

Marco: quando fobia sociale e famiglia ostacolano l'adolescenza

Francesca Bianconi¹

¹Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Ancona

Riassunto

Il lavoro che segue tratta il caso di Marco un adolescente di 14 anni che presenta una diagnosi di Fobia Sociale e dinamiche familiari che non favoriscono né il trattamento né la quotidianità del ragazzo stesso. Marco mostra un grandissimo desiderio di non essere giudicato negativamente da chi lo circonda e di conseguenza di vivere la sua quotidianità sentendosi accettato e con meno sintomi somatici ed ansiosi. Lo schema di funzionamento del disturbo di Marco è costantemente rinforzato dai cicli interpersonali disfunzionali che si attivano in famiglia, dagli evitamenti e da un'iperfocalizzazione sui propri stati interni che lo portano a confermare il fatto di essere uno "sfigato". Proprio grazie all'identificazione dello schema di funzionamento del disturbo è stato possibile individuare obiettivi, strategie e tecniche. Abbiamo iniziato con una psicoeducazione seguita dai vari step del trattamento cognitivo di Wells affiancati da elementi propri del training per l'assertività. Nella valutazione d'esito si darà molta importanza al ruolo dei genitori sia nella tutela dello "spazio" terapeutico di Marco che nel modo in cui la terapia si è conclusa.

Parole chiave: Fobia Sociale, Evitamento, Trattamento cognitivo di Wells, Assertività, Cicli interpersonali, Famiglia, Adolescenza

Marco: when social phobia and family hinder the adolescence

Abstract

This work focuses on the case of Marco, a 14-year-old teenager, with Social Phobia diagnosis and family dynamics that do not favor neither the treatment nor the daily life of the boy. Marco shows a huge desire of not to be judged negatively by the others and consequently to live his every day life feeling accepted and with less somatic and anxious symptoms. The functioning scheme of Marco's disorder is constantly reinforced by the dysfunctional interpersonal cycles that are activated by the family, the avoidances and an hyper focus on his own internal states, leading him to confirm that he is a "loser". Through to the identification of his disorder's functioning scheme, it was possible to set the goals as well as strategies and techniques. We started with a psychoeducation followed by the several steps of Wells' cognitive treatment supplemented by elements taken from the training for assertiveness. In the outcome's evaluation, particular importance will be given to the role of parents both in protecting Marco's "therapeutic space" and on the way the therapy ended.

Key words: Social phobia, avoidance, Wells' cognitive treatment, Assertiveness, Interpersonal cycles, Family, Adolescence

Presentazione del caso

Marco è un ragazzino di 14 anni che frequenta il 1° anno del Liceo Scientifico. Vive insieme ai genitori (entrambi liberi professionisti), un fratello di 16 e una sorellina di 3 anni. I genitori (che incontro per un primo colloquio senza il figlio) si rivolgono a me preoccupati dall'atteggiamento del ragazzo che viene descritto come ansioso, irascibile e caratterizzato da episodi di dolori gastrointestinali in concomitanza all'allontanamento da casa (scuola, cene fuori, passeggiate con amici e parenti). Il padre si pone come figura prevaricante e invadente rispetto alla madre, al setting e alla relazione con me. Interrompe, svaluta quanto viene detto e porta continuamente l'attenzione su se stesso. La madre, invece, si mostra inizialmente molto agitata e rimanda l'immagine di una donna che attraverso le sue azioni e affermazioni, passivo-aggressive, tenta di controllare sia l'ambiente familiare che il setting stesso.

Marco si presenta, invece, come un ragazzo curato, che segue la moda del momento. Apparentemente molto sicuro di sé (soprattutto attraverso la postura che assume e il tono di voce). Appena si siede inizia a raccontarmi del suo "problema" descrivendolo in modo sintetico e affrettato. Sottolinea, con toni sereni e quasi sfrontati, la sua non voglia di studiare e il fatto che lo scorso anno sia stato punito dalla scuola, non andando in gita, a causa della sua cattiva condotta. Questo suo modo di fare viene meno man mano che ci si inoltra nelle tematiche riportate dai genitori, in particolar modo in quelle relative al suo disagio psicofisico che si verifica nel momento in cui deve allontanarsi da casa. Appare, quindi, molto triste e attraverso un tono di voce più basso e una postura seduta più "chiusa" riporta come questo suo disagio gli stia rovinando la vita e come questo gli dispiaccia tantissimo.

Descrizione del problema

La problematica riportata da Marco viene descritta a partire da quelli che lui indica come "mal di pancia" e "bisogno di andare al bagno". Il ragazzo riferisce di soffrire di questo disagio dall'inizio della prima media. La condizione da lui descritta si presenta solitamente in concomitanza a situazioni nuove (il primo giorno di scuola), in caso di prestazioni sportive o scolastiche (gara di nuoto, interrogazione) o, in alcuni casi, in situazioni di svago con amici o parenti. A questi dolori si affianca anche una sintomatologia ansiosa che, soprattutto dall'inizio dell'anno scolastico, risulta essere intensa, spesso caratterizzata da ottundimento, aumento della sudorazione e accelerazione del battito (*"Quando sono in classe durante l'ora di latino non riesco a concentrarmi e sento tanto caldo che mi viene da sentirmi male"*). A partire da questo quadro sintomatologico Marco ha iniziato ad uscire meno con amici e familiari per paura di sentirsi male e di non aver un bagno nelle vicinanze. In alcuni casi, inoltre, chiama la mamma per farsi venire a prendere a scuola prima della fine delle lezioni, lamentando di non sentirsi bene e di non farcela a resistere in classe. La problematica di Marco è invece descritta dai genitori a partire dal suo comportamento nei

confronti dello studio rispetto al quale hanno una visione opposta (*“Marco non ha mai avuto voglia di studiare, è come suo padre”; “è vero è come me ma io a 16 anni lavoravo e oggi sono l'uomo che sono grazie alla mia voglia di fare e non di studiare”*). Proseguono poi la descrizione del problema in accordo sul fatto di essere dispiaciuti che il figlio stia diventando ansioso come la madre e che vorrebbero far qualcosa prima di dover raggiungere lo stato ansioso in cui la mamma vive quotidianamente (*“sono anni che convivo con l'ansia, ormai io non posso farci nulla ma non voglio che lui si riduca come me”*).

A seguito della somministrazione della Child Behavior CheckList (CBCL, Achenbach & Rescorla, 2001; Versione italiana a cura di Frigerio, 2001) e delle Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA, Cianchetti C. et al., 2001) è emerso un profilo caratterizzato da punteggi elevati per quanto riguarda l'ansia, in particolare l'ansia sociale. È presente anche un punteggio significativo per insicurezza e senso di colpa individuabili nel rapporto tra rendimento scolastico e famiglia (Marco sostiene di non essere interessato al suo rendimento scolastico ma ogni volta che prende un buon voto lo sottolinea immediatamente ai genitori e a me in seduta. I genitori hanno la tendenza a rinforzare la sua credenza di incapacità a livello scolastico). Si rilevano anche punteggi elevati per quanto riguarda la socialità.

Tre anni fa il ragazzo è stato sottoposto ad una valutazione neuropsicologica con lo scopo di verificare la presenza o meno di difficoltà emotive e scolastiche. Da questa valutazione è emerso che Marco mostra delle buone capacità nelle funzioni esecutive e nella memoria sia a breve che a lungo termine con materiale verbale. Sono emerse, inoltre, una bassa autostima, ansia e senso di colpa riversato sul suo aspetto esteriore e una difficoltà nella gestione dell'alimentazione come riferito anche dai genitori (attualmente sostiene di piacersi come è e di non aver problemi di gestione del cibo, elementi confermati anche dai genitori). Non sono emerse difficoltà negli apprendimenti, da un punto di vista ortografico, di competenze di calcolo e del sistema del numero. È presente solamente una disgrafia di grado lieve.

Considerando le precedenti valutazioni, le condizioni mediche generali nella norma e le informazioni ottenute tramite i colloqui clinici, la problematica riportata da Marco soddisfa i criteri per una diagnosi di Disturbo d'Ansia Sociale (Fobia Sociale) secondo il DSM-5 (APA, 2013).

È presente, inoltre, una marcata ansia anticipatoria rispetto alle varie situazioni di vita che deve affrontare. Ansia che aumenta man mano che ci si avvicina alla situazione temuta e che lo spinge ad attuare “evitamenti” a scopo protettivo. Gli “evitamenti” sono il non uscire di casa, il non fare i compiti, il farsi venire a prendere a scuola, tornare a casa in anticipo quando esce con gli amici e nelle ultime settimane il rifiuto di andare a scuola. In merito a questo episodio la madre ha deciso di portarlo da uno psichiatra (comunicandomelo solamente in un secondo momento) che gli ha prescritto una benzodeazepina (delorazepam) ed escitalopram. Farmacoterapia sospesa in un secondo momento, in accordo col medico, poiché gli effetti del farmaco erano troppo forti (sonnolenza e rallentamento psicomotorio).

Profilo interno del disturbo

Nonostante Marco si mostri, soprattutto durante i primi incontri, spavaldo e sicuro di sé, emerge gradualmente un'insicurezza che si riflette nell'anti-scopo del non voler essere giudicato male e del non voler vivere così male alcune situazioni di vita quotidiana. Lo scopo di Marco è, inoltre, quello di essere accettato dagli altri, sentendosi quindi all'altezza nei vari ambiti di vita.

Tutto ciò l'ha portato nel tempo a strutturare dei pensieri e comportamenti che confermano e supportano quanto detto (Figura 1).

A	B	C
In giro con gli amici sento un leggero fastidio alla pancia e mi rendo conto che intorno non ci sono bagni accessibili.	“Oddio e ora? Se dovessi andare al bagno? Me la farò sicuro addosso”	Ansia, Vergogna (metavergogna), Aumento sintomi somatici (mal di pancia)
A ¹	B ¹	C ¹
Ansia, Vergogna (metavergogna), Aumento sintomi somatici (mal di pancia)	“Devo andare al bagno e l'unica soluzione è tornare a casa”	Chiamo i miei che mi vengono a prendere, mi tranquillizzo (sono al sicuro) ma sono triste perché non mi sono goduto la serata.

A	B	C
Il padre gli chiede di dimostrargli che le cose le sa fare chiedendogli di risolvere un calcolo matematico (divisione).	“Non so farla! Per me questa cosa è troppo difficile e poi non mi piace studiare”	Ansia, Rabbia, Vergogna.
A ¹	B ¹	C ¹
Ansia, Rabbia, Vergogna.	Ecco vedi non so farlo, non sono capace! Ve l'avevo detto”	Rabbia e tristezza.

Figura 1: esemplificazione di alcuni ABC di Marco

Fattori e processi di mantenimento

Secondo Marco molte delle cose che gli vengono in mente di fare, soprattutto relative alla scuola, allo sport e all'andare in giro con gli amici, saranno sicuramente fonte di derisione e successivamente diventeranno voci che circoleranno e lo metteranno in cattiva luce (vergogna e metavergogna). Di conseguenza il ragazzo sta iniziando ad evitare tutte le situazioni in cui questo può accadere.

Per ciò che riguarda i sintomi somatici il meccanismo di mantenimento si innesca nel momento in cui l'attenzione selettiva di Marco lo porta a confermare/immaginare la mancanza di bagni intorno a lui; da qui il mal di pancia che aumenta proporzionalmente all'ansia. Entrambi perdono di intensità nel momento in cui vengono attuati comportamenti di evitamento che gli danno però una tranquillità momentanea la quale scompare alla prima situazione che lo agita e lo fa sentire "in pericolo".

Con il passare del tempo Marco tende sempre più a rinunciare alla vita sociale con i coetanei. A scuola, a volte, fa fatica a rimanere in classe senza la presenza di sintomi fisici e una forte ansia che lo distrae da tutto ciò che lo circonda e lo porta a confermare che la scuola o le relazioni sociali non sono "una cosa che fa per lui". Questo gli conferma anche che non è all'altezza (Affect as information; Perdighe C. & Mancini F., 2010)

Nell'ultimo periodo ha richiesto, spesso, alla mamma di venirlo a prendere prima della fine delle lezioni o all'uscita di scuola (Marco per tornare a casa deve prendere un autobus per un tragitto di circa 40 minuti) soprattutto nei giorni in cui ha palestra e latino. Le figure genitoriali non assecondano spesso le richieste di Marco e riferiscono di supportarlo non sempre adeguatamente nei suoi momenti d'ansia (Lo sgridano, gli dicono che non l'aiuteranno, che lo lasceranno star male, che se continua così non verrà più in seduta...).

Infine, è importante sottolineare come i genitori vadano a confermare un'immagine di Marco come ragazzo senza voglia di studiare come il padre e ansioso come la madre, che se continua a mantenere questi comportamenti farà la loro fine senza mai essere bravo come suo fratello maggiore (descritto da tutta la famiglia come riservato e molto diligente). Questa è la risposta che il ragazzo riceve ogni volta che cerca rassicurazioni creando così un ciclo interpersonale disfunzionale.

Evitamenti, un'iperfocalizzazione sui propri stati interni, la forte metaverogna provata e il ciclo interpersonale che si attiva soprattutto nella relazione con i genitori, vanno a mantenere le credenze alla base del disturbo di Marco (*"Reagisco in modo sbagliato quando sono con i miei amici e quindi sono sbagliato, un ragazzo della mia età si diverte con gli amici. Evitarli mi rasserena un po' ma poi sono triste"*), facendo sì che il suo schema di funzionamento del disturbo sia sempre più rinforzato e ben strutturato.

La figura 2 riporta lo schema di funzionamento del disturbo di Marco secondo il modello di Clark e Wells (1995).

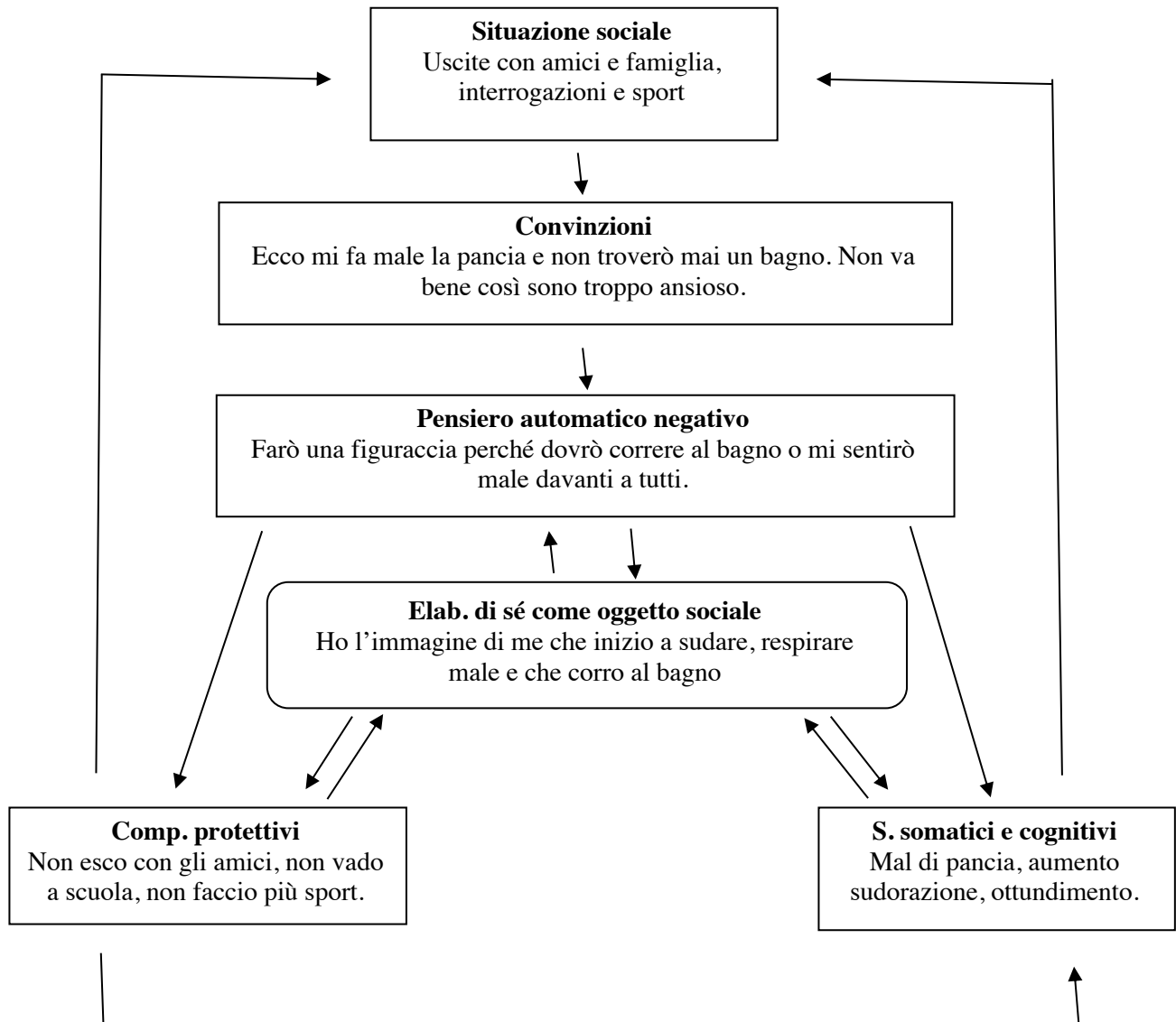


Figura 2: schema di funzionamento del disturbo di Marco secondo il modello di Clark e Wells

Scompenso

Marco identifica l'esordio dei suoi sintomi, soprattutto quelli somatici, in concomitanza con l'inizio delle scuole medie in cui si è trovato "catapultato" in un ambiente classe ostile e a lui sconosciuto (durante le elementari in classe erano solo due maschi, lui e un altro bambino con il quale era molto amico ma che poi, alle medie, è stato riassegnato ad un'altra sezione). Si è trovato a confrontarsi con compagni di classe molto critici e da lì la sua "paura" di fare figuracce si è poi estesa lentamente anche ad altri ambiti di vita.

Vulnerabilità

Vulnerabilità storica: Marco si è trovato fin da bambino a confrontarsi con il fratello maggiore da tutti ritenuto calmo e studioso. Al contrario, Marco è sempre stato descritto dai genitori come ribelle e non interessato allo studio. Egli stesso riconosce una netta contrapposizione tra la sua persona e quella del fratello sottolineando che, proprio per queste loro caratteristiche, lui si è sentito sempre la pecora nera della famiglia. Gli è sempre dispiaciuto che a causa di queste differenze non ci sia stato mai un rapporto “profondo” ma piuttosto caratterizzato da critiche da parte sia del fratello che dei familiari. Inoltre, il passaggio non positivo dal contesto della scuola primaria a quello della secondaria non gli è stato d’aiuto.

Vulnerabilità attuale: le dinamiche familiari sopra riportate sono ancora attuali ma Marco sembra aver trasferito la sua insicurezza anche in altri ambienti soprattutto quelli in cui è richiesta una prestazione specifica. Nonostante i genitori riportino di non fare differenze tra i figli, gli stessi hanno la tendenza a criticarli indirettamente (es. Mamma a Marco *“tua sorella piccola è la peggio di tutti con il suo caratterino”*). La madre tende a dare regole troppo rigide all’intera famiglia creando così tensione e disorganizzazione (*“tutti i cellulari, una volta a casa, devono essere ignorati e lasciati in altre stanze”*). Marco non riesce ad attenersi alle regole che gli vengono impartite dalla famiglia e sembra sempre più in difficoltà a seguire anche quelle che provengono dagli ambienti extrafamiliari (scuola e terapia), sentendosi sempre più sbagliato.

Trattamento psicoterapeutico

Contratto e scopi del trattamento, razionale, strategie e tecniche

Obiettivi di Contratto	Obiettivi Terapeutici	Razionale e Strategie	Tecniche
Riduzione dell’ansia sociale e delle manifestazioni ad essa correlate.	Aumentare la conoscenza delle emozioni e del funzionamento dell’ansia. Aumentare la consapevolezza rispetto a credenze disfunzionali e meccanismi di mantenimento	La psicoeducazione ha come obiettivo quello di far conoscere a Marco le emozioni in maniere dettagliata, di capire meglio lo schema di funzionamento del disturbo e i meccanismi che lo costituiscono. Gli Abc sono stati utilizzati soprattutto per incrementare la consapevolezza rispetto ai fattori e ai processi di mantenimento. Le tecniche di Esposizione hanno permesso di entrare in contatto con le situazioni temute, imparando	<ul style="list-style-type: none"> ● Psicoeducazione ● Costruzione schema di funzionamento del disturbo ● Abc ● 1° e 2° step del trattamento cognitivo di Wells

	Imparare a “stare nel” vissuto ansioso modificando le credenze su di sé.	gradualmente a contattare le emozioni scaturite da uno specifico stimolo e riducendo i comportamenti protettivi. Il trattamento cognitivo di Wells infine è utile per comprendere il funzionamento del disturbo, modificando la percezione di sé, i meccanismi di mantenimento e i comportamenti disfunzionali che ostacolano l'individuo.	<ul style="list-style-type: none"> ● 3° e 4° step del trattamento cognitivo di Wells
Imparare a comunicare in modo più assertivo.	Favorire una comunicazione assertiva e dirigersi verso un'immagine di sé positiva.	Il training assertivo è utile a migliorare la comunicazione rispettando i propri bisogni e quelli degli altri. Un'adeguata comunicazione favorisce una risposta emotiva più adeguata e competenze relazionali migliori.	<ul style="list-style-type: none"> ● 5° step del trattamento cognitivo di Wells ● Training assertività

Figura 3: tabella riassuntiva di obiettivi e delle tecniche utilizzate

Descrizione della terapia

A seguito dei primi incontri conoscitivi (uno con i soli genitori e 4 con Marco) abbiamo iniziato una psicoeducazione volta al riconoscimento delle emozioni, in particolare quelle connesse alla fobia sociale. Questo ci ha permesso, in un secondo momento, di strutturare uno schema di funzionamento del disturbo secondo il modello di Clark e Wells.

Una volta individuato lo schema di funzionamento è stato possibile lavorare sul significato e sul ruolo che hanno i comportamenti protettivi, la percezione di sé, i sintomi e le prestazioni stesse (1. introduzione e discussione del modello cognitivo e ABC). Questo ci ha permesso di mettere in evidenza e prendere maggiore consapevolezza dei meccanismi di mantenimento che rinforzano sempre di più la volontà di Marco di non affrontare le situazioni sociali temute. Il secondo step è stato quello di fare un'attenta auto-osservazione con lo scopo di analizzare e modificare la percezione che Marco ha di sé in determinati contesti (2. modificazione del contenuto della percezione di sé). Con il ragazzo abbiamo scelto una situazione temuta alla quale si sarebbe dovuto esporre ovvero lo stare in classe durante la lezione di latino in cui non sarebbe stato interrogato ma probabilmente “interpellato” su alcune coniugazioni verbali. Non potendo videoregistrare o audioregistrare, ho chiesto a Marco di contattarmi prima dell'esposizione riferendomi cosa immaginava sarebbe successo e valutando i sintomi che avrebbe avuto su una scala da 0

a 10. Una volta terminata la lezione, il ragazzo mi ha nuovamente contattata per riferirmi quanto i sintomi esperiti fossero inquadrabili con gli stessi punteggi dati prima dell'esposizione. Il risultato è stato che il punteggio dato da Marco prima dell'esposizione era più alto rispetto a quello dato dopo aver seguito la lezione. Ho chiesto al ragazzo di eseguire più volte questo esercizio fino a che Marco ha ridefinito un'immagine di sé con tratti meno catastrofici e imbarazzanti (*"inizio a sudare perché in classe è molto caldo e se mi fa una domanda rispetto ad un verbo che ho studiato poco ci sta che mi agiti"*). Una volta lavorato sulla percezione di sé siamo passati ad uno degli step più complessi del percorso ovvero il lavoro sui pensieri automatici negativi connessi sia a sé stesso che alle situazioni sociali fonte di giudizio (3. riattribuzione verbale). Utilizzando una tabella sono state messe in discussione le prove a sostegno delle credenze (prove esterne vs prove interne vs controprove esterne) e soprattutto ci siamo focalizzati sui bias di pensiero e nello specifico sull'attenzione focalizzata rispetto a specifici segnali ambientali (*"anche se sono nel centro della città non troverò mai un bagno"* oppure *"in classe fa troppo caldo e questo significa che comincerò a sudare, mi agiterò e mi verrà mal di pancia"*) e sulla proiezione del giudizio verso di sé all'esterno (*"sono uno sfigato, è ovvio che andare in bagno di corsa confermerà questa cosa anche ai miei amici"*). Per ridurre i comportamenti protettivi ho deciso di proporre a Marco di approfondire la pratica dell'esposizione (4. esperimenti comportamentali) lavorando, dunque, sulla riduzione della focalizzazione su di sé e sullo "stare" nel vissuto ansioso in specifiche situazioni. È stato chiesto al ragazzo di provare ad esporsi gradualmente alle situazioni temute (abbiamo creato insieme una gerarchia delle situazioni sociali temute) cercando di focalizzare la sua attenzione e memorizzando elementi specifici dell'ambiente o di persone che si sarebbero trovate con lui. In questo modo, Marco ha acquistato più sicurezza e consapevolezza del fatto che ponendo meno attenzione su sé stesso, gli effetti temuti tendono a diminuire di intensità e frequenza.

L'ultimo step, al quale ho integrato un training per l'assertività (Baggio F., 2013) ha avuto come obiettivo quello di mettere in discussione e modificare le convinzioni condizionate (*"se continuo a comportarmi così allora sono uno sfigato"*), le regole rigide e le credenze negative connesse a sé stesso (ultima fase del protocollo di Wells).

Per ciò che riguarda le convinzioni condizionate siamo partiti dall'affermazione di Marco *"sono uno sfigato, è ovvio che andare al bagno di corsa confermerà questa cosa anche ai miei amici"*, abbiamo definito bene che significato avesse per lui il correre al bagno e soprattutto perché questo confermerebbe agli amici di essere sfigato. Da qui abbiamo pensato ad un modo per ottenere delle controprove e siamo giunti alla conclusione che proseguire con le esposizioni avrebbe potuto aiutarlo (la prima prova affrontata in questa fase da Marco è stata andare a teatro con la famiglia). Marco ha provato ad entrare in teatro ma non ce l'ha fatta; la cosa che però l'ha aiutato è stata che dopo essere andato al bagno chi pensava potesse prenderlo in giro o giudicarlo non lo ha fatto mostrando invece interesse per lo stato di salute del ragazzo.

Questo ha fatto sì che Marco utilizzasse questo tipo di ragionamento anche in altre situazioni che lo mettevano a disagio ottenendo buoni risultati ma soprattutto affrontando i suoi limiti e le sue paure, portando ad una modificazione delle regole rigide che l'avevano socialmente limitato. Come già detto abbiamo considerato anche l'assertività di Marco, valutando situazione per situazione quale sarebbe stato il comportamento più idoneo per farlo sentire a suo agio ed individuando quali, secondo lui, fossero le caratteristiche che rendono "sfigata" e inadeguata una persona, cercando poi di trovare prove concrete nella quotidianità e negli esercizi spiegati in precedenza. Questo gli ha permesso di avere meno convinzioni negative su di sé e di affrontare la quotidianità in modo più funzionale e sereno raggiungendo in modo collaborativo gli obiettivi definiti a inizio percorso.

Per quanto riguarda la partecipazione della famiglia, è stato chiesto di collaborare alla terapia di Marco in due modi: partecipando a degli incontri mensili per fare il punto della situazione e accogliendo i traguardi e le difficoltà del figlio cercando di limitare il più possibile le pressioni per farlo studiare ed uscire per forza di casa.

Valutazione di esito

Nel corso degli incontri sono stati affrontati, gradualmente, tutti gli step proposti da Wells. Inizialmente Marco mostrava resistenza nel fare gli homework poiché li vedeva alla stessa stregua dei compiti scolastici ma soprattutto come un rischio in più di sbagliare ed essere giudicato. Una volta superato questo "blocco" iniziale, il ragazzo ha affrontato il percorso in modo collaborativo e proficuo (è riuscito a stare a scuola più serenamente, ad andare a teatro e ad uscire prima con il suo migliore amico e poi anche con tutto il gruppo di amici). L'ostacolo più grande si è palesato attraverso il comportamento della famiglia (a cui ho consigliato in più occasioni di iniziare un percorso personale o di coppia anche per sostenere al meglio il figlio), soprattutto della madre, che ha cercato costantemente di pilotare la terapia pretendendo che gli obiettivi fissati fossero raggiunti nel più breve tempo possibile e usando la minaccia di non mandare più Marco in seduta con l'idea che potesse fungere da innesco per accorciare i tempi e per far sì che il figlio si impegnasse di più. Nonostante questo non trascurabile ostacolo, Marco è riuscito a tutelare lo spazio creatosi in seduta e a farne tesoro imparando, passo passo, ad affrontare la sua situazione, uscendo di casa e finendo l'anno scolastico in modo adeguato. Marco ha inoltre imparato ad essere più assertivo nei confronti della famiglia manifestando le sue insicurezze senza la paura del giudizio e affrontando più serenamente le loro critiche. Purtroppo, nonostante i passi in avanti del ragazzo, la famiglia ha deciso di porre fine al percorso terapeutico di Marco. Non è stato possibile avere un incontro di confronto con i genitori i quali si sono rifiutati ma in un colloquio telefonico la madre ha specificato che il percorso del figlio era stato interrotto come punizione poiché Marco, più sicuro di sé e meno ansioso, passava troppo tempo fuori casa continuando a dedicare poco tempo allo studio. In questo frangente il

padre, il quale ha mostrato una crescita durante il percorso, non ha avuto “voce in capitolo” e non è intervenuto.

Bibliografia

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. Burlington, VT: Research Center for Children, Youth, and Families, University of Vermont.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition: DSM-5. American Psychiatric Publishing.

Baggio, F. (2013). Assertività e Training Assertivo. Teoria e pratica per migliorare le capacità relazionali dei pazienti. Milano, Franco Angeli.

Cianchetti C, Sannio Fascello G. Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA). Milano: Organizzazioni Speciali, 2001.

Clark DM., Wells A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (Eds) Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment. New York: Guilford Press.

Frigerio, A. (2001). Child Behavior Checklist 4-18, Manuale. Bosisio Parini, Italy: IRCCS Eugenio Medea, Editore Ghedini Libraio.

Perdighe, C. & Mancini, F. (2010). Introduzione alla terapia cognitiva. In Perdighe, C. & Mancini, F., Elementi di Psicoterapia Cognitiva, II edizione (pp.13). Roma, Giovanni Fioriti Editore.

Francesca Bianconi, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Ancona, e-mail: fbianconif@gmail.com

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

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