



## **La Fobia sociale (FS)** **di Salvatore Di Salvo**

### **Diffusione**

Tutte le ricerche indicano che la diffusione della FS nella popolazione generale è elevata ed è causa di disadattamento marcato anche nelle forme attenuate. Tra i disturbi fobici che giungono all'osservazione dello psichiatra, la FS è il secondo come prevalenza, dopo l'agorafobia. E' da sottolineare la scarsa frequenza con cui questi pazienti richiedono l'aiuto del medico e il fatto che questa diagnosi risulta spesso trascurata dagli stessi specialisti.

### **Quadro clinico**

Le manifestazioni più importanti del disturbo sono rappresentate dalla eccessiva sensibilità al giudizio degli altri, accompagnate da sintomi ansiosi spiccati in situazioni interpersonali e sociali, incapacità di controllare le proprie reazioni emotive e paura di apparire ridicoli o comportarsi in maniera inadeguata, goffa, impacciata. I pazienti temono di essere osservati e di divenire oggetto di scherno da parte degli altri.

Le forme nelle quali la paura esagerata e l'evitamento sono legati a contesti specifici ben definiti e limitati vanno distinte da quelle nelle quali le situazioni temute sono estese alla maggior parte degli ambiti sociali e interpersonali.

La FS *circoscritta* si limita ad una o due situazioni isolate che in genere riguardano comportamenti eseguiti mentre si è osservati. La forma più frequente è la paura di parlare o di esibirsi davanti ad un uditorio o ad un gruppo di persone. Si tratta di circostanze in cui la maggior parte delle persone presenta sintomi ansiosi, ma ciò non impedisce loro di agire in modo soddisfacente: l'ansia che precede la prestazione diminuisce non appena il soggetto comincia a parlare o ad agire. Nei pazienti con FS le reazioni ansiose sono intense già molto tempo prima dell'inizio della prestazione, non cessano mano a mano che essa procede, spesso la compromettono e si ripetono puntualmente nelle occasioni successive. L'idea di essere giudicato in modo negativo da chi guarda si accompagna a reazioni neurovegetative evidenti quali rossore, tremori, sudorazione, cui spesso si associa il timore di mostrare i segni dell'ansia in pubblico. Altri tipi di FS *circoscritta* riguardano il bere o il mangiare in pubblico, per paura che le mani o la testa tremino visibilmente o che l'ansia sia tale da impedire di deglutire o per il timore di soffocarsi con il cibo, lo scrivere in pubblico, per paura che

la mano tremi e che la grafia risulti illeggibile, e l'urinare in bagni pubblici, per timore di essere sentiti o visti.

La forma di FS *generalizzata* si differenzia da quella precedente in quanto coinvolge la quasi totalità delle situazioni interpersonali ed è causa di un disadattamento più grave rispetto alla FS circoscritta. L'ansia di performance può non essere presente, ma sono costanti difficoltà interpersonale ed inibizione comportamentale. Spesso questi pazienti temono di incontrare persone nuove, risultano particolarmente ansiosi quando si tratta di incontri con persone che hanno "autorità" o con persone del sesso opposto. Per evitare l'esposizione ad esperienze dolorose o potenzialmente tali, adottano comportamenti di rinvio, di evitamento, di rinuncia e di ritiro.

Oltre alla FS circoscritta e generalizzata, vi è anche una forma di FS "*non generalizzata*", in cui è presente paura ed evitamento di situazioni ed attività connesse solo ad un unico ambito della vita sociale. L'esempio di riscontro più frequente è quello relativo alla FS nei confronti dell'altro sesso. In questi pazienti l'imbarazzo, l'ansia e le condotte di evitamento si manifestano quasi esclusivamente in tutte le occasioni nelle quali viene richiesto di interagire con individui di sesso opposto. In questi casi si associa di solito una compromissione rilevante delle relazioni sentimentali e della vita sessuale.

Indipendentemente dalla gravità e dall'estensione dell'evitamento, le difficoltà riscontrate nello stabilire adeguati rapporti interpersonali e sociali sono sempre vissute con sofferenza ed il paziente si lamenta dei problemi che incontra, dell'isolamento e del ritiro in cui è costretto a vivere. Questo si verifica invariabilmente anche nei casi in cui la FS non è percepita dal paziente e dai suoi familiari come una malattia, ma interpretata semplicemente come conseguente ad un "carattere particolarmente sensibile".

Il disagio provocato dal disturbo condiziona scelte ed abitudini di vita e interferisce con i livelli di adattamento familiare, sociale e lavorativo. Quando le condotte di evitamento sono generalizzate, il disturbo diventa invalidante e favorisce lo sviluppo di sentimenti d'inadeguatezza ed inferiorità.

Durante l'esposizione alle situazioni temute sono presenti spiccate manifestazioni neurovegetative quali palpitazioni, vertigini, rossore, tremori, sudorazione, vampate di caldo.

L'ansia anticipatoria può risultare particolarmente disturbante per la sua intensità e durata. Ad esempio il sapere che, anche tra mesi, il paziente dovrà fronteggiare una situazione temuta può generare una condizione persistente di attesa ansiosa.

Quando il disturbo non è complicato da depressione o da uso di sostanze come benzodiazepine ed alcool, non sono presenti turbe del sonno, dell'appetito e della sfera sessuale.

## **Come riconoscere la Fobia Sociale**

I criteri del DSM-IV per la diagnosi di FS prevedono il timore persistente e pronunciato di una o più situazioni sociali o di performance specifiche e la presenza costante di una marcata risposta ansiosa durante l'esposizione a queste ultime, che sono evitate o affrontate con estremo disagio. Nel DSM-IV viene inoltre specificato che, per fare diagnosi di FS, il timore deve essere collegato alla paura di "mostrare segni d'ansia" e la reazione ansiosa, in presenza dello stimolo fobico, deve sempre essere presente. Viene inoltre sottolineato che il disturbo deve interferire con l'adattamento sociale e lavorativo del paziente.

## **Timidezza e fobia sociale**

Alcuni elementi distinguono la timidezza dalla FS. Quest'ultima è caratterizzata da una maggiore interferenza sull'adattamento sociale ed appare come una condizione più cronica, meno suscettibile di remissioni nel tempo e con maggiori condotte di evitamento. Inoltre vi sono pazienti con FS che non lamentano disagio interpersonale al di fuori delle situazioni specifiche temute. Ad esempio, alcuni pazienti mostrano condotte di tipo fobico-sociale nell'interazione con individui dell'altro sesso, mentre possono essere completamente a loro agio al di fuori di questo contesto.

Quindi la timidezza non è una condizione necessaria per l'instaurarsi della FS. In una proporzione rilevante di pazienti sembra comunque identificabile l'esistenza di una predisposizione

## **Decorso**

L'insorgenza avviene in genere nell'infanzia o nell'adolescenza, in un'età compresa tra i 5 e i 20 anni. Alcuni pazienti si descrivono come ansiosi da sempre in situazioni sociali, mentre altri ritengono che i sintomi siano comparsi solo ad un certo punto della loro esistenza. Quando le difficoltà nei rapporti interpersonali sono presenti fin dalla prima infanzia, l'inibizione comportamentale conseguente al disturbo è spesso causa di grave disadattamento, anche per l'impossibilità di acquisire le capacità ed i modelli di comportamento necessari allo sviluppo normale.

La richiesta di intervento specialistico si verifica di solito dopo molti anni di malattia, mediamente 10-15, ed è spesso determinata dall'insorgenza di complicanze come depressione ed alcolismo. L'esordio per lo più è graduale ed i sintomi tendono ad accentuarsi progressivamente con l'aumento delle richieste ambientali.

La maggior parte dei pazienti richiede l'intervento del medico per la prima volta quando arriva ad un punto critico nel lavoro, nella vita di relazione e nella famiglia per cui il trattamento inizia all'incirca intorno ai 25-30 anni.