io con la commessa, solitamente mandavo avanti lei. In effetti stava parlando lei e l'ho interrotta. (cosa hai provato?) Mi sono sentito più forte onestamente. Prima mi vergognavo anche se gli altri entravano e non compravano per esempio. Prima anche se dovevo provare e non comprare mi vergognavo. Prima non sarei andato. Prima spiavo sui cartellini il prezzo quando si giravano le commesse, perché mi sentivo male a chiedere. Anche gli altri se ne sono accorti che sto cambiando. Notano che ho fatto dei cambiamenti, parlo nei negozi. Ormai non ci penso più alle cose, le faccio con naturalezza. Addirittura sono andato in un negozio con un mio amico perché lui doveva comprare un regalo e nel negozio sono stato io a chiedere al posto suo. Ho fatto tirare fuori tanta roba e non ho provato ansietà. L'altro giorno ho lasciato l'ombrello in un negozio e sono tornato per prenderlo cosa che non avrei mai fatto in passato”.

Esposizione in pizzeria: Il paziente prepara assieme a me in quinta seduta l'esposizione. Il suo compito è quello di andare in una pizzeria a caso con degli amici, sedersi dalla parte del muro e alzarsi per andare in bagno chiedendo il permesso ad un amico. Questa esposizione è stata curata in relazione all'evento che Timoteo ritiene più sgradevole, cioè che qualcuno affermi: "sempre in bagno vai?". Di seguito sono riportate le parole del paziente dopo il test:

“Ho fatto l'esperimento della pizzeria, tutto a posto. Siamo andati in pizzeria, ho invitato gli amici in pizzeria per il compleanno. Mi sono messo dalla parte del muro, dai lati era libero. Al centro della fila. Adesso non ci penso più ma prima mi capitava di pensare negativamente. Adesso è normale, se arriva il cibo e lo voglio mangio e se non lo voglio non lo prendo.

Commento: Il paziente ha scelto la pizzeria invece che affidarsi al caso e durante la serata non è andato al bagno. Gli chiedo di rifare il test dopo aver chiarito con lui che è vero che è un successo ciò che è accaduto ma che il test si considererà superato quando lui accetterà di dare disturbo a qualche amico per

andare in bagno, facendolo alzare. Il paziente comprende ciò che già però era stato chiarito. Al secondo tentativo il paziente supera il test in tutte le sue componenti.

Desensibilizzazione Sistematica in vista dell'intervento chirurgico

La DS (Wolpe), si basa sul principio del controcondizionamento, consiste nella ripetuta associazione fra uno stimolo ansiogeno - immaginato - ed una reazione antagonista - abitualmente il rilassamento muscolare profondo o il training autogeno - al fine di produrre una progressiva "inibizione reciproca" fra stimolo e risposta così associati. Come conseguenza l'individuo sviluppa gradualmente una reazione più controllata nei confronti di determinati stimoli o contesti, rappresentando ciò un obiettivo ma contemporaneamente anche un mezzo per la produzione di apprendimenti maggiormente adattivi, efficaci e creativi

Il paziente Timoteo crea in seduta una lista graduata di stimoli ansiogeni (dal più ansiogeno al meno ansiogeno) che riguardano il suo intervento chirurgico del 4 giugno a Pisa. Si procederà con la desensibilizzazione sistematica attraverso il rilassamento muscolare per raggiungere il controcondizionamento. Di seguito c'è la lista graduata per ansiogenicità (tabella III)

| Situazione immaginata | Ansia 0\10 |
|--|------------|
| 1. Mi chiamano in sala operatoria per l'intervento | 10 |
| 2. Vado in sala d'attesa in Ospedale | 8 |
| 3. Arrivo a Pisa in albergo | 6 |
| 4. Viaggio in aereo | 3 |
| 5. Salgo in aereo | 2 |

Tabella 3. Desensibilizzazione sistematica

Al paziente sono stati insegnati il rilassamento muscolare e la respirazione addominale. L'esercizio è stato ripetuto per due sedute, la sesta e la settimana prima dell'intervento del 4 giugno.

SMS di Timoteo da Pisa, il 4 giugno 2008: "Ciao Luca, Sono Timoteo, ti scrivo x dirti che la mia operazione è andata bene. Ansia quasi 0. Ti ringrazio per tutto".

Quarto modulo terapeutico: addestramento all'assertività

Lo scopo terapeutico è quello di ampliare i comportamenti e le *social skills* abbandonando i comportamenti protettivi e gli evitamenti che mantengono in piedi il disagio. Questo obiettivo può essere raggiunto attraverso il Training assertivo. Le abilità assertive sono state inserite già dalla seconda seduta. Utilizzando il metodo socratico ho fatto venire a galla i pensieri e specialmente le aspettative del paziente. Attraverso il problem solving abbiamo focalizzato alcuni modi per migliorare la comunicazione con gli altri. Alcune piccole strategie sono state da me suggerite in seduta con un pizzico di creatività . Unico

problema del training è che non è stato completato perché il paziente si è definito soddisfatto delle abilità acquisite o riscoperte.

Osservazioni specifiche sulla relazione terapeutica

La terapia è stata di breve durata sebbene le otto sedute e i quattro follow up siano stati molto intensi. Il paziente ha manifestato sin dal principio una grossa fiducia nelle sedute. Questa fiducia non era certamente acritica ma, ho elementi per affermarlo, in qualche modo è stata quella fiducia che si ripone più in un medico specialista che in uno psicoterapeuta, cioè ci si aspetta che curi il problema rapidamente. Affermo questo perché il paziente ha raggiunto eccellenti risultati in poco tempo, meravigliando anche me e facendomi sinceramente pensare di avere fretta. Mi sono domandato quale scopo fosse in gioco per giustificare questa premura. Due sono state le mie ipotesi. La prima relativa al disturbo stesso, cioè, ho pensato che Timoteo non volesse deludermi e che volesse fare bella figura anche con me. La seconda relativa allo scopo dell'intervento chirurgico di giugno. Non poteva più rimandarlo anche in vista delle possibili nozze con la fidanzata. Non mi sento di escludere una delle due ipotesi.

Visto l'assessment ed il tipo di disturbo ho immaginato che anche in seduta si potessero creare i medesimi problemi che Timoteo vive fuori. In sostanza io, pur calmo, sereno e non giudicante, sono pur sempre una persona estranea che può giudicarlo. A volte ho avuto la sensazione che mi osservasse come una persona a lui superiore. Il mio timore è stato quello che lui migliorasse così rapidamente per non fare brutta figura con me o che, caso più grave, mi mentisse in seduta per non deludermi. A smentire i miei "Belief disfunzionali" è intervenuta la fidanzata di Timoteo che di persona, spontaneamente, mi ha ringraziato per il cambiamento radicale osservato in pochi mesi nel fidanzato. Questo significa che Timoteo è realmente migliorato. Questa informazione per me ha anche un valore aggiunto perché avevo dubitato della sua sincerità. Ciò ha significato molto per me ma mi ha fatto ragionare sul fatto che nella relazione dovevo prestare molta attenzione agli aspetti del giudizio (in fondo avevo dubitato di lui) esplicitando a Timoteo in una seduta il mio pensiero aprendogli la mia mente. Gli ho spiegato che temevo che potesse accadere che in alcune circostanze lui si sentisse giudicato, criticato o preso in giro o che si sentisse spinto a fare gli homeworks per non farmi pensare male di lui e che quindi in quelle circostanze sarebbe stato utile che lui esplicitasse questi suoi pensieri in seduta. In questo modo io gli ho aperto la mia mente (*self disclosure*) e gli ho fatto comprendere cosa mi preoccupava. Lui ha reagito molto bene, rassicurandomi che sarebbe stato stupido da parte sua non essere sincero in seduta. Timoteo ha apprezzato il training assertivo (lasciato però incompleto). Adorava il fatto di imparare nuovi modi per rispondere alle persone e reagire nelle situazioni sociali. Questo addestramento associato alla psicoeducazione sull'ansia ha sortito ottimi effetti.

Esiti della terapia

Timoteo è giunto in terapia con una scarsa mentalità psicologica ed una ridotta capacità introspettiva e alla fine del percorso questi due valori sono risultati differenti. Il paziente in poco tempo ha mostrato capacità di tener presenti le trappole cognitive e spirito auto terapeutico attraverso numerosi test che lui stesso ha confezionato.

A distanza di otto mesi dall'inizio della terapia il paziente è sereno perché si sente libero dalla schiavitù degli evitamenti. Agisce con libertà e prova piacere nell'intraprendere nuove attività sapendo che sperimenterà una leggera ansietà anticipatoria ma che questa presto andrà via perché lui sa come rasserenarsi. Timoteo ha momenti in cui prova ansietà ma riesce a operare una normalizzazione dei suoi stati d'animo che ha grande efficacia su di lui. Sa parlarsi. Timoteo entra nei negozi da solo, chiede i prezzi degli articoli e riesce ad uscire senza aver acquistato nulla. Critica con beneficio la convinzione di non essere in grado di controllare la minzione e la defecazione. Frequenta i locali e sceglie i posti a sedere più angusti e centrali, dai quali a metà cena si alza per andare in bagno consapevole di poter dare un fastidio minimo ai commensali e accettando di poter essere preso in giro. Continua a giocare a calcio e accetta di poter sbagliare il tiro in porta e di essere criticato, "in fondo sbaglia anche Totti", sebbene per altri motivi non faccia più attività agonistica. Guida l'automobile fino a Bari al concerto di Vasco, affollatissimo e sebbene con una leggera ansietà, si diverte e resta molto soddisfatto di se stesso. Di particolare interesse clinico è che Timoteo padroneggia il lessico della terapia cognitivo comportamentale ed i concetti non sono parole vuote ma strumenti che con grande dedizione ha applicato nelle sessioni di terapia ed homeworks. L'indicatore clinico utilizzato per valutare l'ansia è stato l' HAM-A. Utilizzato ad inizio terapia dava come punteggio pt=19 (compatibile con disturbo d'ansia). Al quarto follow up il punteggio HAM-A è risultato di pt=5 (assenza di disturbo d'ansia). A fine terapia il paziente non soddisfa più i criteri diagnostici del DSM IV TR per il disturbo d'ansia sociale.

L'ultima domanda che gli ho posto al termine del quarto follow up è stata quella di raccontarmi cosa lo aiuta a star bene. Lui mi ha risposto che ora sa cosa fare:

Epilogo

“Diciamo che ho scoperto che non mi sento sempre male in mezzo alla gente, che non mi viene da andare in bagno e se devo andare, mi alzo come tutti gli altri e vado. Se mi sento male mi aiuterà qualcuno ma di certo non è che non parto per questo motivo. Mi sono convinto di non aver bisogno veramente di qualcosa, so respirare bene, so fare pensieri utili e mi so dare speranza”.

Dott. Luca D'Errico

**Psiconcologia Osp. S. Giuseppe Moscati di Taranto, Ser. Psicol. Clinica Ospedaliera ASL Ta1
Specializzato APC Lecce, Training: A. Semerari, G.L Dell'Erba, G. Dimaggio**

e-mail: lucaderricomail@yahoo.it