

Martin M. Antony
Karen Rowa

Disturbo d'ansia sociale

Sviluppi in psicoterapia: trattamenti *evidence-based*

Editor: **Danny Wedding**, PhD, MPH, Prof., St. Louis, MO

Co-editor: **Larry Beutler**, PhD, Prof., Palo Alto, CA

Kenneth E. Freeland, PhD, Prof., St. Louis, MO

Linda C. Sobell, PhD, ABPP, Prof., Ft. Lauderdale, FL

David A. Wolfe, PhD, Prof., Toronto

Per l'edizione italiana

Marco Giannini, psicologo, psicoterapeuta, ricercatore di Psicometria presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Firenze. Nel 1981 ha fondato la Scuola di Psicoterapia Comparata (SPC)

Titolo originale dell'opera:

SOCIAL ANXIETY DISORDER

Traduzione dall'inglese di Linda Pannocchia

Redazione: Costanza Tonini

Impaginazione: Sonia Bizzarri

Copertina: progetto ed elaborazione grafica di Paolo Turini

Published by Hogrefe & Huber Publishers,
Rohnsweg 25, D-37085 Goettingen, Germany
ISBN 978-0-88937-311-2

Copyright © 2008 by Hogrefe & Huber Publishers

Translation Copyright © 2010 by Giunti O.S. Organizzazioni Speciali

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

Nessuna parte di questo libro può essere riprodotta senza il consenso scritto dell'Editore. Fanno eccezione le pagine per le quali nella presente opera è data autorizzazione a fotocopiare.

Per l'edizione italiana

ISBN 978-88-09-74900-9

© 2010, Giunti O.S. Organizzazioni Speciali – Firenze

Prefazione

Alla mia nipotina, Parker
M.M.A.

Ai miei genitori, Ellen e Doug Rowa
K.R.

Il Disturbo d'Ansia Sociale (DAS; noto anche come "fobia sociale") è uno dei disturbi psicologici più comuni che, se non trattato, può provocare danni significativi nella vita di una persona nonché comportare ingenti costi sociali. Fortunatamente esistono trattamenti molto efficaci per il DAS che comprendono sia interventi farmacologici che psicologici. In questo libro verranno descritte le componenti base di una terapia psicologica empiricamente supportata per il DAS, e cioè la terapia cognitivo-comportamentale (*Cognitive Behavioral Therapy – CBT*). Essa è costituita da tecniche di esposizione, da tecniche cognitive e da tecniche di sviluppo delle abilità sociali (*social skill training*), tutte componenti che verranno dettagliatamente descritte nel volume.

Questo libro è stato pensato per una grande varietà di professionisti della salute mentale che, nella loro pratica clinica, vedono persone che soffrono di DAS e cioè psicologi, psichiatri, operatori sociali, medici di base e altri operatori della salute mentale nonché tutti coloro che si stanno specializzando in queste discipline.

Il volume è suddiviso in sei capitoli, dei quali i primi due offrono una descrizione teorica generale del DAS. Il capitolo 1 si occupa di argomenti quali la prevalenza, la comorbidità e la diagnosi differenziale di questo disturbo. Il DAS presenta caratteristiche che si sovrappongono a quelle di altri disturbi psicologici e dunque una chiara definizione diagnostica è fondamentale per poter scegliere quale tipo di trattamento effettuare. Gli Autori evidenzieranno quali sono le altre possibili diagnosi alle quali dare maggiormente attenzione quando ci si appresta a valutare e diagnosticare un DAS. Nel capitolo 2 verranno illustrati i modelli teorici principali, supportati dalle più recenti ricerche, relativi allo sviluppo e al mantenimento del DAS. Tra questi ci saranno sia modelli cognitivo-comportamentali, sia teorie genetiche e di sviluppo. Nel capitolo 3 vengono presentati gli aspetti fondamentali da indagare durante la valutazione di una persona con DAS. Non è infatti sufficiente fare una diagnosi di DAS ma, per poter pianificare un intervento di trattamento efficace, il clinico deve valutare una serie di aspetti importanti, quali sintomi, condizione di evitamento, ecc. Nel capitolo 4 sono descritte in dettaglio le tecniche della CBT per il DAS. Particolare attenzione viene data alla presentazione di strategie pratiche che sono di grande utilità per i clinici e per le quali viene fornita anche una *review* dei supporti empirici che hanno ottenuto. Sebbene dei "flash" di clinica siano sparsi in tutto il libro, il capitolo 5 è specificatamente dedicato alla presentazione di due casi clinici in cui si descrive un trattamento per il DAS affrontato dall'inizio alla conclusione. Infine, nel capitolo 6, sono contenuti preziosi suggerimenti relativi a letture

di approfondimento destinate a chi fosse interessato ad analizzare meglio l'argomento. Le Appendici contengono materiale che può rivelarsi molto utile in terapia.

Sebbene il supporto empirico, che il trattamento cognitivo-comportamentale del DAS ha ricevuto, sia estremamente incoraggiante, non tutti i clinici hanno seguito – o possono seguire – un training specifico e una supervisione in questo tipo di terapia. L'augurio è quello che libri come questo possano fungere da ponte e diminuire la distanza che c'è tra i trattamenti empiricamente supportati e la pratica clinica di tutti i giorni. Idealmente un testo come questo dovrebbe essere uno dei tanti strumenti di cui ci si serve per imparare ad applicare le tecniche cognitivo-comportamentali nel campo dei problemi correlati all'ansia, quale ad esempio l'ansia sociale. Ad esso poi dovrebbero essere aggiunti altre letture, corsi e workshop educativi, discussioni di casi, opportunità di consultarsi con altri colleghi e, possibilmente, una supervisione.

La nostra comprensione della natura del trattamento del DAS è stata influenzata dal lavoro di numerosi esperti, tra i quali Aaron T. Beck, Deborah Beidel, David M. Clark, Edna Foa, Richard Heimberg, Ron Rapee, Samuel Turner, Adrian Wells e molti altri. Gli esempi clinici che presenteremo e le esperienze ai quali ci riferiremo provengono principalmente da clienti dell'Anxiety Treatment and Research Centre (ATRC) del St. Joseph's Healthcare di Hamilton, nell'Ontario. È stato per noi un enorme riconoscimento quello di vedere così tante persone reclamare la propria vita e poi imparare a gestire i propri sintomi d'ansia per mezzo delle tecniche della CBT. Siamo inoltre grati a tutto lo staff dell'ATRC per aver supportato e partecipato agli sforzi di ricerca medica che ci hanno aiutato ad aumentare la nostra conoscenza clinica e teorica del DAS.

Vogliamo ringraziare anche Danny Wedding e Robert Dimpleby di Hogrefe & Huber Publishers per averci chiesto di partecipare a quella che riteniamo sia un'importante collana di volumi che, poiché si occupa delle terapie empiricamente supportate per un vasto ambito di problematiche psicologiche, psichiatriche e fisiche, è – a nostro avviso – molto al passo con i tempi. Abbiamo apprezzato la loro flessibilità e pazienza e la guida che ci hanno fornito nella stesura di questo libro. Infine, vorremmo porgere un ringraziamento alle nostre famiglie per il loro continuo incoraggiamento e supporto.

1

Descrizione

1.1. Terminologia

Il Disturbo d'Ansia Sociale (DAS; noto anche come “fobia sociale”) è caratterizzato da un'intensa paura delle situazioni sociali o delle situazioni in cui è richiesta una performance. In questi casi le persone che soffrono di DAS sono preoccupate di provare imbarazzo, di venire umiliate o di essere scrutate e giudicate dagli altri. Sebbene molte persone si sentano nervose o in imbarazzo quando si trovano in situazioni sociali o devono avere una performance (alcuni studi suggeriscono che il 40% delle persone si considera cronicamente timida; Henderson e Zimbardo, 1998), si fa diagnosi di DAS solo quando l'ansia diviene così intensa e pervasiva da provocare una sofferenza significativa all'individuo o una compromissione del suo funzionamento (al lavoro o a scuola, nelle relazioni interpersonali, ecc.). Alcune situazioni, che solitamente chi ha un DAS teme, sono:

Le persone con DAS temono ed evitano situazioni per l'ansia di provare imbarazzo o essere giudicate dagli altri

- sostenere una conversazione;
- incontrare persone nuove;
- telefonare a conoscenti o estranei;
- partecipare ad una festa;
- parlare di fronte a persone che rappresentano l'autorità;
- esprimere un'opinione controversa o essere in disaccordo;
- essere assertivi;
- parlare di fronte ad un gruppo di persone;
- partecipare ad una riunione;
- entrare in una stanza affollata;
- essere al centro dell'attenzione;
- mangiare o bere davanti agli altri;
- scrivere davanti agli altri;
- compiere degli errori davanti agli altri.

Il numero di situazioni temute dalle persone con DAS variano da caso a caso. Alcuni riferiscono preoccupazioni relative ad un numero ristretto di situazioni o ad una sola situazione particolare (ad esempio, parlare in pubblico), mentre altri riferiscono di avere paura di una vasta gamma di situazioni sociali o in cui è richiesta una performance.

1.2. Definizioni

Il principale sistema di classificazione che fornisce sia una definizione del DAS che i criteri per poterne fare diagnosi è il *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico*

dei disturbi mentali, quarta edizione, text revision (American Psychiatric Association, 2009). Il DSM-IV-TR considera questo disturbo in maniera categorica, e cioè i criteri per farne diagnosi sono o non sono soddisfatti. Naturalmente, sebbene i criteri diagnostici del DAS siano categorici, l'ansia sociale si pone su un continuum di manifestazioni che vanno da una lieve timidezza a sintomi molto gravi. Nei casi più gravi d'ansia sociale potrebbero essere soddisfatti anche i criteri diagnostici del Disturbo Evitante di Personalità (DEP). Alcuni Autori hanno addirittura sostenuto che i casi più gravi di DAS sono così simili al DEP da non dover essere considerati due condizioni distinte. In effetti, esistono pochissimi casi in cui ad una persona alla quale è stata fatta diagnosi di DEP non sia stata fatta anche una diagnosi di DAS. Gli studi indicano inoltre che tra questi due disturbi non esistono differenze relative alla storia familiare d'ansia sociale; le persone che hanno una familiarità con l'ansia sociale hanno una probabilità doppia o tripla di ammalarsi di entrambi questi disturbi rispetto agli altri (Tillfors, Furmark, Ekselius e Fredrikson, 2001). Esistono tuttavia altri studi che hanno rilevato differenze importanti tra coloro che soffrono solo di DAS e chi invece presenta DAS e DEP, fatto che suggerisce come questi due gruppi non differiscano solo in relazione al livello d'ansia sociale che presentano (Hofmann e Barlow, 2002). Alcuni Autori hanno inoltre sostenuto l'importanza di mantenere questi due disturbi distinti in quanto, mentre il DAS è una patologia trattabile, i risultati che si ottengono con il trattamento del DEP sono molto meno incoraggianti (Wittchen e Fehm, 2003). Anche alcune procedure statistiche, come i modelli ad equazioni strutturali (*structural equation modeling*), supportano la distinzione concettuale di questi due costrutti (Strunk, Huppert, Foa e Davidson, 2003). Da un punto di vista clinico può essere molto difficile distinguere queste due sindromi e i clinici sono solitamente incerti nel decidere se un cliente soffra di entrambi i disturbi o di uno solo dei due. Più avanti in questo capitolo verranno fornite delle strategie utili per riuscire a differenziare il DAS dal DEP.

Nel DSM-IV-TR il DAS è definito come una paura marcata e persistente di una o più situazioni sociali che spesso conduce all'evitamento di queste ultime. La persona teme di venire umiliata, giudicata o di sentirsi in imbarazzo. Tale paura si deve presentare la maggior parte delle volte che il soggetto si trova in situazioni sociali (cioè non può essere una paura transitoria) e deve riconoscere che la sua paura è eccessiva o irragionevole. Alcune persone possono provare degli attacchi di panico nelle situazioni sociali (sia quando ci si trovano che quando sanno che dovranno trovarvisi). I sintomi dell'ansia sociale devono interferire significativamente con la routine quotidiana della persona o procurarle un disagio significativo. Esempi di come il DAS possa danneggiare il funzionamento di un individuo includono problemi sociali o coniugali (pochi amici, conflittualità coniugale dovuta all'impossibilità di partecipare agli eventi sociali, incapacità di uscire per un appuntamento, ecc.), problemi lavorativi o scolastici (incapacità di trovare un lavoro dovuta alla paura di sottoporsi ai colloqui di selezione, mancato sviluppo di carriera dovuto all'ansia, perdita di molti giorni di lavoro o l'essere rimandati a scuola, ecc.) o problemi nel funzionamento di tutti i giorni (incapacità di fare telefonate importanti, evitamento dei posti pubblici, ecc.). I danni causati dal DAS possono essere ingenti; basti pensare che coloro che ne soffrono arrivano a manifestare problemi funzionali più gravi di chi ha una vasta serie di complicazioni mediche, tra i quali anche gli stadi più avanzati delle problematiche renali (Antony, Roth, Swinson, Huta e Devins, 1998) e l'herpes genitale (Wittchen e Beloch, 1996).

Le problematiche nel funzionamento generale della persona possono condurre a conseguenze gravi. Ad esempio, uno dei clienti degli Autori che soffriva di DAS non

Nei casi più gravi le persone con DAS sono incapaci di lavorare e di avere amicizie intime

riscuoteva i sussidi (*disability payment*) che gli spettavano per la paura di poter essere criticato dagli altri se l'avesse fatto e per la forte ansia che il pensiero di dover telefonare ad un "estraneo" per farne richiesta gli suscitava; a causa di questa sua incapacità di superare l'ansia e richiedere il supporto che gli spettava, questo cliente si ritrovò sommerso dai debiti.

In accordo al DSM-IV-TR, il termine "generalizzata" dovrebbe essere usato in quei casi di DAS in cui gli individui riportano paure relative alla maggior parte delle situazioni sociali o prestazionali. Sebbene non esistano regole precise che stabiliscono quante situazioni sociali siano "la maggior parte", questo sembra essere un modo valido e attendibile per distinguere chi soffre di un DAS più grave e pervasivo da chi manifesta paure relative solo ad un piccolo numero di situazioni sociali (ad esempio, parlare in pubblico).

1.3. Epidemiologia

Il DAS sembra uno dei disturbi psicologici maggiormente diffusi, sebbene i tassi di prevalenza che si trovano in letteratura siano molto variabili tra gli studi: il tasso di prevalenza del DAS, calcolato su grandi campioni statunitensi, varia dal 3 al 13% (Antony e Swinson, 2000; Kessler et al., 2005; Somers, Goldner, Waraich e Hsu, 2006). Un fattore che può rendere ragione di questa grande variabilità tra gli studi è relativo allo strumento diagnostico che viene utilizzato per valutare il disturbo. Ad esempio, gli studi più vecchi che si basavano sui criteri diagnostici del DSM-III (cfr. Eaton, Dryman e Weissman, 1991) tendevano a valutare le paure in un numero di situazioni sociali relativamente piccolo in confronto agli studi più recenti basati sul DSM-III-R (Kessler et al., 1994) o sul DSM-IV (Kessler et al., 2005). Quando si suggerisce agli individui un numero maggiore di situazioni sociali, i tassi di prevalenza tendono ad essere maggiori. Tali tassi inoltre variano anche in relazione al modo in cui si misura il livello di angoscia e di danneggiamento che il DAS ha procurato nell'individuo e in relazione all'età e al livello culturale del campione (Wittchen e Fehm, 2003).

Il DAS tende ad esordire nell'adolescenza (tra la metà e la fine degli anni dell'adolescenza), ma può anche apparire prima, cioè durante l'infanzia. In effetti, un numero rilevante di adulti riferisce di avere avuto problemi con l'ansia sociale da sempre, o almeno da quando riesce a ricordare. Uno studio su larga scala, condotto su persone che si erano presentate ad una clinica per la cura dell'ansia, ha trovato un'età media di insorgenza di 15.7 anni, cioè un'età di insorgenza più bassa rispetto a quella di altri disturbi legati all'ansia (Brown, Campbell, Lehman, Grisham e Mancill, 2001). Le ricerche indicano che il DAS è associato all'aver avuto problemi simili ad esso nell'infanzia o a problemi comunque ad esso correlati, come ad esempio l'aver sofferto di mutismo selettivo, aver rifiutato la scuola, aver sperimentato l'ansia da separazione e la timidezza (Albano e Detweiler, 2001). Poiché la maggior parte degli studi si basa su dati retrospettivi raccolti su soggetti adulti, non è chiaro se il DAS sarebbe stato diagnosticato a questi individui nella loro infanzia o se essi credono di avere sofferto da sempre di DAS perché da piccoli si sono trovati ad affrontare problemi simili a quelli attuali, ma che solo in seguito si sono sviluppati in un vero e proprio DAS. Tuttavia il fatto che questo disturbo venga frequentemente diagnosticato in speciali cliniche infantili per la cura dell'ansia conferma che il suo esordio sia precoce e avvenga soprattutto nell'infanzia o nell'adolescenza. Casi di DAS esorditi nella tarda età adulta sono rari e, in questi casi, probabilmente l'ansia

sociale è secondaria ad un altro disturbo mentale (ad esempio, il ritiro sociale nella depressione o l'evitamento del mangiare in pubblico nei disturbi dell'alimentazione).

Gli studi epidemiologici hanno trovato che il DAS è lievemente più comune nelle donne che negli uomini (Fehm, Pelissolo, Furmark e Wittchen, 2005), sebbene questa differenza sia molto ridotta, soprattutto se confrontata con le differenze di genere che si trovano negli altri disturbi d'ansia dove sono comunemente le donne a soffrirne di più (ad esempio, il disturbo da attacchi di panico, le fobie specifiche, il disturbo d'ansia generalizzata). Le differenze di genere nei campioni clinici sono trascurabili e addirittura alcune evidenze empiriche suggeriscono che sono gli uomini a richiedere di più un trattamento per il DAS (Hofmann e Barlow, 2002).

**Il DAS
si manifesta
in modo
leggermente
prevalente nelle
donne rispetto
agli uomini**

Esistono alcune differenze di genere nel modo in cui il DAS si presenta. Ad esempio, gli uomini e le donne differiscono per le situazioni sociali che temono maggiormente. Turk e collaboratori (1998) hanno trovato che le donne temono più degli uomini di parlare di fronte a persone che rappresentano l'autorità, di esibirsi in pubblico, di lavorare quando sono osservate, di entrare in una stanza dove ci sono già altre persone sedute, di essere al centro dell'attenzione, di parlare ad una riunione, di esprimere il proprio disaccordo, di fare un resoconto ad un gruppo e di organizzare una festa. Viceversa, gli uomini si sono mostrati maggiormente terrorizzati rispetto alle donne di riportare una merce ad un negozio e di urinare in un bagno pubblico.

Il DAS è un fenomeno largamente diffuso in culture differenti e si ritrova in Paesi molto diversi come il Giappone, la Corea, l'Australia, la Svezia, l'Arabia Saudita e in altri territori dell'Asia dell'Est. Sebbene il modo generale di presentarsi del DAS sia sostanzialmente simile nei vari Paesi, esistono alcune differenze culturali molto interessanti. Ad esempio, il tipo di situazione che produce ansia differisce nelle varie culture. Uno studio che ha messo a confronto persone con DAS provenienti dalla Svezia, dall'Australia e dagli Stati Uniti (Heimberg, Makris, Juster, Öst e Rapee, 1997) ha suggerito che gli svedesi temono principalmente le situazioni che implicano l'osservazione da parte degli altri (ad esempio, parlare o scrivere in pubblico, mangiare o bere in pubblico), mentre gli australiani sono maggiormente preoccupati dagli appuntamenti e dal dare inizio ad una conversazione. Un altro studio in cui sono state messe a confronto persone con DAS provenienti dagli Stati Uniti, dal Canada, da Porto Rico e dalla Corea ha rilevato che la paura di parlare agli estranei era più pronunciata nel campione di coreani che negli altri gruppi (Weissman et al., 1996). Un'altra differenza culturale è che il DAS sembra essere meno prevalente nei territori del lontano Est rispetto a quelli occidentali (cfr. Hwu, Yeh e Chang, 1989). È possibile che comportamenti socialmente riservati e introversi siano maggiormente accettati nei Paesi orientali che si focalizzano sulla "collettività" piuttosto che su obiettivi individualistici. È tuttavia anche possibile che le culture orientali abbiano atteggiamenti più riservati relativi al fornire informazioni personali in situazioni di intervista.

In Giappone e in Corea le persone possono soffrire della Taijin Kyofusho Syndrome (TKS), un disturbo simile al DAS con l'unica differenza che le persone che ne soffrono sono preoccupate di poter fare qualcosa che potrebbe offendere o mettere in imbarazzo gli altri piuttosto che loro stessi. Ad esempio, una persona con TKS potrebbe preoccuparsi di offendere gli altri emettendo un odore sgradevole, fissandoli o facendo un'espressione facciale impropria. È stato suggerito che la TKS può essere

considerata una forma asiatica di DAS che nasce dall'enfasi che la società mette sul collettivismo (Kirmayer, 1991). In altre parole, la cultura influenza la forma in cui i sintomi dell'ansia sociale si manifestano. Perciò non è sufficiente individuare le situazioni sociali temute da una persona che soffre di DAS, ma è necessario anche comprendere il punto di vista della paura della persona, soprattutto quando si ha a che fare con clienti di discendenza asiatica.

Gli studi sul DAS sono condotti su Paesi occidentali, ma ci sono anche studi sulle differenze cross-culturali

1.4. Decorso e prognosi

Se non trattato, il DAS sembra avere un decorso cronico e senza remissione e spesso precede lo sviluppo di altri disturbi psicologici, come la depressione o l'uso di sostanze (Stein et al., 2001). Uno studio ha seguito alcune persone con DAS per un periodo di 65 settimane, trovando che pochissimi individui hanno mostrato una remissione del disturbo durante questo periodo. I sottotipi generalizzato e non generalizzato non hanno mostrato differenze a questo proposito (Reich, Goldenberg, Vasile, Goisman e Keller, 1994). Inoltre la gravità del DAS non influisce sul suo decorso. In altre parole, i soggetti che soffrono di un grave DAS hanno gli stessi bassi livelli di remissione di coloro che hanno un DAS più lieve. Altri studi sono giunti agli stessi risultati, suggerendo che la possibilità di ottenere una remissione del DAS è minore della probabilità di guarire da un altro disturbo d'ansia (Yonkers, Bruce, Dyck e Keller, 2003). Oltre a ciò, la presenza di un disturbo di personalità in comorbidità (ad esempio, il disturbo evitante di personalità) abbassa ulteriormente i tassi di remissione (Massion et al., 2002). Sfortunatamente la non remissione del DAS comporta gravi conseguenze per l'individuo, tra le quali una maggiore disabilità e un maggiore rischio di tentativi di suicidio (20% rischio di tentativi di suicidio) rispetto a coloro che non ne soffrono (8%; Keller, 2003).

Fortunatamente esistono numerosi interventi che possono influenzare positivamente il corso e l'esito di questo disturbo. La terapia cognitivo-comportamentale (*Cognitive Behavioral Therapy – CBT*) è un trattamento psicologico che è stato empiricamente supportato per la cura del DAS. Gli studi mostrano che i soggetti che ricevono una CBT sperimentano notevoli miglioramenti sia nella sintomatologia che nel funzionamento generale che era stato danneggiato dalla malattia. Nel capitolo 4 sono contenute maggiori informazioni sull'efficacia della CBT per il DAS. Esistono inoltre numerosi agenti farmacologici che si sono dimostrati efficaci nel trattamento di questo disturbo. L'intervento terapeutico può dunque notevolmente modificare un altrimenti pessimistico decorso del DAS.

1.5. Diagnosi differenziale

L'esistenza di un certo numero di disturbi che presentano caratteristiche identiche o simili a quelle del DAS rende talvolta difficile diagnosticare questa patologia. L'obiettivo dei paragrafi che seguono è quello di evidenziare sia le similarità che le differenze che ci sono tra il DAS e il Disturbo da Attacchi di Panico con Agorafobia (DAP), il Disturbo d'Ansia Generalizzato (DAG), particolari fobie specifiche (ad esempio, posti affollati, luoghi chiusi), la depressione, il Disturbo Evitante di Personalità (DEP) e il Disturbo Schizoide di Personalità.

L'ansia in situazioni sociali è una caratteristica, oltre che del DAS, di molti altri disturbi psicologici

1.5.1. Disturbo da Attacchi di Panico con Agorafobia (DAP)

Esistono numerose somiglianze tra il DAS e il DAP. Entrambi questi disturbi sono caratterizzati dall'evitamento di alcune situazioni che, spesso, sono le stesse. Solitamente i luoghi evitati sono quelli affollati, quelli pubblici o le feste. Al fine di riuscire a distinguere il DAS dal DAP è dunque importante esaminare le ragioni che sottostanno all'evitamento. Nei casi prototipici le persone che soffrono di DAP evitano alcune situazioni per la paura di poter avere un attacco di panico o di sperimentare i sintomi associati ad esso, mentre le persone che hanno un DAS solitamente le evitano per la paura di venire umiliate o criticate ma per ragioni che non sono associate al panico (ad esempio, temono di poter essere considerate incompetenti, noiose, non attraenti, eccessivamente nervose, deboli, stupide, ecc.). Fare una diagnosi differenziale è tuttavia molto complicato in quanto alcune persone con DAP sono preoccupate dal fatto di potersi sentire in imbarazzo se avessero un attacco di panico di fronte agli altri e alcune persone con DAS sono terrorizzate dall'idea di poter sperimentare un attacco di panico o sintomi simili. Per riuscire a separare le preoccupazioni relative al panico dal DAS può essere molto utile considerare le seguenti informazioni:

- a) questa persona sperimenta attacchi di panico o sintomi simili al di fuori di situazioni sociali (ad esempio, quando è da sola) oppure all'improvviso? Gli attacchi di panico improvvisi o scatenati da situazioni non sociali sono molto comuni nel DAP, mentre nel DAS gli attacchi di panico sono scatenati solo dall'essere, o dal pensiero di essere, in una situazione sociale temuta;
- b) l'individuo presenta preoccupazioni correlate al panico che non hanno a che fare con il sentirsi imbarazzato o umiliato (ad esempio, paura di morire o di impazzire)? Tali preoccupazioni si manifestano spesso nel DAP ma non nel DAS;
- c) la persona presenta preoccupazioni sociali che non siano associate alla paura di avere un attacco di panico (ad esempio, paura di dire qualcosa di sciocco o di non piacere fisicamente agli altri)? Ciò avviene nel DAS, ma non nel DAP. Naturalmente coloro che sperimentano sia improvvisi attacchi di panico al di fuori di situazioni sociali che intense paure di essere criticati o sentirsi in imbarazzo, non correlate al panico, possono ricevere una diagnosi sia di DAP che di DAS.

**Comuni anche
gli attacchi di
panico scatenati
da situazioni
sociali**

Un'altra somiglianza tra il DAS e il DAP è la presenza di un'elevata sensibilità all'ansia che porta la persona a riferire ad essa un grande numero di sensazioni fisiche, quali il batticuore, le vertigini e l'affanno. Sebbene la sensibilità all'ansia sia vista come un segno distintivo del DAP, gli studi suggeriscono che queste preoccupazioni sono spesso elevate anche nel DAS, anche se di solito non quanto nell'altro disturbo (Taylor, Koch e McNally, 1992). Un questionario solitamente utilizzato per misurare il grado di sensibilità all'ansia è l'*Anxiety Sensitivity Index* (ASI; Peterson e Reiss, 1993), del quale si trovano numerose varianti (cfr. Taylor e Cox, 1998; Taylor et al., 2007). Nell'esperienza degli Autori è più probabile che le persone che soffrono di DAS temano di poter provare delle sensazioni piuttosto che essere notate dagli altri (ad esempio, diventare rossi, sudare, tremare) e la paura di sperimentare sensazioni fisiche aumenta quando si trovano con altre persone. I soggetti che soffrono di DAP invece temono di solito di provare una vasta serie di sensazioni anche quando sono soli (e per alcuni, *soprattutto* quando sono soli).

1.5.2. *Disturbo d'Ansia Generalizzato (DAG)*

Sia le persone che soffrono di DAS che di DAG possono presentare preoccupazioni elevate o eccessive relative alle situazioni sociali, alle situazioni prestazionali e alle relazioni. Ad esempio, le persone con DAG spesso si preoccupano delle amicizie, si domandano se le loro relazioni andranno bene e si chiedono come appaiono agli altri. Sia chi soffre di DAG che di DAS inoltre potrebbe evitare queste situazioni a causa degli eccessivi livelli d'ansia che provocano loro. Come nel DAS, anche le persone con DAG possono sperimentare attacchi di panico quando si preoccupano di situazioni che scatenano in loro ansia. La differenza fondamentale esistente tra i due disturbi è che il focus delle preoccupazioni di chi ha un DAS è relativo a situazioni sociali o di performance, mentre queste sono solo alcune delle numerose altre preoccupazioni che una persona con DAG può avere. Più precisamente, i criteri diagnostici del DAG stabiliscono che un individuo deve mostrare preoccupazioni eccessive relativamente a numerosi ambiti della propria vita che possono includere il lavoro, la scuola, le finanze, questioni minori, l'aspetto fisico, il futuro e quello che accade nel mondo. Quando ci si trova a fare questa diagnosi differenziale, può essere opportuno porsi le domande che seguono:

- a) La persona presenta preoccupazioni eccessive relativamente a numerosi ambiti della propria vita che non sono correlati a paure sociali o di performance (necessarie per una diagnosi di DAG)?
- b) Se le preoccupazioni sociali sono solo una serie di numerose altre preoccupazioni eccessive, rappresentano esse un problema abbastanza importante da poter essere considerato da solo (senza occuparsi del fatto che i criteri per il DAG siano o meno soddisfatti)?

Se la risposta a queste due domande è "Sì", è possibile che la persona presenti un numero di sintomi sufficiente a farle soddisfare i criteri per entrambi i disturbi. Se le preoccupazioni sociali sono invece più lievi, non sono accompagnate da un significativo evitamento fobico e sono solo una parte di un più largo quadro di preoccupazioni croniche ed eccessive, una diagnosi di DAG potrebbe essere la più appropriata.

Un'altra distinzione che può essere fatta tra questi due disturbi è che la diagnosi di DAG richiede la presenza di numerosi sintomi fisici, tra i quali problemi del sonno, tensione muscolare e agitazione. Questi sintomi sono solitamente presenti in ogni cliente ansioso, ma non sono necessari per una diagnosi di DAS.

1.5.3. *Fobia specifica*

Il DAS potrebbe essere confuso con alcune fobie specifiche, quale, ad esempio, la paura di trovarsi in posti affollati o chiusi (*claustrofobia*), come un ascensore o un cinema, in quanto entrambe queste fobie potrebbero implicare l'evitamento di alcuni luoghi pubblici. Per distinguere il DAS dalla claustrofobia è importante indagare i pensieri associati alla paura della persona. Nella claustrofobia la paura è scatenata dalla possibilità di non poter più respirare o fuggire dalla situazione in cui ci si trova, mentre nel DAS essa è solitamente relativa all'essere osservati dagli altri, al sentirsi imbarazzati o umiliati. Come per il DAP, alcune persone affette da claustrofobia potrebbero riferire che parte della loro paura è dovuta all'imbarazzo che proverebbero se dovessero andare via o passare di fronte agli altri per uscire. È in questi casi nuovamente importante prestare attenzione sia a tutto lo spettro di sintomi che la per-

Indice

Prefazione.....	5
1. Descrizione.....	7
1.1. Terminologia.....	7
1.2. Definizioni.....	7
1.3. Epidemiologia.....	9
1.4. Decorso e prognosi.....	11
1.5. Diagnosi differenziale.....	11
1.6. Comorbidità.....	15
1.7. Procedure diagnostiche e documentazione.....	16
2. Approcci psicologici per comprendere il DAS.....	20
2.1. Il modello cognitivo di Clark e Wells.....	20
2.2. Il modello cognitivo-comportamentale di Rapee e Heimberg.....	23
2.3. Esperienze di apprendimento negative e ansia sociale.....	25
2.4. Basi temperamentali del DAS.....	26
2.5. Implicazioni per il trattamento.....	27
3. Indicazioni per la diagnosi e il trattamento.....	28
3.1. Caratteristiche chiave da valutare.....	28
3.2. Panoramica delle strategie di trattamento efficaci.....	33
3.3. Fattori che influenzano le decisioni sul trattamento.....	35
4. I trattamenti.....	39
4.1. Metodi utilizzati nella CBT.....	39
4.2. Meccanismi di azione.....	60
4.3. Efficacia.....	63
4.4. Combinazione dei trattamenti.....	68
4.5. Superare gli ostacoli al trattamento.....	73
4.6. Adattare il trattamento in base all'età dei soggetti.....	77
4.7. Adattare il trattamento alle diverse culture.....	79
5. Casi clinici.....	80
6. Letture di approfondimento.....	87
7. Bibliografia.....	89
8. Appendice: strumenti e risorse.....	100