

# Lavori originali

## FOBIA SOCIALE IN UTENTI DI UN CENTRO DI SALUTE MENTALE IMPEGNATI IN ATTIVITÀ DI LABORATORIO PROTETTO

A. FERRARI\*, S. BERTAZZONI\*\*

\*Dirigente Medico Responsabile Struttura Operativa Semplice "Salute Mentale Guastalla"

\*\*Laureata in Scienze Psicologiche della Personalità e Relazioni Interpersonali tirocinante Servizio di Salute Mentale di Guastalla - Modulo Nord - Psichiatria - Dipartimento di Salute Mentale A.U.S.L. di Reggio Emilia

### RIASSUNTO

**Scopo:** identificare il livello di fobia sociale in individui psicotici inseriti nei programmi di attività di un Laboratorio Protetto di un Centro di Salute Mentale, tramite somministrazione della *Liebowitz Social Phobia Scale* (LSPS, 1987).

**Metodi e risultati:** per lo studio sono stati arruolati 15 soggetti affetti da disturbi psicotici. La LSPS è stata somministrata loro individualmente, e per ciascuno di essi è stato steso uno specifico protocollo contenente le differenti valutazioni di: ansia ed evitamento di performance (AP ed EP); ansia ed evitamento sociale (AS ed ES); ansia ed evitamento totali (At ed Et) e fobia sociale (FS). Dall'elaborazione statistica dei dati raccolti è emerso con evidenza che il livello medio di FS, ricavabile dalla somma di At ed Et, è *moderato*, ed è dovuto ad una At *moderata* ed a Et *grave*.

**Conclusioni:** in media la FS non è tanto dovuta ad aspetti di carattere emotivo quanto ad aspetti di carattere comportamentale.

**Parole chiave:** fobia sociale; ansia ed evitamento; aspetto comportamentale.

### SOCIAL PHOBIA IN PSYCHOTIC USERS OF A MENTAL HEALTH CENTRE DAY SERVICE

### ABSTRACT

**Object:** to define the level of social phobia in psychotic

users of a Mental Health Centre Day Service, using the *Liebowitz Social Phobia Scale* (LSPS, 1987).

**Methods and results:** in this research they have been selected 15 subjects suffering of psychotic disorders. LSPS has been administered them individually, and for each one it has been filled in a specific protocol containing different evaluations of: performance anxiety and avoidance (PA and PAV); social anxiety and avoidance (SA and SAV); total anxiety and avoidance (tA and tAV) and social phobia (SP). Processing the data collected with statistical methods, it comes clear that the social phobia medium level, obtaining by the sum of tA and tAV, is *moderate*, and due to a tA *moderate* and a tAV *acute*.

**Conclusions:** the medium level of SP is not due as to emotional aspects as to behavioural aspects.

**Key words:** social phobia; anxiety and avoidance; behavioural aspects.

### INTRODUZIONE

La ricerca esposta è stata effettuata in quanto obiettivo di un tirocinio formativo pre – lauream svolto presso il Modulo Psichiatrico Nord della A.U.S.L. di Reggio – Emilia da una studentessa del corso di laurea triennale in Scienze Psicologiche della Personalità e delle Relazioni Interpersonali dell'Università degli Studi di Padova. Il progetto di tirocinio ha previsto una attività di osservazione di individui inseriti nei programmi del C.S.M. di Guastalla, con particolare riferimento agli utenti del Laboratorio Protetto psichiatrico, al quale essi accedono

per un determinato numero di ore a settimana. Poiché si suppone che tali soggetti afferiscano a questo particolare Servizio anche a causa di difficoltà di relazione e azione in ambito sociale, si è stabilito di quantificare il livello medio di fobia sociale in tali individui tramite somministrazione della *Liebowitz Social Phobia Scale* (LSPS, 1987).

**METODO**

**CAMPIONE OSSERVATO:** lo studio è stato svolto grazie alla collaborazione di alcuni soggetti (15) che con frequenza costante usufruiscono del Servizio di Salute Mentale di Guastalla, e che hanno potuto essere osservati con maggiore regolarità. Il campione di 15 individui sottoposti alla LSPS comprende 7 uomini e 8 donne tra i 27 e i 62 anni (età media = 43.5 anni) i quali presentano prevalentemente disturbi psichici di carattere psicotico: schizofrenia; disturbo delirante cronico; psicosi bipolare. A tutti i soggetti è stato richiesto il consenso per la somministrazione del test, ed a tutti sono stati esplicitati il significato e gli scopi della somministrazione (obiettivi di ricerca e non diagnostici) per ridurre il più possibile le false dichiarazioni. Ovviamente agli individui partecipanti alla ricerca sono stati garantiti anonimato, riservatezza ed esclusivo uso professionale dei dati raccolti. La somministrazione della LSPS è avvenuta individualmente, e per ogni soggetto è stato steso un protocollo contenente:

- Numero progressivo di protocollo.
- Dati demografici soggetto (nome/sexo/età).
- Data/ora somministrazione.
- Nome/cognome esaminatore.
- LSPS: il test del soggetto.
- Scoring punteggi.
- Commenti e note.

**STRUMENTO UTILIZZATO:** per quantificare il livello medio di fobia sociale in un gruppo di individui che afferiscono al C.S.M. e al Laboratorio Protetto di Guastalla è stata somministrata loro la LSPS del 1987 (1). Liebowitz ha messo a punto una *Social Phobia Scale* che tiene conto delle difficoltà sociali e prestazionali che il disturbo fobico comporta. La Scala è costituita da 24 items (13 ansia di performance [P] + 11 ansia sociale [S]): 24 situazioni di vita quotidiana per le quali è richiesta una valutazione dell'ansia/paura ad esse associata, e separatamente del grado di evitamento di tale azione o condizione, su una scala a 4 punti (0 – 3/ nessuno – grave/ mai – sempre) (Figura 1). Si ottengono perciò 6 tipologie diverse di punteggio oltre a quella globale:

1. Paura/Ansia P [AP];

**ISTRUZIONI GENERALI**  
Per ogni item valutare il grado di PAURA/ANSIA e di EVITAMENTO riportando nell'apposita casella il numero corrispondente secondo le scale seguenti:

<b>Paura/Ansia</b>	<b>Evitamento</b>
0 = Nessuna	0 = Mai
1 = Lieve	1 = Qualche volta (10%)
2 = Moderata	2 = Spesso (33-67%)
3 = Grave	3 = Sempre o quasi (67-100%)

	Paura/ansia	Evitamento
1) Telefonare in pubblico (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Interagire in piccoli gruppi (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Mangiare in luoghi pubblici (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Bere insieme ad altri in luoghi pubblici (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Parlare con persone in posizione di autorità (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Recitare, esibirsi o fare un discorso di fronte a un pubblico (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Andare a un ricevimento o a una festa (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Lavorare mentre si è osservati (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Scrivere mentre si è osservati (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Chiamare al telefono qualcuno che non si conosce molto bene (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Parlare con persone che non si conoscono molto bene (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Incontrarsi con estranei (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Urinare in un gabinetto pubblico (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Entrare in una stanza quando gli altri sono già sedati (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Essere al centro dell'attenzione (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Prendere la parola in una riunione (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Sottoporsi a un esame (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Esprimere disaccordo o disapprovazione a persone che non si conoscono molto bene (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Guardare negli occhi una persona che non si conosce molto bene (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Fare una relazione di fronte a un gruppo (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Cercare di conoscere qualcuno (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Restituire la merce a un negozio (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Dare una festa (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Resistere a un venditore molto insistente (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 1

- 2. Paura/Ansia S [AS];
- 3. Evitamento P [EP];
- 4. Evitamento S [ES];
- 5. Paura/Ansia totale [At];
- 6. Evitamento totale [Et];
- 7. Fobia sociale [FS].

La LSPS, oltre ad essersi dimostrata utile in ricerche quali quella che si sta esponendo, sembra essere sensibile alle modifiche indotte dal trattamento terapeutico, e quindi funzionale a verificarne l'efficacia (2-4). Ma lo strumento

**TABELLA 1**

24 ITEMS			
13 ITEMS		11 ITEMS	
ANSIA DI PERFORMANCE (P)		ANSIA SOCIALE (S)	
ANSIA/PAURA - P	EVITAMENTO-P	ANSIA/PAURA - S	EVITAMENTO - S
0 -3 (NESSUNA-GRAVE/MAI-SEMPRE)		0 -3 (NESSUNA-GRAVE/MAI-SEMPRE)	
MINIMO 0 - MAX 39		MINIMO 0 - MAX 33	
39:4 = 9,75 AMPIEZZA INTERVALLO		33:4 = 8,25 AMPIEZZA INTERVALLO	
LIEVE X<9,75		LIEVE X<8,25	
MODERATA 9,76 < X < 29,25		MODERATA 8,26 < X < 24,75	
GRAVE X > 29,26		GRAVE X > 24,76	
TOTALE ANSIA/PAURA / TOTALE EVITAMENTO: MINIMO 0 - MAX 72			
	ANSIA:	EVITAMENTO:	
LIEVE	X<19,6	X<19,6	
MODERATA	19,7<X<32,7	19,7<X<26,1	
GRAVE	X>32,8	X>26,2	
FOBIA SOCIALE: MINIMO 0 - MAX 144			
	ANSIA:		
LIEVE	X<51		
MODERATA	52<X<81		
GRAVE	X>82		

ideato da Liebowitz solitamente non viene utilizzato per fini diagnostici, in quanto non contiene items che indagano sintomi specifici, e per alcuni autori dovrebbero esserne studiate più a fondo le proprietà psicometriche. Effettivamente lo scoring dei punteggi non è stabilito con precisione e dipende in parte da criteri valutativi espressi nel dettaglio dal singolo esaminatore che somministra la *Scala*. Nello studio presentato per l'interpretazione di At ed Et si sono tenuti in considerazione gli intervalli definiti da Bobes et altri nella revisione spagnola della LSPS, mentre per l'interpretazione della FS si sono tenuti in considerazione gli intervalli stabiliti e condivisi dalla maggior parte dei ricercatori e revisori della *Scala*. L'interpretazione delle quattro categorie distinte AP/AS/EP/ES rimane più arbitraria e definita a discrezione dell'esaminatore (Tabella 1) (5,6).

#### ELABORAZIONE DATI E RISULTATI

I dati raccolti nei protocolli individuali sono stati riportati

in una unica tavola (Tabella 2), dove si può notare che il 40% dei soggetti presenta una FS lieve, il 40% una FS moderata e il 20% una FS grave. Per ogni categoria valutativa sono state calcolate media (X), varianza ( $S^2x$ ) e deviazione standard ( $Sx$ ) (Tabella 3) (7,8):

1. AP/At: il 40% dei protocolli si scosta significativamente dalla media ( 20% al di sotto di X + 20% al di sopra di X);
2. AS: il 46.7% dei protocolli si scosta significativamente dalla media (26.7% al di sotto di X + 20% al di sopra di X);
3. EP: il 40% dei protocolli si scosta significativamente dalla media (13.3% al di sotto di X + 26.7% al di sopra di X);
4. ES/FS: il 26.6% dei protocolli si scosta significativamente dalla media (13.3% al di sotto di X + 13.3% al di sopra di X);
5. Et: il 33.3% dei protocolli si scosta significativamente dalla media (20% al di sotto di X + 13.3% al di sopra di X).

Lo scostamento significativo dalla media si ha quando lo

TABELLA 2

Protocollo	AP	AS	EP	ES	At	Et	FS	Interpretazione
1	10	17	10	18	27	28	55	MODERATA
2	9	6	11	8	15	19	34	LIEVE
3	5	6	3	11	11	14	25	LIEVE
4	20	12	15	14	32	29	61	MODERATA
5	3	5	9	3	8	12	20	LIEVE
6	17	19	13	15	36	28	64	MODERATA
7	18	7	14	4	25	18	43	LIEVE
8	23	15	27	15	38	42	80	MODERATA
9	13	23	15	17	36	32	68	MODERATA
10	6	12	5	12	18	17	35	LIEVE
11	11	10	7	8	21	15	36	LIEVE
12	28	17	30	12	45	42	87	GRAVE
13	31	22	32	21	54	53	107	GRAVE
14	31	27	33	27	58	60	118	GRAVE
15	14	19	18	20	33	38	71	MODERATA

TABELLA 3

	X	Interpretazione	S'X	SX
AP	16	MODERATA	78,5	8,9
AS	14,5	MODERATA	44,1	6,6
EP	16	MODERATO	90,8	9,5
ES	13,7	MODERATO	39,3	6,3
At	30,5	MODERATA	204	14,3
Et	29,8	GRAVE	202,2	14,2
FS	60,3	MODERATA	794,6	28,2

scarto (xi) del punteggio di un soggetto da X è maggiore, in valore assoluto, a Sx. Dall'analisi dei dati emerge che solo due protocolli (n° 13 e n° 14) sono sempre significativamente sopra la media, ma anche che i restanti protocolli, quando si discostano da X, sono coerentemente o sempre sopra o sempre sotto ad essa in modo significativo.

Tenendo in considerazione At ed Et si è voluto verificare se tra ansia ed evitamento esista una correlazione significativa: utilizzando il metodo *z di Fischer* con uno *z*-critico pari a 1.96 e una *p* = 0.95 ( = 0.05) si è ottenuto che At ed Et sono significativamente correlate con una percentuale del 96% ( *z* cal. = 6.76 > *z* crit. = 1.96). E' da ricordare, però, che l'esistenza di una correlazione lineare significativa non indica necessariamente un legame di causa – effetto tra le variabili, indica semplicemente l'esistenza di un legame tra di esse (8,9).

In base alla LSPTS il livello di fobia sociale è ricavabile dalla somma dei punteggi che esprimono il grado di ansia/paura ed evitamento ( A/P + E = FS). Dall'analisi

dei 15 protocolli ricavati dalla somministrazione del test è emerso un dato significativo relativamente alla FS: il livello medio di fobia è *moderato*, ed è dovuto ad *ansia/paura moderata* ed evitamento *grave*, quindi non tanto ad aspetti di carattere emotivo quanto ad aspetti di carattere comportamentale.

## DISCUSSIONE

Come spesso accade quando si cerca qualcosa, si finisce per trovare qualcos'altro. L'ipotesi iniziale era che pazienti affetti da gravi forme di psicosi, ancorché stabilizzate, che necessitavano di frequentare un Laboratorio Protetto per avere una minima occasione di socialità, soffrissero di alti livelli di ansia sociale e di una forte difficoltà a gestire tale esorbitanza emotiva, che li metteva in una condizione di difficoltà comportamentale. Classicamente il fobico risente di un blocco dell'azione secondario ad un livello emotivo talmente alto che inibisce la capacità cognitiva e la conseguente organizzazione del comportamento, che può, al limite, dipanarsi nell'afinalistico ed istintuale rituale di sopravvivenza tipico degli stati di panico che, il più delle volte, finisce nel ritiro sociale. I dati raccolti ed elaborati in questo studio sembrano invece evidenziare che l'emotività -definibile come ansia o paura- attribuibile alle situazioni sociali proposte dal test non è tale da essere la causa potenziale delle difficoltà relazionali e prestazionali delle persone intervistate, ma che l'elemento di maggiore criticità è l'aspetto di puro evitamento comportamentale. Con una definizione riduttiva e forse semplicistica ma didatticamente molto chiara potremmo dire che la difficoltà

sociale lamentata da queste persone affette da psicosi, e che partecipa in modo importante a determinare il loro ritiro sociale, è che non sanno come comportarsi in situazioni di anche minimo impegno sociale e relazionale. Parafrasando la neurologia potremmo coniare il neologismo di “impaccio motorio su base cognitiva”, ponendo le basi di un nuovo quadro sindromico che, come tutte le sindromi, merita un trattamento specifico. E qui è possibile definire l'utilità di questo studio come suggestivo della maggiore incisività in questi casi di un trattamento comportamentale, o cognitivo comportamentale (vedi ad esempio la IPT – Terapia Psicologica Integrata – secondo Brenner) (10) nella cura delle difficoltà sociali delle persone affette da psicosi, rispetto a terapie squisitamente psicologiche focalizzate esclusivamente sulle emozioni. Se la difficoltà è riconducibile al fatto *che non so come comportarmi in situazioni sociali*, un programma di cura può prevedere degli esercizi comportamentali specifici per situazioni, dapprima riproducibili all'interno del Laboratorio Protetto, poi esportate nella realtà esterna, con la gradualità e la tutela offerta dalla presenza degli operatori e dalla misura richiesta dal singolo caso.

Il percorso diagnostico terapeutico suggerito dallo studio iniziale sulla fobia sociale è così tratteggiato e potrebbe costituire un modello operativo peculiare di intervento, chiaro, riproducibile, verificabile.

## CONCLUSIONI

Il livello medio di fobia sociale in individui inseriti nei programmi di attività di un C.S.M. e di un Laboratorio Protetto psichiatrico, tramite somministrazione della *Liebowitz Social Phobia Scale* (LSPS, 1987), è risultato essere moderato e maggiormente influenzato dal blocco relazionale e di performance dei soggetti, dalla loro incapacità di agire, dall'evitamento dell'azione, che comunque è correlato con una  $r = 0.96$  ( $P = 96\%$ ) all'ansia generata dalle varie situazioni di vita presentate dal test. Ma questa  $r$ , così come ogni altra correlazione di tipo lineare, non implica l'esistenza di un rapporto di causalità ed effetto tra i due termini considerati.

Tali conclusioni sono suggestive di un dato di novità e di una ipotesi di trattamento specifico.

Ulteriori studi ed approfondimenti sono necessari per verificare e confermare tali dati ed ipotesi.

## LIMITAZIONI

Lo studio svolto è frutto di una attività osservazionale che non ha permesso di inserire all'interno del campione di popolazione testato con la LSPS (MR. Liebowitz, 1987) tutti gli utenti del Servizio di Salute Mentale di Guastalla: i soggetti casualmente scelti sono stati quelli che con maggiore facilità e regolarità hanno potuto essere osservati. Ecco il motivo del numero limitato di protocolli. L'interpretazione dei dati in essi contenuti è stata per alcune categorie valutative (AP/AS/EP/ES) a discrezione dell'esaminatore che ha somministrato ed elaborato i dati, come peraltro previsto dall'assetto del test (2,3,5). I limiti psicometrici della LSPS (MR. Liebowitz, 1987) riguardano anche gli items che costituiscono la *Scala*: essendo manifesti incrementano il rischio di falsificabilità del test. In particolare in due protocolli (n°2 e n°7) l'interpretazione FS = lieve è stata fortemente influenzata dal disagio dei soggetti, che hanno evidentemente cercato di offrire una immagine migliorativa di sé, come testimoniato da affermazioni quali: “Io son a posto!!”/ “Speriamo che non escano cose brutte!!” (6). D'altra parte la semplicità e la comprensibilità dello strumento utilizzato ne hanno permesso la somministrazione ad individui gravemente disturbati, sofferenti di disturbi psicotici, senza generare in loro ansia e disagio eccessivi: tranne che per i due casi sopra citati, gli altri protocolli contengono risposte che non presentano elementi di invalidazione del test.

## RINGRAZIAMENTI

Lo studio sopra esposto è stato effettuato grazie alla collaborazione degli utenti del S.S.M. di Guastalla (Unità Operative Modulo Psichiatrico Nord – A.U.S.L. di Reggio Emilia), nonché grazie alla disponibilità e professionalità dei medici, in particolare del Dott. S. Mazzacurati, Direttore Struttura Operativa Complessa Residenze e Semiresidenze e del Direttore del Modulo Dipartimentale, Dott. R. Bertolini e di tutto il personale infermieristico.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Papp L.A. et al.: Social Phobia. In Noyes R. et al. (eds) : *Handbook of Anxiety. II. Classification, Etiological Factors and Associated Disturbances*. Amsterdam, Elsevier, 1988.
- 2) Liebowitz MR.: Social Phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1987; 22: 141 – 73.

- 3) Conti L. : *Repertorio delle scale di valutazione in Psichiatria. Tomo terzo*. Firenze, Società Editrice Europea, 2000.
- 4) *Le scale di valutazione in psichiatria*, <http://www.POL.it> ( ultima connessione Aprile 2006).
- 5) Bobes J., Badia X., Luque A., Garcia M., Gonzales MP., Dal – Re R.: *Documentao de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Di stress Scale y Seehan Disability Inventory para la evaluation de la fobia social*. *Medicina Clínica* 1999; 112: 530 – 1.
- 6) Heimberg RG., Homer KJ., Juster HR., Safren SA., Borown EJ., Schneier FR., et al.: *Psychometric Properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale*. *Psychol Med* 1999; 1: 199 – 212.
- 7) Rubini V.: *Test e misurazioni psicologiche – Pro manuscripto*. Bologna, a circolazione limitata autorizzata dalla Società Editrice Il Mulino per il corso di *Teoria e Tecniche dei Test di Personalità*, 2004.
- 8) Rubini V.: *Basi teoriche del testing psicologico*. Bologna, Patron Editore, 1975.
- 9) Padovani F., Rubini V.: *Problemi applicativi della teoria del testing psicologico*. 4<sup>a</sup> ed., Padova, Edizioni Cleup, 1991.
- 10) Brenner H.D., Roder V., Hodel B., Kienzle N., Invernizzi G., Vita A.: *Terapia psicologica integrata (IPT). Programma strutturato per la riabilitazione del paziente schizofrenico*. 1<sup>a</sup> ed. italiana, Milano, McGraw – Hill Libri Italia, 1997.

*Corrispondenza a:*

Dirigente Medico Responsabile Dott. Alberto Ferrari,  
Centro Salute Mentale, via S. d'Acquisto n 7 , 42016  
Guastalla (Reggio Emilia), Tel.: 0522/ 837561, Fax.:0522/  
838980, E-mail: ferrarial@ausl.re.it