

Il trattamento delle fobie specifiche nell'infanzia: un caso clinico di ornitofobia

Maria Beatrice Toro¹, Claudia Romani², Tonino Cantelmi³

¹Psicologa, Psicoterapeuta, Direttore Didattico SCINT, Coordinatore ITCI

²Dottore in Psicologia (Primo Ciclo), Collaboratore SCINT

³Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore Scientifico SCINT, Presidente ITCI

Riassunto

Ogni fase dello sviluppo del bambino è caratterizzata da paure. Tali paure possono essere "fisiologiche", ma assumono un significato patologico e si tramutano in fobie specifiche se condizionano significativamente la vita e il comportamento del bambino per periodi di tempo prolungati. Nel seguente articolo illustreremo il caso clinico di un bambino che presenta una fobia specifica verso i piccioni. Il trattamento utilizzato è stato strutturato secondo un approccio cognitivo-comportamentale. Le tecniche impiegate sono state principalmente: l'esposizione graduale all'oggetto fobico tramite video e in vivo, la desensibilizzazione sistematica e lo shaping. Attraverso la STAI (State-Trait Anxiety Inventory) è stato inoltre possibile misurare il livello di ansia, sia di tratto che di stato, durante tutto il corso del trattamento (pre-trattamento, 2 mesi, 7 mesi, 1 anno). Dai valori di tale scala è emerso che il punteggio dell'ansia di stato è diminuito del 50%; tale risultato è stato confermato anche dai resoconti verbali del paziente che sostiene di non sperimentare più una forte ansia di fronte all'oggetto fobico e di non attuare più comportamenti di evitamento e fuga.

Parole chiave: ornitofobia, fobia specifica, terapia cognitivo-comportamentale, ansia, evitamento e fuga, esposizione in vivo, STAI.

Reazioni di ansia e di paura sono condizioni emotive molto diffuse sia nei bambini che negli adolescenti (King, Muris, & Ollendick, 2004). Si tratta di esperienze universali, riscontrabili in varie culture, aventi carattere per lo più transitorio ma che, talvolta, possono evolvere in un disturbo psicologico. Durante la crescita, condizionamenti, fantasia ed immaginazione possono, infatti, assumere un ruolo progressivamente più rilevante nella genesi e nel mantenimento delle paure infantili, soprattutto a causa di una più complessa strutturazione del pensiero del bambino e quindi di una maggiore capacità di anticipare conseguenze future (F. Berto, P. Scialari, 1997). In questo articolo, poiché si mette a fuoco la fobia, vissuta attraverso gli occhi dei bambini, non si può prescindere dal considerare che i piccoli non sono in grado di generare da soli strate-

Summary

Each stage of child development is characterized by fear. Such fears may be "physiological" and pathological significance but they take a turn into specific phobias though significantly affect the lives and behavior of the child for extended periods of time. In the following article will discuss the clinical case of a child who has a specific phobia towards pigeons. The treatment used was structured according to a cognitive-behavioral approach. The techniques used were mainly: the gradual exposure to the phobic object in video and *in vivo* systematic desensitization and shaping. Through the STAI (State-Trait Anxiety Inventory) was also possible to measure the level of anxiety, both trait and state throughout the course of treatment (pretreatment, 2 months, 7 months, 1 year). From the values of this scale showed that the score of anxiety was decreased by 50%; this result was also confirmed by the verbal reports of patient claims not to experience more severe anxiety and phobic object in front of non-implement multiple behaviors of avoidance and escape.

Key words: pigeons phobia, specific phobia, cognitive behavioral therapy, anxiety, avoidance and escape, *in vivo* exposure, STAI.

gie cognitive complesse e astratte che possano orientare il loro comportamento ed è quindi fondamentale lavorare con tecniche prevalentemente comportamentali. Inoltre, è da notare che, mentre nell'adulto un repertorio di convinzioni irrazionali fortemente radicato è quasi sempre collegato a gravi disturbi emotivi, nel bambino alcuni modi irrazionali di pensare fanno parte del normale sviluppo cognitivo ed emotivo, inscrivendosi nel suo sviluppo psichico, per poi scomparire o rimanere sullo sfondo grazie all'acquisizione di capacità astrattive (J. De Ajuaguerra, 1974). È comune, infatti, che un bambino abbia paura del buio, degli animali, dei mostri, dei fantasmi, delle streghe o di altre immagini frutto della sua fantasia, ma è anche altrettanto normale che, con il passare del tempo, queste svaniscano o si attenuino. Diverso è, invece,

il significato che assumono quando persistono o vanno ad inficiare e compromettere le abituali attività del piccolo. La paura può essere definita come una risposta emotivo-comportamentale che un individuo mette in atto in presenza di una minaccia ben riconoscibile ed è caratterizzata dall'immediato riconoscimento del pericolo presente. Essa è un sentimento insito nell'uomo e non risulta negativa in sé ma lo diventa, nel momento in cui, la situazione temuta, viene sistematicamente evitata o sopportata a stento, con immenso disagio o con un livello di ansia molto intenso (Ollendick, Davis, & Murris, 2004).

Le paure nel corso dello sviluppo

Si potrebbe dire che ogni fase dello sviluppo del bambino è caratterizzata da paure specifiche. Normalmente queste paure si estinguono progressivamente, secondo una sequenza temporale abbastanza specifica (Guidetti, 2007). Ad esempio, paure di stimoli sensitivi e sensoriali bruschi ed imprevedibili (tattili, visivi, uditivi, cinestetici), espressione di un'esperienza di rottura imprevista di un equilibrio omeostatico, sono quelli che si presentano più precocemente e che altrettanto velocemente scompaiono (Masi, Pfanner e Marcheschi, 2001).

Successivamente compare la paura dell'estraneo, tipica del secondo trimestre del primo anno di vita, che si manifesta generalmente quando il bambino si trova in presenza di figure non note ed in assenza della madre e che sta ad indicare la capacità del bambino di distinguere il volto materno dagli altri volti (Guidetti, 2007).

Verso i 2-3 anni compaiono le paure degli animali. Le prime a comparire sono le paure notturne (espresse nei sogni) di animali grossi e divoratori, che tendono poi a presentarsi anche di giorno (ad esempio la paura dei cani). Verso i 4-6 anni insorgono le paure dei piccoli animali (ragni, formiche, uccelli). In questa fase può comparire una transitoria paura del buio o della notte e la paura della scuola (fobia scolastica), solitamente in corrispondenza con l'ingresso alle elementari. In adolescenza invece, possono esplicitarsi paure relative al corpo, alla sua forma e integrità, ovvero a possibili malattie fisiche. In questa fase gli adolescenti possono riportare timori vagamente dismorfofobici riferiti a parti del corpo come naso, cute, altezza e che spesso hanno un forte valore simbolico (Guidetti, 2007). Tali paure assumono peraltro un significato più direttamente patologico se condizionano pesantemente la vita e il comportamento del bambino per periodi di tempo prolungati, oppure se si presentano in una fase dello sviluppo in cui dovrebbero essere state superate. È in questi casi che si parla di Fobie semplici.

Dalla paura alla Fobia

"Le fobie semplici sono paure intense e persistenti relative ad oggetti e situazioni, eccessive e irragionevoli, attivate dall'esposizione o anticipazione dello stimolo fobico. Sono generalmente associate a *comportamenti evitanti*, che possono produrre una marcata compromissione funzionale, a *sintomi somatici* (palpitazione, rossore o pallore, dispnea, tensione muscolare) e a *sintomi comportamentali* (pianto e rabbia)" (Guidetti, 2007, pp. 208). Le fobie assumono caratteristiche diverse nel corso dello sviluppo in rapporto all'evoluzione delle caratteristiche neuropsicologiche linguistiche e alle sue capacità di riconoscere stati emotivi soggettivi.

Secondo il DSM-IV, le paure infantili si evolvono in specifiche

fobie quando sono persistenti ed eccessive (criterio A), portano a un'inappropriata attivazione fisiologica (criterio B), causano afflizione o evasione (criterio D), e persistono per sei o più mesi (criterio F).

Criteri diagnostici per Fobia Specifica

- A. Paura marcata e persistente, eccessiva o irragionevole, provocata dalla presenza o dall'attesa di un oggetto o situazione specifici (per es., volare, altezze, animali, ricevere un'iniezione, vedere il sangue).
- B. L'esposizione allo stimolo fobico quasi invariabilmente provoca una risposta ansiosa immediata, che può prendere forma di Attacco di Panico situazionale o sensibile alla situazione.
Nota: Nei bambini l'ansia può essere espressa piangendo, con scoppi di ira, con l'irrigidimento o con l'aggrapparsi a qualcuno.
- C. La persona riconosce che la paura è eccessiva o irragionevole.
Nota: Nei bambini questa caratteristica può essere assente.
- D. La situazione (le situazioni) fobica viene evitata oppure sopportata con intensa ansia o disagio.
- E. L'evitamento, l'ansia anticipatoria o il disagio nella situazione (situazioni) temuta interferiscono in modo significativo con la normale routine della persona, con il funzionamento lavorativo (o scolastico), o con le attività o le relazioni sociali, oppure è presente disagio marcato per il fatto di avere la fobia.
- F. Negli individui al di sotto dei 18 anni la durata è di almeno 6 mesi.
- G. L'ansia, gli Attacchi di Panico o l'evitamento fobico associati con l'oggetto o situazione specifici non sono meglio giustificati da un altro disturbo mentale, come il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (per es., paura dello sporco in un individuo con ossessioni di contaminazione), Disturbo Post-traumatico da Stress (per es., evitamento degli stimoli associati con un grave evento stressante), Disturbo d'Ansia di Separazione (per es., evitamento della scuola), Fobia Sociale (per es., evitamento di situazioni sociali per paura di rimanere imbarazzati), Disturbo di Panico con Agorafobia o Agorafobia senza Anamnesi di Disturbo di Panico.

Specificare il tipo:

- **Tipo Animali**
- **Tipo Ambiente Naturale** (per es., altezze, temporali, acqua)
- **Tipo Sangue-Iniezioni-Ferite**
- **Tipo Situazionale** (per es., aeroplani, ascensori, luoghi chiusi)
- **Altro tipo** (per es., paura di soffocare, vomitare e contrarre una malattia; nei bambini paura dei rumori forti o dei personaggi in maschera).

Studio di un caso clinico:

La fobia per i piccioni (ornitofobia)

Approccio teorico di riferimento

Il caso clinico che presenteremo ed esamineremo in questo articolo, è stato concepito e trattato facendo riferimento alla terapia cognitivo-comportamentale che ha avuto il merito di integrare le tecniche cognitive con quelle comportamentali (Kendall e Hollon, 1981).

Il modello cognitivo-comportamentale postula una com-

plena relazione tra emozioni, pensieri e comportamenti, sottolineando come molti dei nostri problemi (tra i quali quelli emotivi) siano influenzati da ciò che facciamo e ciò che pensiamo nel qui ed ora. L'intervento cognitivo-comportamentale si focalizza quindi sul presente, è una terapia relativamente breve, è più orientata alla soluzione dei problemi attuali e si articola secondo una struttura ben definita, benché non in maniera rigida, per assicurarne la massima efficacia (Kendall e Norton Ford, 1982).

Essa è finalizzata a modificare i pensieri distorti, le emozioni disfunzionali e i comportamenti disadattivi del paziente, producendo la riduzione e l'eliminazione del sintomo e apportando miglioramenti duraturi nel tempo. In aggiunta ai riferimenti classici del comportamentismo, la Terapia Cognitiva Comportamentale si basa sul modello cognitivo che ha come oggetto di studio gli eventi interni (immagini, fantasie, dialoghi, pensieri) che si traducono in comportamenti a seconda delle motivazioni individuali e delle condizioni ambientali (Cantelmi, 2009). Dunque, non è la situazione in sé a determinare direttamente ciò che le persone provano, ma è piuttosto il modo in cui esse interpretano certe esperienze. All'origine dei disturbi vi è, dunque, un modo distorto di pensare, che influenza in modo negativo l'umore e il comportamento del paziente. La Terapia cognitiva comportamentale aiuta le persone ad identificare i loro pensieri angoscianti e a valutare quanto essi siano realistici. Mettendo in luce le interpretazioni errate e proponendone delle alternative – ossia, delle spiegazioni più plausibili degli eventi – si produce una diminuzione quasi immediata dei sintomi (Kendall e Norton Ford, 1982).

Attraverso la Terapia Cognitiva Comportamentale le credenze disfunzionali possono essere "disimparate" e possono essere apprese e sviluppate nuove credenze più realistiche e funzionali. In sintesi, tale approccio psicoterapeutico agirà sui pensieri automatici (che sono il livello cognitivo più superficiale), le credenze intermedie (opinioni, regole e assunzioni disfunzionali) e le credenze di base (che costituiscono il livello di credenza più profondo in quanto appaiono globali, rigide e ipergeneralizzate). Per il trattamento di questa fobia specifica è stato utilizzato l'approccio psicoterapeutico di stampo **cognitivo-comportamentale**, perché ha il merito di combinare due elementi metodologici estremamente efficaci:

- **cognitivo**: sostenere il paziente nell'individuazione di pensieri ricorrenti, schemi fissi di ragionamento e di interpretazione della realtà che sono disfunzionali e concomitanti alle forti e persistenti emozioni negative che vengono percepite come sintomi e ne sono la causa. Insegnare come correggere, arricchire, integrare questi pensieri "negativi" con altri pensieri più oggettivi e più funzionali al suo benessere.
- **comportamentale**: aiutare il paziente a modificare la relazione fra le situazioni fobiche e le abituali reazioni emotive e comportamentali che generalmente assume in tali circostanze, mediante l'apprendimento di nuove modalità di reazione; e promuovere tecniche di rilassamento mente-corpo, per porre il bambino nella condizione di poter riflettere e prendere decisioni in maniera lucida e consapevole.

Nello specifico sono state utilizzate le seguenti tecniche comportamentali:

Desensibilizzazione sistematica: è uno dei molti metodi di trattamento sviluppati per porre un rimedio all'angoscia

comportamentale ed affettiva associata ad uno stimolo fobico (Wolpe, 1973). Il procedimento terapeutico è fondato largamente sul principio del controcondizionamento che consiste nell'inibire una risposta patologica per mezzo di una che si pone in competizione con l'attivazione ansiosa.

Nella desensibilizzazione, i principi del controcondizionamento vengono applicati (inducendo nel soggetto uno stato di rilassamento muscolare, tale da antagonizzare la risposta ansiosa a livello somatico) insegnando al paziente a fornire gradualmente una risposta di rilassamento muscolare, in sostituzione della risposta fobica elicitata dallo stimolo fobico, in questo caso i piccioni.

Secondo la desensibilizzazione di Wolpe (1973), una volta che il cliente abbia acquistato la capacità di rilassarsi, viene addestrato a rilassarsi profondamente mentre immagina la situazione o le situazioni fobiche. Per garantire che il rilassamento sostituisca la risposta ansiosa, il cliente viene sottoposto ad una gerarchia di sorgenti d'ansia che vengono classificate per argomenti e ordinate per gradi.

Flooding o esposizione: è una tecnica terapeutica che consiste nell'espone gradualmente il paziente allo stimolo fobico *in vivo* o in una forma immaginaria. L'obiettivo è di sostenere il paziente nella gestione della situazione ansiogena puntando all'estinzione della risposta fobica (Kendall e Norton Ford, 1982).

Rinforzo positivo: prevede il frazionamento della risposta desiderata in piccole parti, l'evocazione graduale di ogni risposta che sia orientata nella direzione prefissata e l'immediata gratificazione.

Modellaggio o shaping: prevede la ricompensa di tutte le risposte che si avvicinano maggiormente a quella desiderata, esse però, non sono evocate dal terapeuta e si attende che compaiano spontaneamente.

Modellamento o apprendimento per osservazione: richiede l'esposizione del paziente a uno o più individui che attuino concretamente il comportamento che deve essere appreso. La modalità con cui si effettua il modellamento può essere differenziata in *progressivo* (dimostrazione per gradi del comportamento che deve essere appreso), dal *vivo* (in cui la dimostrazione avviene per mezzo di un film e fa riferimento alla qualità reale, effettiva, del comportamento dimostrato) ed infine *partecipante* (comprende sia la dimostrazione esibita che la partecipazione del paziente).

Storia del problema

C. e i genitori giungono a consultazione a marzo del 2010. Nell'esplicitare i motivi che l'hanno portati ad una valutazione psicologica del figlio, essi riportano, oltre ad una preoccupazione per lo scarso rendimento scolastico, la paura degli uccelli e una fobia riguardo ad alcune icone sacre. Tutto ciò delinea una grave compromissione del funzionamento sociale e scolastico del bambino. C. presenta infatti molte difficoltà relazionali e di inserimento nel gruppo-classe in quanto si rifiuta di frequentare tutti quei posti in cui vi possa essere la possibilità di incontrare uccelli, come piazze e giardini, e luoghi in cui sono raffigurati tali animali, come appunto le Chiese e i luoghi sacri. Sarà egli stesso a definirsi impaurito dall'immagine dello Spirito Santo manifestatosi sotto forma di colomba (e dunque un uccello) sulle teste degli Apostoli.

Sin dal primo colloquio C. si mostra ben consapevole della sua paura, che egli stesso definirà Fobia. - Io non ho paura degli uccelli, io ho proprio una fobia, cioè mi fanno proprio "senso"! -

Per "senso", sorprendentemente, egli individua un'emozione mista di disgusto e paura, che corrisponde a molte descrizioni "da manuale" su cosa sia una fobia. C. ha una buona capacità di leggere e definire i propri stati interni.

Nella relazione egli appare gentile ma molto direttivo, stabilendo tempi e modalità attraverso le quali la psicoterapia sarebbe dovuta procedere: - Mi fai vedere piano piano delle immagini di galline e piccioni, poi dei disegni, ed infine dei video, però, quando mi fa troppo "senso", li leviamo! Poi solo dopo usciamo e dobbiamo riuscire ad arrivare fino al parco.

In seguito aggiungerà che desidera essere in grado di mandare via gli uccelli se si avvicinano troppo, in modo da acquisire completa gestione del suo problema.

Secondo il racconto della madre, due sono gli episodi che potrebbero far pensare all'origine di una strutturazione fobica. Il primo episodio fa riferimento ad una situazione in cui la famiglia stava in campagna e, mentre la madre si accingeva a preparare il fuoco, dal camino uscirono tanti passerotti che volarono nella stanza. Il secondo episodio vedeva C. sul passeggino e un uccello che gli svolazzava intorno. Il bambino, dal canto suo, nonostante non riesca a ricordare nessuno dei due momenti, ritiene comunque che l'evento più plausibile sia il secondo.

Il problema dunque emerge in età prescolare. Il paziente ha una dolorosa consapevolezza delle conseguenze della sua fobia, per questo si impegna ad affrontare e a gestire le sue paure cercando nel contempo le possibili cause. Il disagio causa una grave compromissione del suo funzionamento sociale. La fobia per gli uccelli (in particolare galline, anatre, cigni, piccioni e ogni altro uccello che tenda ad avvicinarsi all'uomo) limita il bambino nelle sue attività, nelle uscite con la famiglia prima e in quelle scolastiche poi, inficiando gravemente la conduzione delle semplici attività quotidiane. Anche l'uscire da casa per raggiungere lo studio della psicoterapeuta diventa un grande problema. In riferimento al primo colloquio, il bambino, appena arrivato sotto il portone dello studio, non riesce a scendere dalla macchina a causa dei numerosi piccioni che aveva visto in zona, per cui, la madre è stata costretta a parcheggiare la macchina in un parcheggio sotterraneo interno al palazzo e raggiungere la psicoterapeuta senza attraversare la strada.

Gli episodi fobici, prima del trattamento, erano accompagnati da sintomi neurovegetativi quali: accelerazione del battito cardiaco, eccessiva sudorazione, tremore e agitazione, intorpidimento, problemi respiratori e spesso, sensazione di assenza d'aria. Da un punto di vista comportamentale, la scarsa capacità di tollerare la presenza reale o presunta dell'oggetto fobico, portava il bambino a mettere in atto atteggiamenti di evitamento e di fuga. Il disagio associato alla fobia, e la necessità di evitare l'oggetto o le situazioni in cui questo era presente, hanno interferito con la vita quotidiana del bambino che era solito rinunciare ad attività ludiche piacevoli come quella di recarsi al parco giochi (anche se accompagnato dai genitori), partecipare alle gite scolastiche, uscire con i genitori, fino ad imporre ad essi di evitare viaggi in luoghi dove la presenza dei volatili fosse molto ingente. Il bambino riporta anche un episodio in cui ha avuto un'importante dispercezione: si trovava allo zoo e, mentre osservava i vari animali del parco, ha visto, specchiato nel vetro lucido di una gabbia, un piccione che volava nella sua direzione e gli è passa-

to sulla testa. Nel momento in cui quest'ultimo si accingeva a passare sulla testa del bambino, esso ha percepito un escremento che però non ha poi realmente riscontrato quando con la mano si è toccato la testa. Nonostante si fosse reso conto che la sua testa era completamente asciutta e priva dell'escremento ricorda l'episodio con grande disagio e forte ansia. Nel corso del tempo, la fobia sembra essersi ampliata, con questa progressione, dalle galline ai piccioni, poi alle tortore, alle colombe, ai tacchini, alle oche, ai galli e infine ai cigni. È interessante notare come il bambino abbia realizzato una classificazione dei volatili da quelli che suscitano più paura a quelli verso i quali, invece, non prova alcuna sensazione di paura e cioè i passerotti, le aquile, i merli, e tutti quei volatili che vede come solitari e sfuggenti.

Anamnesi

C. nasce in ospedale con parto naturale a termine. Ha una sorella maggiore. Non è stato mai allattato al seno materno, nonostante la mamma avesse molto latte, in quanto quest'ultima riferisce che il figlio non voleva attaccarsi perché secondo lei, molto probabilmente, preferiva l'acqua zuccherata dell'ospedale. Per i primi 3-4 mesi ha assunto latte in polvere, lo svezzamento è avvenuto verso i 6 mesi con l'assunzione di omogeneizzati e pappe (non di carne in quanto lui era solito rifiutarla). Verso i 14/15 mesi ha iniziato a fare i primi passi senza mai andare carponi. Intorno ai 12 mesi ha iniziato a pronunciare le prime parole, anche se poi è stato pigro nella formulazione di frasi complete con le quali ha avuto un po' di difficoltà. C. ha effettuato regolarmente tutti i vaccini, non ha mai subito né interventi né ricoveri ospedalieri, solo verso i 10 mesi è stato portato in ospedale a causa di un esantema al tronco (il motivo era un'allergia da sudorazione). Fino all'età di 3-4 anni non ha raggiunto la capacità di dormire nel letto da solo e, in seguito, ha occupato un letto in camera con la sorella. Il bambino non è stato iscritto al nido, per cui il processo di scolarizzazione è avvenuto con l'ingresso nella scuola materna, frequentata per il primo anno fino all'ora di pranzo e poi gli ultimi due anni a tempo pieno. La suddetta scuola non era frequentata volentieri e anche la madre non era serena nel lasciarlo nel contesto scolastico inizialmente era stato iscritto in una scuola primaria pubblica, per poi essere trasferito in una privata solo dopo una settimana a causa dei continui pianti del bambino. Secondo il parere genitoriale, la causa del disagio del figlio era attribuita all'incapacità della maestra nel gestire il gruppo-classe. Nonostante il trasferimento nella scuola privata, il bambino continuava a mostrare continui disagi dovuti all'incapacità di relazionarsi efficacemente con i compagni. Le difficoltà relazionali si evidenziavano principalmente nel piccolo gruppo (2-3 bambini) mentre nel grande gruppo non mostrava alcun problema. C. presenta, infine, una paura persistente per il buio.

Assessment

Nell'ottica cognitivo-evolutiva, la metodologia di approccio ai sintomi di una sofferenza psichica nel bambino, prende inizio da un percorso di *assessment* (Lambruschi, 2009). Tale percorso non si configura come mera raccolta di dati anamnestici, finalizzata all'identificazione e classificazione dei sintomi in categorie diagnostiche (diagnosi medico-psichiatrica classica), bensì si configura come possibile significazione del sintomo nel suo divenire storico (Lam-

bruschi, 2009). La valutazione del sintomo, in tal ambito, non prescinde dall'organizzazione conoscitiva del piccolo paziente e dalla qualità delle sue relazioni: l'*assessment* diviene un'operazione di valutazione con finalità esplicative dei meccanismi che regolano l'intero sistema nel quale è immerso il bambino e di come tali meccanismi abbiano determinato, in un particolare momento della sua crescita, quelle specifiche costellazioni comportamentali ed emotive, che definiamo sintomi psichici (Lambruschi, 2009). C. ha iniziato il suo percorso di psicoterapia a marzo del 2010, con una frequenza di quattro volte al mese, ridotte a due dopo la riduzione dei sintomi. Il primo colloquio anamnestico ha visto la presenza della madre attraverso la quale è stato possibile raccogliere informazioni sulla storia del bambino e del sintomo. La terapia individuale col bambino ha avuto inizio nelle sedute successive in cui, oltre all'intervento vero e proprio sui sintomi fobici, sono stati somministrati dei test volti ad indagare la personalità del bambino e l'intensità dell'ansia. Nello specifico sono stati somministrati.

Test del disegno della figura umana (DFU)

Il DFU è un test proiettivo che, attraverso tre livelli di interpretazione della rappresentazione grafica (grafico, di strutture formali e di contenuto), analizza e mette in rilievo le principali caratteristiche di personalità, la percezione dello schema corporeo e la percezione di sé rispetto all'ambiente (Castellazzi, 2003).

Test dell'albero

Il test dell'albero è una tecnica proiettiva, costituisce uno strumento che mira alla conoscenza della personalità nel suo insieme e al modo in cui ogni individuo si propone agli altri. L'istruzione standard da dare ai soggetti è di disegnare un albero da frutto come meglio può su un foglio bianco.

L'istruzione può, però, essere variata a seconda delle circostanze e dei fini che si desidera raggiungere. Occorre poi procedere alla valutazione del disegno in due tappe: l'osservazione dell'aspetto totale del disegno e l'analisi delle varie caratteristiche (Crotti, 2006).

State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

La STAI (Spielberg, 1983) è un questionario auto-valutativo atto a misurare il livello di ansia. Si compone di due forme differenti, Y1 e Y2 ciascuna comprendente 20 item, che designano due aspetti separati della stessa. La forma Y1 valuta l'ansia al momento della somministrazione del questionario ossia l'*ansia di "stato"*. La forma Y2 valuta una caratteristica stabile della personalità, *ansia di "tratto"* propriamente definito come lo stato ansioso che il soggetto sperimenta quotidianamente, nelle situazioni in generale e non in associazione ad un particolare evento (Spielberger, Gorsuch e Lushene, 1980).

Dalla somministrazione dei test proiettivi è emersa una bassa autostima, un atteggiamento insicuro che lo porta a ricercare affetto e conferme dall'esterno, la percezione di inadeguatezza rispetto al gruppo sociale di riferimento con aspetti di dipendenza dalle figure parentali utilizzate come riferimento sociale di preavviso alla presenza dello stimolo fobico; si rilevano inoltre tratti depressivi associati a stati di ansia molto intensi.

Lo scores della STAI indica un decremento dell'ansia associato all'esposizione dello stimolo fobico in questione (vedi Fig. 1). Nella fase precedente al trattamento, il paziente mostrava uno score di ansia di stato pari a 50, ponendo il soggetto all'88° percentile se comparato al campione di riferimento (Spielberger, 1983). Alla fine del trattamento, lo score dell'ansia di stato del paziente risulta decrementato di 25 punti, questo pone il soggetto al 13° percentile.

Dalla valutazione del paziente sulla scala STAI emerge un

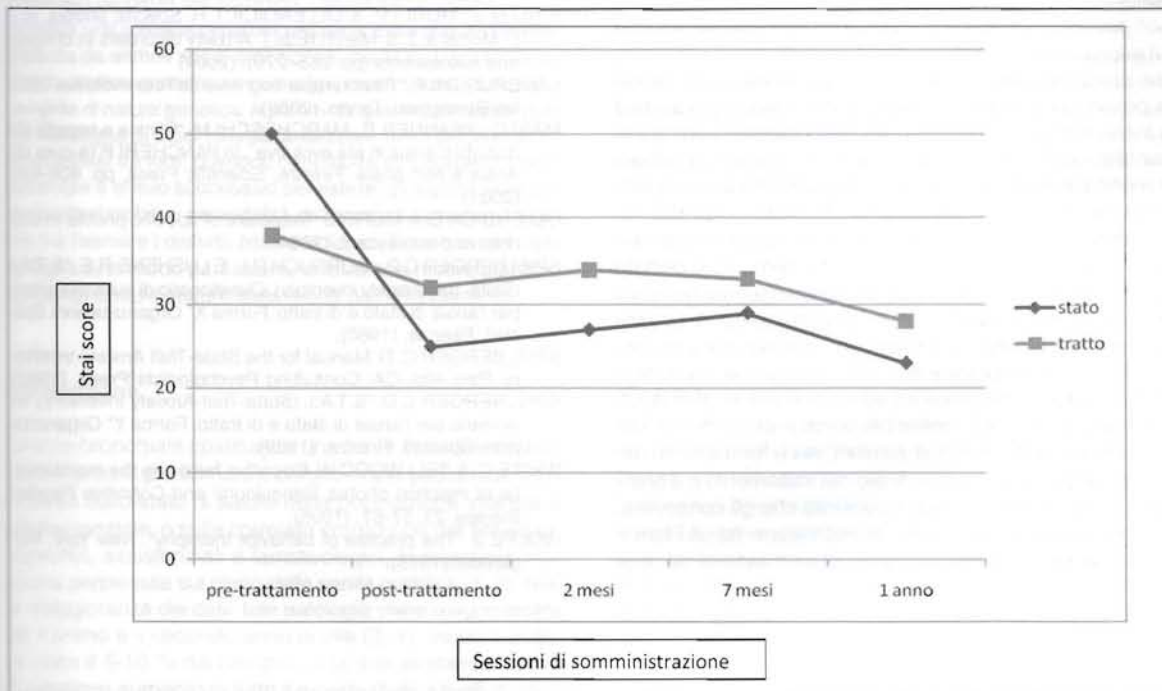


Figura 1 - State-Trait Anxiety Inventory (STAI) - Score.

dato rilevante: l'ansia di tratto è rimasta relativamente consistente nel tempo anche se da ciò che C. riporta verbalmente durante gli incontri emerge che il suo timore è notevolmente diminuito e la sua fobia non ha più un impatto devastante e limitante sulle attività di vita quotidiane. Attualmente C. riporta di non sperimentare ansia in situazioni che precedentemente invece evocavano tale stato e creavano evitamento, egli giunge allo studio tranquillamente senza manifestare quello stato d'ansia che al primo incontro, a causa dei numerosi piccioni presenti nella zona, non gli ha consentito di scendere dalla macchina.

Questo caso clinico si aggiunge a una vasta letteratura che ritiene molto efficaci i trattamenti basati sulle esposizioni per quanto concerne il trattamento di fobie clinicamente rilevanti. Il giudizio circa l'uso di video durante il trattamento, potrebbe avere importanti implicazioni cliniche. Barlow (2002, p. 411) sottolinea che l'uso di questo come parte integrante del trattamento è piuttosto comune ed efficace. I dati provenienti da questo studio forniscono ragioni valide e fondate in merito al fatto che la visione di video contenenti l'oggetto fobico, rappresentano una valida componente aggiuntiva alla sola esposizione *in vivo* (White & Sellwood, 1995).

Durante i trattamenti C. è stato sottoposto alla visione di video, per un periodo di circa tre mesi: durante le prime visioni il video conteneva l'oggetto fobico in questione solo per pochi istanti e il bambino era seduto ad una distanza consistente rispetto allo schermo. Nel corso delle successive sedute lo stesso oggetto veniva riproposto per tempi via via sempre maggiori e anche la distanza che intercorreva tra il paziente e il video si riduceva in maniera sempre più evidente. Va osservato, tuttavia, che l'esposizione video, da sola, risulta essere meno efficace rispetto all'esposizione *in vivo* (Gunnar, 2002); pertanto tali dati indicano che la prima può fornire un mezzo pratico, economico ed efficace nella fase iniziale del trattamento ma non può essere considerata un'alternativa efficace rispetto all'esposizione *in vivo*.

Nel presente caso C. ha riferito che il video gli ha fornito la possibilità di iniziare il trattamento in modo più sereno e meno intimidatorio offrendogli la possibilità di entrare in contatto diretto con l'oggetto fobico in maniera graduale e meno traumatica possibile. Congruentemente a quanto da noi osservato, il paziente ha affermato inoltre che nonostante la visione sia stata inizialmente più angosciante di quanto egli aveva previsto, lo ha comunque portato ad una riduzione molto evidente dell'ansia manifestatasi gradualmente durante il percorso psicoterapeutico. Tale miglioramento gli offre una maggiore motivazione per continuare con le successive fasi dell'esposizione *in vivo* tanto che, non solo continua ad effettuarle anche al di là del contesto terapeutico facendosi portare dal padre in luoghi generalmente gremiti di piccioni, ma è fermamente deciso a raggiungere la tappa finale del trattamento e a prendere pieno possesso dello strumento che gli consentirà, una volta terminata la terapia, di allontanare da sé i temuti pennuti senza avere necessità di aiuti esterni. Al mo-

mento attuale si sta procedendo con lo "shaping" ovvero con il modellamento, offrendo quindi al bambino un modello da poter imitare, al fine di conseguire la capacità sopra spiegata.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Dott.ssa Sara Scifo per il suo prezioso aiuto.

Bibliografia

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)". Tr. it Masson, Milano 1996.
- BARLOW D. H. *Anxiety and its disorders* (2nd ed.). New York: Guilford, (2002).
- CANTELEMI T. "Manuale di psicoterapia Cognitiva-interpersonale: prospettive di integrazione". Alpes, Roma, (2009).
- CASTELLAZZI V. L. *Test del disegno della figura umana*. LAS Editrice, Roma, (2003).
- CROTTI E. *E tu che albero sei?*. Collana Oscar Guide, Mondadori, Milano, (2006).
- BERTO F., SCALARI P. *Paure*, Armando, Roma, (1997).
- GUIDETTI V. "Fondamenti di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza". Il Mulino, Bologna, (2007).
- GUIDETTI V., GALLI F. *Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. Il Mulino, Bologna, (2006).
- GUNNAR G. K. *One session group treatment of spider phobia by direct or modeled exposure*. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31, 18-24, (2002).
- DE AJURIAGUERRA J. "Psicopatologia del bambino". Masson, Milano, (1984).
- KENDALL P. C., HOLLON S. D. "Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions". In Academy Press, New York, (1981).
- KENDALL P. C., NORTON-FORD J. D. "Clinical Psychology. Scientific and Professional Dimensions". (1982) Tr. It. in BATTACCHI M. W. (a cura di) *Psicologia Clinica*. Il Mulino, Bologna 1991.
- KING N. J., MURIS P., & OLLENDICK T. H. *Specific phobia*. In T. L. Morris & J. S. March (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 263-279), (2004).
- LAMBRUSCHI F. "Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva". Bolati Boringhieri, Torino, (2009).
- MASI G., PFANNER P., MARCHESCHI M. "Clinica e terapia dei disturbi d'ansia in età evolutiva". In PANCHERI P. (a cura di), *Ansia e non ansia*. Firenze, Scientific Press, pp. 409-455, (2001).
- OLLENDICK D. & MURRIS. *Treatment of specific phobia in children and adolescent*. (2004).
- SPIELBERGER C. D., GORSUCH R. L. & LUSHENE R. E. "S.T.A.I. (State-Trait-Anxiety Inventory). Questionario di autovalutazione per l'ansia di stato e di tratto. Forma X" Organizzazioni Speciali, Firenze, (1980).
- SPIELBERGER C. D. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, (1983).
- SPIELBERGER C. D. "S.T.A.I. (State-Trait-Anxiety Inventory). Inventario per l'ansia di stato e di tratto. Forma Y" Organizzazioni Speciali, Firenze, (1989).
- WHITE C. & SELLWOOD W. *Cognitive factors in the maintenance of injection phobia*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 57-61, (1995).
- WOLPE J. "The practice of behavior therapy". New York, Pergamon, (1973).