

# School-Based Intervention for Adolescents with Social Anxiety Disorder: Results of a Controlled Study

Autori: Masia-Warner C., Klein R.G., Dent H.C., Fisher P.H., Alvir J., Albano A.M., Guardino M.  
Fonte: Journal of Abnormal Child Psychology (2005), vol. 33, pp. 707-722.

Parole chiave: ansia sociale; adolescenti; interventi scolastici; terapia comportamentale

## ABSTRACT

I disturbi d'ansia sociale, che hanno il loro picco in adolescenza, sono associati a significative difficoltà. Nonostante la disponibilità di trattamenti efficaci, pochi giovani affetti ricevono servizi. Trasportando l'intervento all'interno delle scuole si possono aggirare le barriere al trattamento. L'efficacia di un intervento scolastico per i disordini di ansia sociale è stata esaminata in un gruppo di controllo di 35 adolescenti, di cui 26 femmine, in lista d'attesa. Alcuni esaminatori indipendenti, che non conoscevano le condizioni di trattamento, hanno valutato i partecipanti nella fase pre-intervento, post-intervento e 9 mesi dopo. Gli adolescenti del gruppo di intervento hanno dimostrato una riduzione significativamente più grande dei controlli dell'ansia sociale e dell'evitamento, così come un miglioramento significativo del funzionamento generale. In più, il 67% dei soggetti trattati, in confronto al 6% dei partecipanti in lista d'attesa, non sono più andati incontro ai criteri di fobia sociale a seguito del trattamento. Questi risultati supportano la possibile efficacia di un intervento scolastico per facilitare l'accesso al trattamento per gli adolescenti socialmente ansiosi.

## INTRODUZIONE

I disturbi di ansia sociale sono associati a difficoltà significative, come avere pochi amici, solitudine, umore depresso, difficoltà scolastiche e nelle relazioni interpersonali. Ricerche epidemiologiche hanno mostrato come la fobia sociale nei giovani è comune. La percentuale di incidenza varia dal 4% al 9% ed è particolarmente elevata negli adolescenti. È stato dimostrato che la fobia sociale contribuisce ad un incremento del rischio di suicidio, abuso d'alcol, incapacità a lavorare, depressione e gravi restrizioni sociali.

Sono stati sviluppati tre trattamenti clinici disegnati specificatamente per bambini e adolescenti, che sono risultati essere efficaci nel trattamento della fobia sociale:

1. Social Skill Training (SST), ideato da Spence.
2. Social Effectiveness Therapy for Children (SET-C) di Biedel, Turner e Morris.
3. Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents (CBGT-A) di Albano, Marten, Holt, Heinberg e Barlow.

Purtroppo è difficile che gli adolescenti socialmente ansiosi ricevano trattamento. Secondo il report del Surgeon General del 1999 sulla salute mentale, 6-9 milioni di giovani con problemi emotivi non ricevono l'aiuto di cui hanno bisogno, a causa delle lunghe liste di attesa e delle alte percentuali di drop-out. Spesso i giovani sono reticenti a ricevere servizi in questi ambienti. Incorporare gli interventi nelle scuole potrebbe aiutare ad aggirare questo problema. Il report del U.S. Surgeon General ha designato le scuole come luoghi chiave dove indirizzare il trattamento della salute mentale nei giovani.

La scuola rappresenta un luogo dove si può accedere a diversi giovani. Inoltre i programmi scolastici riducono le barriere al trattamento, come i costi e il trasporto. Le scuole, infine, provvedono all'incremento delle opportunità di prevenzione e di identificazione ed intervento precoci, che possono prevenire lo sviluppo di serie disfunzioni secondarie.

Offrire un servizio in un setting familiare come quello scolastico, rende il trattamento più accettabile senza il pericolo di stigmatizzazioni, soprattutto per gli adolescenti.

Inoltre, la collaborazione con la scuola crea l'opportunità di istruire e supportare il personale scolastico e i genitori nell'identificare problemi di salute mentale e nel segnalarli appropriatamente per il trattamento. Questo è importante perché spesso gli studenti con ansia sociale vengono ignorati a causa del loro comportamento mite e compiacente ed è comune che gli adulti non diano il giusto valore alle avversità associate a questo problema oppure che credano che sia necessario trattare anche la timidezza o il nervosismo.

Infine, un trattamento all'interno della scuola permette un intervento nel mondo reale, con l'opportunità di esercitare le proprie competenze in un contesto realistico e con diversi individui, in modo tale da poter facilitare la generalizzazione in un ambiente naturale e da poter eliminare le discrepanze tra interventi scolastici e clinici.

Ci sono diversi servizi che hanno provato a intervenire nelle scuole, ma la loro efficacia non è conosciuta. Una recente revisione delle ricerche condotte all'interno delle scuole dai servizi di salute mentale ha trovato che solo 47 su 337 programmi di valutazione pubblicati hanno usato un adeguato disegno per verificarne l'efficacia. Inoltre, non ci sono studi scientificamente rigorosi sui programmi di prevenzione o di intervento nelle scuole per i disturbi d'ansia.

Per verificare se il trattamento per l'ansia sociale nelle scuole è realizzabile e potenzialmente efficace, Masia e collaboratori hanno condotto un iniziale studio di fattibilità di un intervento comportamentale nelle scuole per adolescenti con ansia sociale. L'intervento era lo Skill for Academic and Social Success (SASS) ed è stato sviluppato con lo scopo di adattare una procedura clinica per poter essere esercitata nelle scuole superiori. È stata inizialmente sviluppata dalla SET-C, con modifiche per gli adolescenti e l'ambiente scolastico. Lo studio pilota era costituito da un programma di 14 sessioni, consistenti in una di psicoeducazione, una di pensiero realistico, 5 di pratica delle competenze sociali, 5 di esposizione e una di prevenzione alla ricaduta e due attività sociali non strutturate. Inoltre agli insegnanti era richiesto di fare esercizi pratici in classe. A questo studio pilota parteciparono 6 studenti che mostrarono tutti un marcato o moderato miglioramento. Il programma è stato ben recepito da studenti, insegnanti e genitori ed è apparso ecologicamente valido.

In seguito, sono stati aggiunti altri componenti: due nuove attività sociali non strutturate, che sembrano essere molto importanti; una componente più formale per gli insegnanti, per facilitare il coinvolgimento degli insegnanti nell'identificare le difficoltà degli studenti e per l'assistenza all'esposizione nelle classi; due sessioni con i genitori, focalizzati sulla psicoeducazione e sul controllo dell'ansia dei figli, per incoraggiare la partecipazione dei genitori.

Il presente studio vuole esaminare l'efficacia della revisione del programma SASS.

## METODO

### Reclutamento

#### *Lo screening scolastico*

I partecipanti sono stati estratti da una popolazione di 1521 adolescenti di due scuole superiori parrocchiali di New York. È stato fatto uno screening usando 3 strumenti: il Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C), il Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A) e la sottoscala sociale del Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) ed è stato condotto un workshop con gli insegnanti sui sintomi e le difficoltà associate all'ansia sociale, chiedendo agli insegnanti di nominare 5 studenti nelle loro classi che apparivano calmi, timidi e nervosi. Gli studenti che hanno ottenuto un punteggio del 15% nelle scale autovalutative o che venivano nominati dagli insegnanti sono stati selezionati per un secondo screening (475/1521).

### *Lo screening telefonico*

I genitori dei 475 ragazzi sono stati contattati telefonicamente per una breve intervista. I genitori che hanno indicato la presenza di ansia sociale associate a difficoltà nel funzionamento (171/475) sono stati invitati a partecipare a una valutazione diagnostica domiciliare con i loro figli. 80 adolescenti e i loro genitori hanno accettato di partecipare.

### *Intervista diagnostica*

Gli adolescenti e i genitori sono stati intervistati separatamente dallo stesso esaminatore utilizzando l'Anxiety Disorders Interview Schedule per il DSM-IV, la versione per genitore e figlio. Gli studenti venivano considerati idonei allo studio se ricevevano una diagnosi di disordine di ansia sociale con significative difficoltà. Venivano esclusi gli studenti che stavano ricevendo un trattamento psicologico e farmacologico per la fobia sociale, con diagnosi di disordine da uso di sostanze, di disordine oppositivo provocatorio, di disturbi del comportamento, di depressione maggiore, che hanno avuto esperienza di sintomi psicotici o che hanno pensieri suicidi od omicidi o che hanno eventi più significativi che richiedono un'attenzione immediata, come la morte di un genitore. Sono risultati idonei 42 adolescenti. Di questi, 5 hanno ricevuto diagnosi di sottotipo specifico di fobia sociale, mentre gli altri 37 hanno ricevuto diagnosi di disordine di ansia sociale del sottotipo generalizzato. Solo 4 di loro avevano pensato di sottoporsi a un trattamento per l'ansia. 21 soggetti sono stati assegnati all'intervento SASS e 21 alla lista d'attesa. 7 soggetti non hanno terminato lo studio, 4 della lista d'attesa e 3 del gruppo trattato.

## SASS

Per adattare il protocollo ad un contesto scolastico, sono state apportate alcune modifiche: le sessioni non potevano essere più lunghe di 40 minuti e non potevano interrompere corsi accademici, la classe veniva usata come setting di esposizione per incoraggiare la socializzazione, agli insegnanti è stato chiesto di identificare le specifiche difficoltà degli studenti e assistere all'esposizione in classe, i genitori avrebbero imparato tecniche di diminuzione dell'evitamento dei propri figli e di miglioramento della generalizzazione delle competenze.

L'intervento consiste in:

- 12 incontri settimanali di gruppo, integrati all'interno dell'ambiente scolastico, che includono l'assistenza del personale scolastico e degli assistenti di pari età.
- 2 brevi incontri individuali della durata di circa 15 minuti, per identificare gli obiettivi individuali, analizzare gli ostacoli al trattamento e adattare il programma ai bisogni di ogni studente.
- 4 eventi sociali della durata di 90 minuti, con lo scopo di esercitare le capacità sociali affiancati da pari prosociali scelti dagli insegnanti e intervistati da un esaminatore, che partecipano anche alle altre sessioni del trattamento per facilitare il coinvolgimento dei pari.
- 2 incontri di gruppo con i genitori a scuola, durante i quali vengono istruiti riguardo l'ansia sociale e le tecniche utili per indirizzare l'ansia dei figli, perché spesso non comprendono i loro comportamenti e sono frustrati dal loro evitamento.
- 2 incontri di gruppo con gli insegnanti, in cui vengono istruiti riguardo all'ansia sociale, agli obiettivi del programma e alle modalità con cui gestire l'ansia in classe. A loro volta, gli insegnanti danno dei feedback riguardo ai progressi degli studenti.
- 2 sessioni mensili "di spinta" vengono condotti alla fine del programma con i membri del gruppo, per monitorare i progressi, valutare e discutere gli ostacoli e evidenziare vie aggiuntive per esercitare le capacità e stabilire le relazioni.

## MISURE

I partecipanti sono stati valutati in fase pre-intervento e post-intervento al trattamento anche a un follow-up a 9 mesi. La valutazione comprende:

- Le valutazioni di un esaminatore indipendente attraverso quattro strumenti basati su interviste separate con i genitori e i figli:
  - L'Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Parent and Child Version (ADIS-PC) valuta i disturbi d'ansia e dell'umore, disturbi comportamentali, psicosi e disturbi dell'alimentazione. L'esaminatore assegna una diagnosi se la severità è pari o maggiore a 4 in una scala da 0 a 8 di angoscia/difficoltà.
  - La Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA) stabilisce una gamma di situazioni che i giovani con fobia sociale dovrebbero temere e/o evitare ed è suddivisa in 6 sottoscale: ansia sociale, evitamento sociale, ansia di performance, evitamento di performance, ansia totale ed evitamento totale.
  - La Social Phobic Disorders Severity and Change Form (SPDSCF) è una scala di severità e cambiamento a 7 punti specifica per i sintomi di fobia sociale, che viene usata per misurare la risposta al trattamento.
  - La Children's Global Assessment Scale (CGAS) è una scala clinica di funzionamento che considera i comportamenti psicologici, sociali e scolastici, con punteggio da 0 a 100, dove i punteggi più alti indicano un miglior funzionamento.
- Self-Report Inventories:
  - Il Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C), costituito da 26 item che valutano i sintomi somatici, la cognizione e il comportamento in alcune potenziali situazioni paurose.
  - Il Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A), costituito da 18 item focalizzati sull'ansia sociale e 4 item sulle attività e preferenze sociali.
  - Il Children's Depression Inventory (CDI), formato da 27 item che valutano la presenza e la severità dei sintomi affettivi, comportamentali e cognitivi della depressione.
  - Il Loneliness Scale (LS), consistente in 16 item che valutano il senso di solitudine su una scala a 5 punti.
- Il report dei genitori con la Social Anxiety Scale for Adolescents: Parent Version (SAS-AP) dove ai genitori viene chiesto di riportare l'ansia sociale del figlio su una scala Likert a 5 punti.

## RISULTATI

### *Confronti pre-trattamento*

Non sono emerse differenze significative tra i trattati e il gruppo di controllo in nessuna delle misure cliniche e a livello demografico.

### *Valutazioni dell'esaminatore indipendente*

- ADIS-PC: al post-intervento i punteggi di severità erano significativamente inferiori nel gruppo trattato rispetto al gruppo di controllo.
- SPDSCF: i soggetti trattati hanno ottenuto un decremento nella severità, in contrasto con il gruppo in lista d'attesa.
- LSAS-CA: sono emerse delle differenze tra i due gruppi sia nel punteggio totale, che nelle sottoscale dell'evitamento totale, dell'evitamento sociale, dell'ansia di performance e nell'ansia totale. Non sono emersi effetti del trattamento per le sottoscale dell'ansia sociale e dell'evitamento di performance.

- CGAS: il gruppo trattato ha mostrato un miglioramento significativo nel funzionamento globale, in confronto al gruppo di controllo.

#### *Self-Report Inventories*

- SPAI-C: i partecipanti al trattamento hanno mostrato una diminuzione dei sintomi di fobia sociale dal pre- al post-trattamento, cosa che non è avvenuta per il gruppo di controllo.
- SAS-A: il gruppo trattato ha riportato una riduzione significativamente più grande dell'ansia sociale con nuovi pari o in nuove situazioni in confronto ai soggetti in lista d'attesa.
- CDI: non sono emerse differenze significative nei punteggi sulla depressione.
- LS: non sono emersi effetti di trattamento significativi.

#### *Report dei genitori*

SAS-AP è risultato simile al SAS-A. I genitori degli adolescenti trattati hanno riportato una riduzione significativa dell'ansia sociale in nuove situazioni.

#### *Comorbidità*

17 soggetti hanno avuto una diagnosi di comorbidità alla baseline. Alla post-valutazione nessuno dei partecipanti al trattamento ha sviluppato una nuova diagnosi di comorbidità, mentre ciò è avvenuto per due soggetti in lista d'attesa. Di quelli che in baseline avevano comorbidità, solamente uno dei soggetti trattati l'ha mantenuta.

#### *Significatività clinica*

L'importanza degli effetti del trattamento sono stati stimati attraverso la percentuale di adolescenti che non sono più andati incontro ai criteri del DSM-IV per la fobia sociale nella fase di post-valutazione. Le percentuali erano del 67% per i soggetti trattati e del 6% dei soggetti in lista d'attesa. Solo l'11,8% dei soggetti di controllo sono stati classificati come rispondenti, rispetto al 94,4% di quelli trattati.

#### *Follow-up a 9 mesi*

L'88.9% degli adolescenti trattati hanno completato il follow-up e hanno mantenuto i miglioramenti dopo 9 mesi dalla fine del trattamento.

## DISCUSSIONE

Questo studio è il primo che ha riportato l'efficacia di un intervento per gli studenti con disturbo d'ansia sociale all'interno delle scuole superiori. L'intervento SASS è stato infatti superiore a una lista d'attesa nel ridurre l'ansia sociale e l'evitamento e nel rinforzare il funzionamento sociale. I risultati sono significativi sia a livello statistico che a livello clinico. Il 67% dei soggetti trattati, rispetto al 6% di quelli non trattati non è più andato incontro ai criteri diagnostici della fobia sociale. Non si conoscono i risultati a lungo termine di questo programma, ma i vantaggi del trattamento sono stati mantenuti a 9 mesi dopo l'intervento.

Gli adolescenti che avevano una fobia sociale circoscritta, ad esempio nel parlare in pubblico in classe, hanno mostrato una maggiore discontinuità nella partecipazione rispetto a teenager con fobia

sociale generalizzata. Parlando con loro a livello informale, è emerso come non sentissero il trattamento appropriato per loro o come non necessitassero più di interventi clinici.

Questo studio ha soprattutto dimostrato come sia efficace trasportare l'intervento all'interno delle scuole, come ipotizzato visto che lavorando nelle scuole è possibile istruire e rendere consapevoli il personale scolastico, gli insegnanti e i genitori nel riconoscere l'ansia sociale. Inoltre, viene facilitato l'accesso a un intervento efficace per adolescenti che altrimenti non avrebbero ricevuto trattamento.

Rispetto al trattamento clinico è stata ridotta la durata delle sessioni da 90 minuti a 40 minuti e vengono organizzati solo 4 eventi sociali rispetto ai 12 del SET-C. E' possibile concludere che anche i trattamenti più brevi sono ugualmente efficaci nel produrre il cambiamento, che gli adolescenti con disturbi di ansia sociale hanno bisogno di un trattamento meno intensivo rispetto a chi cerca aiuto professionale per la loro ansia oppure che condurre interventi per i disturbi d'ansia sociale nelle scuole sono molto potenti.

Studi futuri potrebbero esaminare se gli interventi clinici per i disturbi di ansia sociale sono più efficaci se condotti nelle scuole piuttosto che nelle cliniche. Probabilmente il trattamento all'interno delle scuole è un approccio più ecologico che facilita la generalizzazione. La collaborazione con gli insegnanti supporta il raggiungimento degli obiettivi, in quanto possono suggerire quali sono i target da raggiungere all'interno della classe e assistere all'esposizione in classe. Quando gli insegnanti osservano gli effetti positivi dei loro sforzi, gli alunni diventano più motivati a partecipare. Inoltre, essere presenti all'interno della scuola permette di osservare il comportamento dei membri del gruppo nelle diverse situazioni, in modo da dare specifici feedback. L'intervento di adolescenti prosociali aiuta a incoraggiare il cambiamento all'interno dell'ambiente naturale.

Nonostante il setting scolastico offra diversi vantaggi, sono presenti anche delle sfide. Il personale scolastico e i genitori sono all'inizio riluttanti nel partecipare allo studio, ma la collaborazione con un'associazione no profit familiare alla scuola ha permesso un maggior coinvolgimento. Inoltre, i genitori che hanno partecipato al programma durante il primo anno, hanno successivamente svolto il ruolo di consiglieri per istruire gli altri genitori sull'ansia sociale e sui benefici del programma. Inoltre, sono presenti anche delle sfide pragmatiche, come gli spazi e la programmazione. Condurre dei gruppi dopo la scuola è difficile a causa dei programmi scolastici extracurricolari e la voglia degli studenti di lasciare la scuola alla fine della giornata. I gruppi sono stati condotti durante le ore scolastiche, che hanno ridotto il tempo delle sessioni a 40 minuti. Il programma è stato inoltre condizionato dalle gite scolastiche, dagli esami, dalle vacanze e, a volte, dalla riluttanza degli insegnanti a lasciar uscire gli alunni dalle classi.

Un altro ostacolo era la paura dei ragazzi a partecipare al trattamento e l'apprensione per le reazioni dei compagni di classe. Si è cercato di aggirarle utilizzando un nome per il programma che non desse l'idea di una terapia; i partecipanti del secondo anno sono stati informati della presenza del trattamento all'interno della scuola anche nell'anno precedente, nonostante non se ne fossero accorti.

Una sfida finale è stato il processo di reclutamento e di valutazione gravosi. Visto che è stato uno studio di ricerca, sono state impiegate delle strategie di reclutamento a larga scala e una valutazione globale dei partecipanti. Per l'integrazione all'interno della scuola, la valutazione dei membri del gruppo è stata accorciata e maggiormente focalizzata.

## Limiti

I limiti di questo studio sono i seguenti:

1. I partecipanti sono stati raccolti in scuole parrocchiali in un'area urbana di New York ed erano soprattutto caucasici.
2. Il gruppo in lista d'attesa è stato trattato dopo la valutazione post-intervento, per cui manca un gruppo di controllo nel follow-up.
3. Non ci sono informazioni conclusive sui drop-out.

Potrebbe sembrare che gli effetti del trattamento siano presenti solo nelle valutazioni dei clinici, mentre non sono presenti nelle valutazioni degli adolescenti e dei genitori. Una più attenta valutazione può rivelare come è il tipo di misura, più che il valutatore, che spiega le differenze nei pesi dell'effetto. Le misure che hanno indicato l'effetto più ampio (ADIS-PC Severity, SPDSCF e CGAS) consistono di valutazioni più globali, che prendono in considerazione multiple fonti di informazioni cliniche. Gli altri strumenti ottengono un discreto punteggio che valuta diverse situazioni e queste stime devono venire sommate per ottenere i vari punteggi. Inoltre, la LSAS-CA è una misura utilizzata dal clinico il cui format è coerente con quello degli strumenti utilizzati dai ragazzi e dai genitori (SPAI-C e SAS-A) e ha dimostrato degli effetti del trattamento simili a questi strumenti. Inoltre, i report dei genitori e degli adolescenti hanno indicato un miglioramento nelle nuove situazioni e nelle interazioni con pari sconosciuti, ma non nell'ansia generale o nella preoccupazione di una valutazione negativa. Nel follow-up però sono stati indicati dei miglioramenti anche nelle altre sottoscale. Infine, la CDI e la LS sono misure della depressione e della solitudine, non dell'ansia sociale.

Questo studio ha dimostrato l'efficacia dell'intervento SASS, ma non ha fornito informazioni riguardo l'efficacia relativa, cioè se l'effetto è dovuto a uno specifico ingrediente del trattamento o a fattori terapeutici generali. Si sta compiendo uno studio che confronti il programma SASS con gli effetti di un trattamento non specifico.