

Un caso clinico di ansia sociale

Maria Staiano*, Pietro Grimaldi**



*Ricevuto il 28 ottobre 2022
Accettato il 5 dicembre 2022*

Sommario

In questo articolo viene presentato il caso clinico di Monica, una donna di 32 anni che richiede una psicoterapia per un Disturbo di ansia sociale che sta mettendo a rischio il suo nuovo lavoro. L'ansia sociale è definita come una sindrome cognitivo-affettiva contraddistinta da apprensione e intensa paura che si manifesta in situazioni sociali in cui la persona è sottoposta alla valutazione oppure allo sguardo degli altri (Grimaldi, 2008; Leary & Kowalski, 1995). Gli approcci cognitivisti hanno studiato e approfondito le tematiche dell'ansia sociale, con la formulazione di diverse teorie e modelli (Beck & Emery, 1985; Clark & Wells, 1995; Hofmann, 2007; Moscovitch, 2009; Orazi & Mancini, 2011; Rapee & Heimberg, 1997; Rapee, 2010; Schlenker & Leary, 1982b; Stopa, 2009). A partire da questi modelli, sono stati implementati trattamenti efficaci per l'ansia sociale, tra cui i protocolli di trattamento della terapia cognitivo-comportamentale che sono ad oggi i più validati e statisticamente più efficaci. Tuttavia, questi modelli si focalizzano sui meccanismi di mantenimento, senza indicare come essi potrebbero svilupparsi, né specificare una base eziologica del disturbo (Wong *et al.*, 2017), con ripercussioni sull'impostazione del trattamento. Il caso di Monica viene di seguito formulato facendo riferimento al Modello Cognitivo Integrato (Grimaldi, 2019) basato appunto sull'integrazione di modelli e ricerche provenienti da diversi ambiti al fine di costruire un modello psicopatologico che spieghi lo sviluppo e il mantenimento dei vari disturbi d'ansia sociale, e sulla base del quale mettere a punto un intervento terapeutico maggiormente efficace.

Parole chiave: ansia sociale, metacognizione, sistemi motivazionali interpersonali, terapia cognitivo-comportamentale.

* Psicologa, psicoterapeuta, Vice Presidente ArsPsico; corso Trieste, 42 – 81100 Caserta; e-mail: staianomaria@yahoo.it.

** Psicologo, psicoterapeuta, Presidente ArsPsico; corso Trieste, 42 – 81100 Caserta; e-mail: grimaldipietro@gmail.com.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 51/2022
DOI: 10.3280/qpc51-2022oa15184*

Abstract

A clinical case report of Social Anxiety

This article presents Monica's clinical case, a 32-year-old woman who requires psychotherapy for a social anxiety disorder that is jeopardizing her new job. Social anxiety is defined as a cognitive-affective syndrome marked by apprehension and intense fear that occurs in social situations in which the person is subjected to the others' evaluation or gaze (Grimaldi, 2008; Leary & Kowalski, 1995). Cognitive-behavioral approaches have studied and deepened the issues of social anxiety, with the formulation of various theories and models (Beck & Emery, 1985; Clark & Wells, 1995; Hofmann, 2007; Moscovitch, 2009; Orazi & Mancini, 2011; Rapee & Heimberg, 1997; Rapee, 2010; Schlenker & Leary, 1982b; Stopa, 2009). Starting with these models, effective treatments for social anxiety have been implemented, including cognitive-behavioral therapy treatment protocols that are the most validated and statistically effective to date. However, these models focus on maintenance mechanisms, without indicating how they might develop or specifying an etiological basis for the disorder (Wong *et al.*, 2017), affecting the treatment setting. Monica's case is formulated below by referring to the Integrated Cognitive Model (Grimaldi, 2019) based precisely on the integration of models and research from different areas in order to construct a psychopathological model that explains the development and maintenance of various social anxiety disorders, and on the basis of which to devise a more effective therapeutic intervention.

Keywords: social anxiety, metacognition, interpersonal motivational systems, cognitive-behavioral therapy.

Introduzione

Il tema centrale dell'ansia sociale è la convinzione di essere sottoposti al giudizio negativo degli altri (Walsh, 2002). Così la persona è focalizzata sulla rappresentazione di come è percepita e valutata dagli altri (Schlenker & Leary, 1982), guidata da un'immagine di sé contraddistinta da inadeguatezza, debolezza, scarso valore e, pertanto, non degna di stima né di riconoscimento personale. Da un lato c'è il bisogno di fare una buona impressione sugli altri, dall'altro la necessità di evitare a tutti i costi il giudizio negativo, ossia le critiche, il rifiuto e l'esclusione sociale (Grimaldi, 2019). Questo innesca una serie di processi psicologici e strategie di fronteggiamento del problema che tuttavia risultano disfunzionali generando il mantenimento e il peggioramento del disturbo.

L'ansia sociale può strutturarsi in diversi modi: può riflettere una condizione non clinica, come nella timidezza, oppure può prendere la forma di un vero e proprio quadro psicopatologico, ed è il caso del Disturbo d'ansia sociale e del Disturbo Evitante di Personalità, dove il timore di essere valutati negativamente dagli altri e il senso di sé come inadeguato e inferiore, rag-

giungono un livello di gravità tale da compromettere il funzionamento sociale e relazionale della persona (Morrison & Heimberg, 2013).

Caso Clinico

Monica è una donna di 32 anni. Si è laureata a 27 anni in architettura, impegnandosi molto per la sua tesi, nonostante la disapprovazione dei genitori che la esortavano a concludere il prima possibile per trovarsi un lavoro. Vive da 3 anni con il compagno con cui ha una relazione da 12 anni. Da qualche mese insegna in una scuola superiore, ed è impegnata nell'organizzazione di mostre ed eventi. Prima viveva con i genitori, la mamma è insegnante e il padre era uno steward, adesso in pensione. Ha una sorella più grande di lei che si è trasferita a Milano molti anni fa, Monica la descrive come possessiva e gelosa. Vive con forte distacco e sfiducia il loro rapporto, riconducendolo a svariati episodi in cui la sorella è stata indifferente in situazioni di difficoltà per la paziente oppure in cui la ignorava. Inoltre, quando nell'interazione entrava in gioco la mamma, *“la competizione scattava in automatico da parte della sorella”*. La giovane donna racconta con vergogna quando la madre e la sorella la giudicavano come pazza e instabile per le sue reazioni emotive durante le discussioni familiari.

È riscontrabile un abbassamento del tono dell'umore reattivo al disagio che sta vivendo negli ultimi mesi e rispetto al quale Monica si sente triste e demoralizzata, con forti pensieri autocritici. L'inizio del lavoro da insegnante ha rappresentato per Monica l'evento scatenante una riacutizzazione di una sintomatologia ansioso/fobica sociale di cui soffre sin dai tempi dell'adolescenza e che l'ha spinto a iniziare un percorso psicoterapeutico per ben due volte tra i 21 e i 24 anni.

In concomitanza con l'inizio della scuola ha crisi di pianto, si sente paralizzata all'idea di dover gestire 27 alunni per classe e non fa altro che ripetere quanto non si senta all'altezza della situazione. Monica racconta che in determinate condizioni avverte un terribile disagio: *“Mi si blocca proprio il respiro, non riesco ad avere il controllo della mia mente e del mio respiro”*. Durante la performance sente che il corpo non la sostiene, *“non riuscendo quindi a dare il meglio di sé”*, per poi sentirsi preda di dolorosi sentimenti di frustrazione legati a un'autocritica spietata. Quando si trova davanti a una persona importante oppure a una platea, Monica sente di provare una forte agitazione interna, ha paura di non riuscire a parlare chiaramente, di poter balbettare, di arrossire e che gli altri, accorgendosi di questo suo stato d'animo, possano deriderla oppure pensare di lei che sia un'incompetente, un'incapace. Allo stato

attuale si trova in difficoltà nel suo ambiente lavorativo: si sente strumentalizzata da una collega anziana, e si ritiene stupida per aver chiesto consigli agli insegnanti storici, da cui si sente invece esaminata costantemente. Si ripete costantemente (anche in seduta): *“Questo lavoro non fa per me, non sono in grado, non solo di fare l’insegnante, ma proprio di affrontare qualsiasi tipo di ambiente lavorativo”*. Ritiene i colleghi più intelligenti, più bravi, più acculturati, più competenti di lei per come si pongono, ed è convinta che da un momento all’altro la sua incompetenza sarà smascherata.

Monica, quando racconta della sua famiglia, ci tiene a precisare che non vuole far passare i genitori come i colpevoli del suo male, ma che qualsiasi cosa abbiano fatto l’hanno fatto solo ed esclusivamente per proteggerla e per il suo bene. Si descrive come essere stata una bambina buona che non ha mai disobbedito alla madre, ma dentro si sentiva frustrata perché non era quello che voleva. Monica ha adottato una strategia improntata alla remissività e all’accondiscendenza per piacere all’altro e garantirsi così l’amore e la vicinanza altrui, una strategia che ancora oggi contraddistingue tutti i suoi rapporti interpersonali.

Per Monica il percorso universitario è stato molto faticoso: rimandava spesso gli esami perché riteneva di non farcela, di non essere abbastanza preparata e di fare una pessima figura. Aveva dei momenti di forte sconforto in cui piangeva disperata, e in quei momenti i genitori, altrettanto disperati e a volte spazientiti dalle sue reazioni emotive, le dicevano di abbandonare perché non era all’altezza. I genitori, in più occasioni, hanno rimandato a Monica l’idea che non poteva farcela, e Monica oggi crede che quello che ha ottenuto, è dovuto alla fortuna e non alla sua bravura. È cresciuta con un confronto continuo con la sorella che era la figlia intelligente, mentre lei era la figlia *“così così”*. La madre ancora oggi la definisce come una persona estremamente fragile e sensibile: *“Mi trattava come un essere fragile... manco fossi fatta di porcellana, e non perdeva occasione per dire a tutti di quanto io fossi delicata e sensibile”*.

L’ansia sociale di Monica la porta a temere, in particolar modo, alcune situazioni specifiche, ossia parlare in pubblico, sostenere esami, andare a fare lezione (in particolare in una classe che percepisce molto unita e molto critica e da cui si sente *“perennemente messa alla prova e giudicata”*), partecipare alle riunioni con i colleghi e con i genitori, parlare con persone percepite caratterialmente *“più forti di lei”*.

Monica, anche se con fatica, non si sottrae a queste situazioni, ma dopo si sente stanca e affaticata, oltre a sentirsi frustrata per non aver dato il meglio di sé, con sentimenti di rabbia per il fatto di non saper controllare le sue reazioni e per il fatto che le sue prestazioni si abbassano.

Il modello cognitivo integrato per l'ansia sociale

Per quanto riguarda lo sviluppo eziologico dell'ansia sociale si fa spesso riferimento alla cornice teorica dell'attaccamento, che riconosce appunto il ruolo centrale svolto dall'attaccamento nella genesi dei vari disturbi emotivi (Cozolino, 2002; 2006; Fonagy *et al.*, 2002; Liotti, 1994; 2001; Liotti & Farina, 2011; Schore, 1994; Siegel, 2012). Attraverso le esperienze di interazione con le figure di attaccamento, il bambino sviluppa dei Modelli Operativi Interni (MOI) di sé e dell'altro, di sé con l'altro (Liotti, 2001), che si pongono come schemi cognitivi che l'individuo utilizza per interpretare la realtà e che, allo stesso tempo, influenzano le percezioni e le cognizioni guidando i suoi comportamenti nella gestione delle relazioni interpersonali, determinando cosa possiamo aspettarci da noi stessi e dagli altri. Nel caso dell'ansia sociale si ipotizza che le esperienze precoci di vita possano determinare la strutturazione di una rappresentazione di sé caratterizzata da inferiorità, indesiderabilità, dalla percezione di un ruolo subordinato nello status sociale, e una rappresentazione degli altri visti come giudicanti, ostili e rifiutanti (Brumariu & Kerns, 2008; 2013; Grimaldi, 2019; Ollendick & Benoit, 2012).

Storia di attaccamento, strutturazione degli schemi interpersonali

Nella narrazione di Monica emergono spesso episodi in cui la mamma si disponeva nei suoi confronti con un atteggiamento giudicante e critico, specie quando faceva cose che non condivideva, ma soprattutto quando esprimeva apertamente quello che pensava o sentiva: *“Stavo scegliendo un vestito, ma mamma mi dice di fare attenzione a quelli che mettono in evidenza i cuscini che ho sui fianchi. Le rispondo che potrebbe anche evitare di farmelo notare, e lei così mi dà dell'acida e mi chiede se sto esaurita”*. Veniva, inoltre, criticata aspramente anche dalla sorella quando esternava i suoi sentimenti: *“sei troppo fragile, sensibile, pazza”*. Ancora oggi, quando Monica attraversa momenti di sconforto oppure di difficoltà emotiva, i genitori non riescono a darle conforto, spostandosi invece in un assetto preoccupato e, allo stesso tempo, critico. La paziente si sente sbagliata, e durante il primo colloquio esterna la preoccupazione di essere “pazza” perché in alcuni momenti della sua vita fa fatica a gestire e controllare le sue emozioni: con espressione indignata dice *“Mi odio quando sono triste. Mi odio quando sono in ansia”*. Ha paura di non riuscire a modulare in maniera adeguata quello che sente e vorrebbe non provare più nulla in alcuni momenti.

La rappresentazione di sé come fragile, vulnerabile, pazza, diversa dagli altri, sembra aver attivato in Monica comportamenti di sottomissione e di evitamento degli altri per ridurre il rischio di essere criticata e danneggiata dagli altri, comportamenti che inducono e rafforzano l'ansia nelle situazioni sociali, attraverso il rinforzo dell'evitamento e della sopravvalutazione dei rischi sociali (Fraley *et al.*, 2013). La giovane donna è costantemente focalizzata su dinamiche competitive, sul timore degli altri e del loro potere di incutere vergogna e di rifiutarla. Quando è insieme alle sue amiche spesso è in silenzio e fa fatica anche a mangiare in loro presenza. Mentre rimane mutacca al tavolo, rimugina su come appare agli altri e viene valutata da questi, con il timore di risultare poco spontanea, noiosa e fredda, di non essere in grado di dire qualcosa di interessante temendo quindi una vera e propria esclusione dal piccolo gruppo di cui fa parte. Nelle relazioni interpersonali si pone con fare accondiscendente, evitando qualsiasi forma di protesta e accettando anche comportamenti che non condivide e che non la fanno stare bene, come per esempio il fatto che le amiche qualche volta si siano organizzate tra di loro senza coinvolgerla oppure che si rivolgano a lei con modi bruschi. Ancora, non riesce a esprimere il proprio disaccordo senza sentirsi minacciata di essere esclusa o "guardata male". Lo schema di sé come incapace, inferiore, stupida e inadeguata, unitamente allo schema dell'altro come pronto a giudicare e criticare, danno luogo a una valutazione delle situazioni sociali come minacciose, implicando una massiccia tendenza all'auto-monitoraggio, a comportamenti di sicurezza e di evitamento che alimentano e mantengono il problema (Clark & Wells, 1995). Monica descrive una situazione in cui lei è a pranzo con le sue amiche e i rispettivi fidanzati, e lei monitora attentamente tutto ciò che fa e che dice: si chiede se è il caso di passare l'acqua per evitare che gli altri possano pensare di lei che sia un'egoista, le viene in mente di fare una battuta in dialetto per essere più simpatica, ma sopraggiunge la paura paralizzante di poter essere giudicata male e di non saper parlare. Si sente tesa e sotto esame per tutta la durata del pranzo, e solo il pensiero che si stesse avvicinando il termine di quello strazio, la faceva sentire meglio. Tuttavia, dopo un sospiro di sollievo tirato non appena si è ritrovata in macchina col compagno, Monica, una volta a casa, inizia a ripercorrere mentalmente tutto quello che ha detto, valutandosi come ridicola, goffa, inetta, giungendo alla triste e dolorosa conclusione che l'amica preferisce la compagnia dell'altra perché lei è veramente una persona banale, piatta, insulsa e pesante.

Sembra esserci una attivazione cronica dello schema relazionale in cui il sé viene percepito come stupido, goffo, indegno e l'altro come critico, rifiutante e disapprovante (Baldwin & Fergusson, 2001). Tale immagine di sé

e dell'altro possono essere supportate e rafforzate da una serie di aspettative o *script* interpersonali caratterizzati da regole condizionali "se... allora", come ad esempio "*se vedranno che mi sto emozionando, allora penseranno che sono un'insegnante da quattro soldi*", "*se sono così stupida, allora non mi prenderanno mai in considerazione*" e ancora "*se sono così noiosa, per forza Giulia preferirà Anna a me*". Tali schemi contengono informazioni su come funzionano le relazioni e su come bisogna agire per entrare in relazione con gli altri. Alcuni autori mettono in evidenza come gli schemi relazionali possono dar vita a dei veri e propri cicli interpersonali disfunzionali caratterizzati da una sorta di profezia che si auto-avvera, ossia: lo schema relazionale influenza il modo in cui la persona percepisce le interazioni sociali determinando quindi il tipo di comportamento che la persona adotta. Tali comportamenti, a loro volta, innescano negli altri delle risposte complementari che tendono a confermare gli schemi interpersonali (Kennedy-Moore & Watson, 2001; Safran & Muran, 2003). Pertanto un ciclo interpersonale può essere considerato come l'applicazione ripetuta e ricorsiva di un dato schema interpersonale nelle varie situazioni di interazione con gli altri. Essi vengono definiti disfunzionali quando generano delle difficoltà oppure delle problematiche (Grimaldi, 2019). Per esempio, Monica entra nelle sue classi avendo in mente un'immagine di sé negativa e con la prospettiva di essere criticata dai suoi alunni, vissuti come giudici spietati. Tali rappresentazioni mentali la spingono a entrare nei rapporti interpersonali in modo impacciato, tesa, difensivamente chiusa e tale atteggiamento può suscitare negli altri giudizi negativi, riferiti al suo comportamento, che andranno a rinforzare la rappresentazione di sé come inadeguata e incompetente.

Alcuni autori individuano alcuni elementi caratteristici degli schemi relazionali dell'ansioso sociale: lo schema di sé include una visione della propria persona come goffo, indegno, incompetente, scarsamente interessante, mentre lo schema dell'altro include il suo essere critico, rifiutante, disapprovante. Da questi schemi derivano delle aspettative del tipo "*se fallisco, allora mi criticheranno*", oppure come nel caso di Monica "*se sono noiosa, Valeria non mi contatterà più*", "*se incespico con le parole, penseranno di me che sono un'insegnante incapace*". Monica ha un'attivazione di questi schemi anche in situazioni inappropriate, facendo fatica ad accedere a schemi alternativi (Baldwin & Fergusson, 2001; Grimaldi, 2019). Young parla di Schemi Maladattivi Precoci (Young *et al.*, 2003; Young, 1999) riferendosi a quelle strutture cognitive disfunzionali autopertuanti che si sviluppano in età infantile all'interno di relazioni disfunzionali con le figure di riferimento. Tali schemi costituiscono delle credenze fondamentali circa se stessi e gli altri che fungono da guida per elaborare le informazioni ambientali in modo

disfunzionale, incidendo a loro volta sulla rappresentazione di sé e delle altre persone. Secondo Young, stili genitoriali basati sulla critica, sulla vergogna e sull'iperprotezione possono favorire la trasmissione al bambino del messaggio della sua incompetenza e inadeguatezza, della sua incapacità di affrontare la realtà sociale, insieme al messaggio che l'altro è pronto a criticare, a essere ostile oppure a umiliarti. Nel caso di Monica, la mamma è stata iperprotettiva nei suoi riguardi con regole rigide rispetto a cosa poteva fare. Il quartiere in cui abitava era misto, così come l'ambiente della sua classe, pertanto la mamma, "*che ha sempre cercato di proteggerla*", le impediva di frequentare persone che la portassero sulla cattiva strada. Quindi Monica non scendeva a giocare con i suoi coetanei, ma aveva poche amiche con cui spesso stava a casa. Al tempo delle medie le impediva di partecipare alle gite con la classe, e anche quando era più grande si opponeva quando doveva uscire da sola con le amiche. L'atteggiamento cambiò quando Monica si fidanzò, trasmettendo il messaggio che da sola non avrebbe potuto fare quello che invece poteva fare se ci fosse stato qualcuno al suo fianco a "prenderci cura di lei" in un mondo ostile e pericoloso. L'ipercontrollo e l'eccessiva protezione genitoriale riducono le occasioni di esplorare situazioni nuove e acquisire nuove abilità per affrontarle, incrementando quindi la probabilità di sviluppare ansia sociale ed evitamento sociale. Inoltre, l'iperprotezione passa il messaggio che il mondo è un luogo pericoloso e che il bambino è incapace di farvi fronte, necessitando di protezione da parte degli altri (Hudson & Rapee, 2000).

La famiglia di Monica, inoltre, non ha mai avuto amici, le uniche relazioni al di fuori della famiglia, erano quelle con le sorelle della madre. Tuttavia, ad oggi, anche queste relazioni sono state chiuse per alcuni diverbi, e i genitori conducono una vita piuttosto isolata. Così Monica trascorre gran parte dei fine settimana insieme a loro, coinvolgendoli in diverse attività per non farli sentire soli. Gli studi hanno riscontrato che le persone con ansia sociale sono cresciuti in ambienti familiari caratterizzati da un certo grado di isolamento sociale, che al contempo isolano i loro figli dalle esperienze sociali (Bruch *et al.*, 1989; Caster *et al.*, 1999).

Liotti (1994) ha posto in evidenza che la rappresentazione di sé con l'altro nell'ambito delle relazioni di attaccamento hanno il potere di influenzare l'attività dei Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI). Un attaccamento insicuro può condizionare la precocità e l'ipertrofia di altri sistemi motivazionali che svolgono una funzione vicariante, come per esempio quello agnostico. Sono diversi gli studi che hanno riportato un'elevata associazione tra stili di attaccamento insicuro e senso di inferiorità con tendenza alla sottomissione (Cortina & Liotti, 2006). Crescere in un ambiente sociale in cui il

bambino è sensibilizzato al potere degli altri a umiliarli, ferirli oppure rifiutarli unitamente all'impossibilità di fare riferimento ad alleati o altre fonti di supporto, predispone a una iperfocalizzazione sui confronti sociali, a essere preoccupati rispetto al rifiuto e ai sentimenti di vergogna, ricorrendo quindi all'evitamento oppure alla remissione pur di difendere sé stessi.

Il ruolo dei SMI nello sviluppo e nel mantenimento dell'ansia sociale

I SMI possono essere intesi come dei sistemi di regole innate che predispongono la persona a organizzare le proprie interazioni sociali, finalizzati alla sopravvivenza e all'adattamento all'ambiente (Gilbert, 1989; 1992; 2000; Liotti, 2001; Liotti *et al.*, 2017). Essi sono orientati al raggiungimento di una meta e quando si attivano, sono accompagnati da peculiari risposte emotive. Emozioni positive, come la gioia oppure il piacere, indicano il raggiungimento della meta, mentre quelle negative come la tristezza, la vergogna, la paura, indicano il fallimento oppure l'impedimento del raggiungimento della stessa, con il perdurare dell'attivazione del sistema. Essi operano al di fuori del livello di consapevolezza e la loro azione raggiunge la coscienza attraverso le emozioni. Ciascun Sistema Motivazionale che si attiva in una persona, innesca un sistema motivazionale complementare nell'altro con cui si interagisce, e ciascun sistema viene attivato da particolari segnali.

Liotti (Liotti, 1994; 2001) ha teorizzato l'esistenza di cinque principali SMI, applicando questa sua teorizzazione alla psicopatologia e alla psicoterapia.

I principali SMI sono:

- *l'attaccamento*, finalizzato a ottenere la vicinanza protettiva di qualcuno disponibile a fornire cura, conforto e protezione. Esso si attiva quando si è in situazione di difficoltà fisica o emotiva, di solitudine protratta e dal sentirsi vulnerabili;
- *l'accudimento*, ossia il complementare dell'attaccamento, finalizzato a offrire vicinanza protettiva, cura e aiuto a un conspecifico, attivato da segnali di richiesta di aiuto e dalla percezione della fragilità dell'altro;
- *la sessualità*, che ha come meta la formazione e il mantenimento della coppia sessuale, dando quindi più opportunità di sopravvivenza della prole; è attivato dai livelli periodicamente variabili di ormoni, da segnali di seduzione provenienti da un conspecifico;
- *la cooperazione*, volto al raggiungimento di un obiettivo condiviso. Viene attivato dalla percezione di un obiettivo comune che può essere raggiunto

solo mediante il contributo di altri membri del gruppo, laddove le risorse non sono percepite come limitate;

- *il sistema agonistico o di rango*, attivato dalla percezione che una certa risorsa è limitata ed è finalizzato a definire il rango di dominanza/sottomissione, esso infatti prevede due *subroutine*, ossia quella di dominanza in cui appunto il dominante, attraverso segnali di minaccia, tende a ricordare ai propri sottoposti la propria posizione, e una subroutine di resa/sottomissione in cui il subordinato, mediante segnali di resa, comunica la sua debolezza, inferiorità o sottomissione.

Secondo una prospettiva evuzionistica, alcuni autori riconducono le radici dell'ansia sociale all'interno delle dinamiche competitive (Gilbert & Grimaldi, 2011). Monica, al pari degli altri fobici sociali, è particolarmente focalizzata e attenta a valutare la sua posizione rispetto agli altri, estremamente orientata al confronto sociale. L'ansia sociale si declina in un difficile compromesso tra l'instaurare rapporti sociali positivi e il dover competere per l'integrazione sociale e il rischio di essere esclusi, umiliati o rifiutati (Gilbert, 1992; 2000; Trower & Gilbert, 1989). Pertanto, se si considera che il sistema agonistico ha come obiettivo la definizione del rango di dominanza/sottomissione e che esso si attiva quando si ha la percezione di una risorsa limitata, da segnali di confronto o addirittura di sfida da un conspecifico, quindi dal giudizio o dall'umiliazione, l'attivazione di tale sistema risulta appropriato e coerente in presenza di un contesto sociale percepito come un'arena competitiva, laddove gli incontri sociali sono sempre vissuti in termini di confronto agonistico. Monica in una seduta dice: *“Eravamo alla mostra. E io stavo parlando. Ero contenta di quello che stavo dicendo e di come mi stavo ponendo. Poi arriva Fabiola. E col suo solito modo di fare spigliato e sicuro di sé, mi scredita. Non vuole che io emerga. Deve essere sempre lei la star. Così io sono rimasta in silenzio nella mia vergogna”*.

L'attivazione di uno SMI comporta una focalizzazione dell'attenzione su particolari stimoli ambientali tralasciandone altri. Così, Monica, guidata prevalentemente dal sistema agonistico e dalla vergogna, focalizza l'attenzione sui segnali provenienti dagli altri per ricevere informazioni rispetto a come percepiscono la sua immagine e il giudizio che ne danno. È come se la donna vivesse intrappolata in una visione delle relazioni in un'ottica di rango, dove la sottomissione rappresenta la soluzione che permette di evitare di subire un rifiuto o l'esclusione (Gilbert, 1992; 2001; Gilbert & Trower, 2001; Trower & Gilbert, 1989): adottando una posizione sottomessa, lei si preserva la possibilità di rimanere all'interno del gruppo e di accedere a un minimo di risorse.

se sociali. Le teorie evoluzioniste considerano i comportamenti di evitamento e sottomissione come una strategia che offre una protezione dagli altri dominanti, e sostengono che l'ansia e la sottomissione sono più probabili quando le persone si percepiscono in una posizione di subalternità rispetto ai suoi conspecifici. L'ansioso sociale percependo come inferiore la sua condizione nella società, cerca di proteggere la sua posizione sociale adottando strategie mirate all'evitamento del confronto interpersonale. Tuttavia, il mantenimento di questi comportamenti non consente di invalidare le proprie convinzioni patologiche, né di apprendere delle abilità sociali più adeguate. Quindi, un aspetto centrale dell'ansia sociale è l'ipertrofia del sistema agonistico nelle relazioni interpersonali e l'ipotrofia di quello cooperativo (Grimaldi, 2019), con una compromissione delle funzioni metacognitive di decentramento e di differenziazione (Popolo *et al.*, 2011).

Il funzionamento metacognitivo

Le funzioni metacognitive consistono in un insieme eterogeneo di funzioni e abilità che possono essere suddivise in tre aree (Semerari & Dimaggio, 2003): abilità metacognitive che consentono di riflettere e ragionare su se stessi (Autoriflessività), abilità metacognitive che permettono di riflettere e ragionare sugli stati interni e il comportamento delle altre persone (Comprensione della Mente Altrui) e abilità metacognitive che consentono di gestire gli stati mentali problematici (Mastery o Padroneggiamento). A loro volta, queste tre aree si compongono delle seguenti sottofunzioni:

- il *monitoraggio*, ovvero la capacità di riconoscere le emozioni e i pensieri di un determinato stato mentale, le motivazioni e gli scopi sottesi ai comportamenti, nonché le relazioni tra pensieri ed emozioni;
- la *differenziazione*, cioè la capacità di differenziare tra la realtà interna e quella esterna, e differenziare le rappresentazioni in base al grado di corrispondenza con la realtà esterna. Consiste nella capacità di vedere le proprie idee come ipotesi e con come un dato di fatto indiscutibile (Fonagy & Target, 1997; Rachman & Shafran, 1999);
- il *decentramento*, ossia la capacità di mettersi nei panni dell'altro, facendo delle inferenze sui suoi stati mentali indipendentemente dal proprio punto di vista;
- l'*integrazione*, ossia la capacità di mantenere una visione unitaria del sé, nonostante l'alternarsi di stati mentali diversi e contraddittori e a prescindere dalla mutevolezza dei nostri comportamenti in contesti diversi;

- la *mastery o padroneggiamento*, cioè la capacità di utilizzare in maniera intenzionale le conoscenze psicologiche per prendere decisioni, trovare strategie per fronteggiare la sofferenza soggettiva e i conflitti interpersonali, nonché per realizzare i propri desideri, aiutare gli altri e cooperare.

I disturbi d'ansia sociale sono connotati da forti timori di giudizio o critica negativa da parte degli altri, e così la capacità di comprendere in maniera adeguata e realistica la mente altrui, ossia i loro pensieri, emozioni e intenzioni, è fondamentale per cogliere eventuali segnali di minaccia. L'interpretazione distorta delle informazioni sociali è uno dei fattori chiave che mantengono l'ansia sociale (Buhlmann *et al.*, 2015). Sono numerosi gli studi che hanno messo in evidenza un aumento dell'angoscia emotiva nei pazienti con ansia sociale quando sono esposti a stimoli facciali sia negativi che ambivalenti e neutri. La compromissione della capacità di riconoscere le espressioni facciali o di decodificare i pensieri e le intenzioni di altre persone, può essere cruciale nello sviluppo e nel mantenimento dell'ansia sociale (Eugène *et al.*, 2006; Hezel & McNally, 2014; Joormann & Gotlib, 2006; Kim & Markman, 2004). Nel caso di Monica, così come si evidenzia nelle persone con disturbo di ansia sociale (Popolo *et al.*, 2011; Grimaldi, 2019), il funzionamento metacognitivo appare contraddistinto da compromissioni nella:

- *capacità di monitoraggio*: all'inizio della terapia, Monica non era in grado di collegare le sue emozioni ai suoi pensieri e a come questi condizionassero il modo in cui lei si avvicinava ai contesti sociali. Con la terapia siamo riuscite a migliorare tale abilità e Monica riesce molto più frequentemente di prima a fare dei collegamenti tra il suo stato emotivo e il modo in cui interpretava i propri comportamenti;
- *capacità di differenziazione e decentramento*: quando è in classe con i suoi alunni, per esempio, tende a leggere uno sguardo distratto oppure una parola scambiata col compagno di banco, una risatina, come la prova evidente della sua incapacità e del fatto che essa sia percepita da tutti: “*La ragazza si è distratta perché io sono incapace di tenere alta la sua attenzione, la mia lezione è noiosa*”, “*Stavano sicuramente ridendo per qualche gaffe che ho fatto mentre parlavo e neppure me ne sono resa conto*”; lo sguardo distratto dell'alunna non può che essere letto da Monica se non in riferimento a sé stessa e alla convinzione di essere “mortalmente noiosa”, piuttosto che a una giornata difficile della studentessa o a qualcosa che sta accadendo nella sua vita personale e che assorbe le sue attenzioni. Monica non riesce a differenziare tra quelli che sono i propri pensieri e la realtà esterna, non mettendo affatto in discussione quelle che sono le pro-

prie credenze e convinzioni rispetto a cosa aspettarsi nei contesti sociali. La risata dell'altro può essere vista solo ed esclusivamente come la prova evidente della propria incompetenza e dell'attitudine dell'altro a umiliare, non accedendo all'idea che magari l'altro stia ridendo per motivi diversi da lei oppure perché ha trovato simpatico quello che ha detto;

- *Mastery*: Monica faceva ricorso all'evitamento delle situazioni temute e provava a gestire lo stato emotivo negativo di autorimprovero "*immergendosi nelle serie TV per giorni interi*", pena il sentirsi poi ancora più demoralizzata e fallita. Un'altra strategia è la ricerca di supporto per cui la paziente fa continuo riferimento al suo compagno per essere rassicurata circa la sua preparazione accademica, oppure partecipa alle situazioni sociali solo che accompagnata da lui perché risulta sempre molto simpatico e spigliato, garantendosi quindi la gradevolezza altrui e l'inclusione nel gruppo.

Emozioni, meta-emozioni e regolazione delle emozioni

Le principali emozioni e meta-emozioni coinvolte nell'ansia sociale sono:

- *ansia/paura* per il timore del giudizio negativo dell'altro;
- *vergogna* legata al giudizio negativo riguardante se stessi;
- *metavergogna*, ossia la vergogna di vergognarsi che non fa altro che rendere più intensa l'esperienza della vergogna stessa, innescando spesso circoli viziosi tra vergogna e metavergogna che risultano molto difficili da interrompere una volta che si sono consolidati. Si parla di metavergogna specifica e aspecifica. Nel primo caso ci si vergogna di uno specifico atto commesso, mentre nel secondo si esperisce uno stato di metavergogna generico, che prescinde dal motivo preciso per il quale ci si è vergognati, ma che è legata a una valutazione globale in cui la vergogna viene percepita come un'emozione negativa, indice di debolezza, insicurezza e dipendenza dal giudizio altrui (Orazi & Mancini, 2011). Nel caso dell'ansia sociale è centrale il ruolo della vergogna aspecifica (Grimaldi, 2019);
- *imbarazzo* per un comportamento ritenuto socialmente inaccettabile;
- *rabbia* sia per l'umiliazione subita che per la forte auto-critica;
- *tristezza* per il vissuto di fallimento, di sconfitta e di impotenza.

In Monica il sentimento di inadeguatezza e l'aspettativa di essere criticata e valutata negativamente, producono un costante stato emotivo contraddistinto da ansia e vergogna persistente che le impedisce di rivelare la sua persona

per quella che è. Questo, a lungo andare, può portare a un disagio più generale nelle relazioni sociali, a una progressiva inibizione sociale, e un senso di autoesclusione e non appartenenza attraverso l'evitamento dei rapporti con gli altri. Monica esperisce una forte vergogna che la porta a vivere il mondo esterno come ostile e il proprio mondo interno come critico e persecutorio. Non esiste nessun posto sicuro, né interno né esterno, che possa far sentire la persona rassicurata e confortata (Grimaldi, 2019). La vergogna innesca nella giovane donna uno stile dialogico improntato all'autocritica, oltre che un'ideazione di tipo depressivo. Monica spesso si trova ingaggiata in pensieri di autoattacco, ripetendo a sé stessa quanto non sia capace di fare l'insegnante, che sarebbe meglio lasciar perdere e che forse, la sua famiglia aveva ragione a ritenerla poco intelligente. La vergogna e l'autocritica sono contraddistinte da due aspetti, ossia l'elevato grado di ostilità e di auto-attacco verso sé stessi, e l'incapacità di generare sentimenti di conforto, calore, rassicurazione e amore per sé, ovvero ad avere compassione verso se stessa (Gilbert & Procter, 2006). Tale aspetto è stato messo in evidenza durante la terapia di Monica, la quale è riuscita a riconoscere il suo auto-disprezzo e la sua incapacità di autoconfortarsi: *“Sono una scema! Un'imbecille. Ho fatto una figuraccia”*; *“Dottoressa, sono d'accordo. La vedo questa cosa, ma non so come altro fare. Io mi disprezzo proprio. Mi prenderei a schiaffi da sola, altro che autocompassione”*.

Le persone con ansia sociale mostrano dei deficit nelle abilità di regolazione emotiva (Hermann *et al.*, 2004; Hofmann, 2004), prediligendo l'evitamento oppure comportamenti protettivi. Monica ha la convinzione di non esercitare nessun controllo sulle proprie emozioni e si giudica in maniera spregevole quando prova stati emotivi negativi ritenendolo inaccettabili (Campbell-Sills *et al.*, 2006). I modelli cognitivi dell'ansia sociale postulano che l'iper-reattività e la disregolazione emozionale rappresentano aspetti centrali dei disturbi d'ansia sociale (Grimaldi, 2019; Hermann *et al.*, 2004; Hofmann, 2004; Li *et al.*, 2016). Avere delle strategie efficaci di regolazione emotiva è fondamentale per l'adattamento di ciascun individuo, per il suo funzionamento sociale e per il suo benessere soggettivo. Con regolazione emotiva si intende un processo attraverso il quale la persona influenza le proprie emozioni, attenuandole, intensificandole oppure mantenendole (Gross, 1998).

Le persone che dispongono dell'abilità di riconoscere i propri vissuti emotivi, comprenderne il significato, usare il loro valore informativo e gestire l'esperienza e l'espressione di una determinata emozione in maniera adeguata rispetto al contesto, appaiono più capaci di rispondere in maniera efficace alle richieste e alle situazioni della vita quotidiana (Mayer *et al.*, 2004).

Pertanto, un'adeguata capacità di regolazione affettiva richiede la consapevolezza e la comprensione delle emozioni, la disponibilità a sperimentare emozioni negative con accettazione delle stesse, la capacità di controllare i comportamenti impulsivi e comportarsi in maniera conforme agli obiettivi stabiliti, nonché la capacità di ricorrere a strategie di regolazione nelle opportune situazioni per modulare le risposte emotive come desiderato al fine di soddisfare i singoli obiettivi e le richieste della situazione in cui ci si trova.

Secondo il modello di Gross (Gross, 1998; Gross *et al.*, 2007), uno dei modelli esplicativi principali e più conosciuti della regolazione emozionale, ci sono 5 tipi di processi di regolazione:

1. selezione della situazione, ossia avvicinare o evitare determinate persone, alcuni contesti, alcuni oggetti allo scopo di regolare le proprie emozioni;
2. modificazione della situazione, ossia quel processo di regolazione basato sul cambiamento delle caratteristiche del contesto per cambiare l'impatto emotivo;
3. distribuzione dell'attenzione, ossia indirizzarla verso determinati aspetti della situazione;
4. cambiamento cognitivo, per cui la persona può modificare la propria valutazione di una situazione così da alterarne il significato emotivo;
5. modulazione della risposta, quando la reazione emotiva è stata già innescata e si interviene direttamente sulle componenti esperienziali, comportamentali e fisiologiche della risposta emotiva.

L'individuo con ansia sociale tendenzialmente evita la situazione, provando un sollievo immediato, ma con effetti deleteri a lungo termine. Rispetto al secondo punto, invece, le persone con ansia sociale tendono a usare i comportamenti protettivi, che possono risultare disadattivi dato che impediscono l'esposizione completa alle situazioni sociali temute e quindi un'elaborazione efficace delle informazioni sociali, come Monica che va alle cene solo se è accompagnata dal suo compagno.

Per quanto riguarda il terzo punto, la distribuzione dell'attenzione, nell'ansia sociale si rileva un frequente ricorso alla distrazione, come l'uso dello smartphone. Si riscontra, ancora, una capacità impoverita di cambiamento cognitivo, ossia la persona fa fatica ad accedere a significati alternativi al fine di alterare la risposta emozionale. Questo può essere dovuto a un *deficit* nelle abilità di regolazione emotiva oppure alla convinzione di non essere in grado di usare tale abilità in maniera efficace, di non poter cambiare o gestire diversamente le emozioni (De Castella *et al.*, 2014; Werner *et al.*, 2011), proprio come pensa Monica.

In merito all'ultimo punto, l'ansia sociale è spesso accompagnata da una cronica inclinazione alla costrizione affettiva. Il valore adattivo di tale meccanismo è rappresentato dall'idea che il rifiuto sociale sarà meno imminente se il funzionamento interno del sé è nascosto all'osservazione pubblica, da cui si aspetta giudizio critico e rifiuto. La persona con ansia sociale ha il timore che l'espressione emotiva può condurre gli altri a vederli come indesiderabili, non attraenti, vulnerabili, deboli e fragili. Si hanno convinzioni disfunzionali rispetto all'espressione emotiva: Monica non vorrebbe avere emozioni, specie quelle negative. Si sente esposta, fragile e vulnerabile. Le emozioni la spaventano, ed è convinta di non saperle gestire e che questo la esporrà a vissuti di umiliazione, a brutte figure e quindi a una compromissione della propria immagine sociale. Si ha la convinzione che è importante mantenere sotto controllo l'espressione emotiva in quanto il rifiuto sociale è percepito come una conseguenza di questa espressione, ed esprimere le proprie emozioni rappresenta un segno di debolezza, per cui l'aspettativa è che gli altri valutino in maniera negativa questa espressione.

Il trattamento per l'ansia sociale

Per l'intervento terapeutico sono state utilizzate strategie di intervento e tecniche di derivazione CBT di comprovata efficacia (Canton *et al.*, 2012; Heimberg, 2002; Hirsch *et al.*, 2003; Hofmann & Smits, 2008; Powers *et al.*, 2008; Singh & Hope, 2009)

- *intervento psicoeducativo* sulla natura dell'ansia sociale, sui modelli sociali, sulle strategie di controllo, sui copioni sociali, sulla natura delle emozioni e sul razionale dell'intervento;
- *individuazione e riduzione* dei comportamenti protettivi;
- *esercizi di auto – monitoraggio*, ossia annotazione quotidiana delle esperienze vissute nelle varie situazioni, poi trascritte in uno schema (ABC, CEPA o CESP) in cui sono descritte le varie situazioni, con emozioni, pensieri e comportamenti annessi. La tecnica dell'automonitoraggio ha aiutato la paziente a riconoscere le proprie emozioni, i pensieri e le situazioni temute;
- *l'addestramento alla focalizzazione attentionale*, finalizzata sia a interrompere il ciclo di autofocalizzazione (pensieri, valutazioni, aspettative) che aumenta e mantiene l'ansia, sia a cogliere informazioni esterne discrepanti con gli schemi posseduti, che altrimenti non verrebbero rilevate;
- *esercizi di esposizione in vivo e in immaginazione*, dopo aver identificato

le varie situazioni che provocano ansia, classificandole in ordine gerarchico da quella che comporta meno ansia a quella più temuta. L'esposizione consente di modificare le componenti comportamentali dell'ansia, come l'evitamento;

- *ristrutturazione cognitiva*, attraverso l'identificazione dei pensieri distorti e delle credenze principali della paziente, Monica ha imparato a sostituire i pensieri irrazionali, con pensieri realistici e adattivi. La ristrutturazione cognitiva viene eseguita tramite il dialogo socratico e la valutazione delle prove che confermano o disconfermano le ipotesi negative del paziente;
- *tecniche di rilassamento*, uno strumento utile alla paziente per ridurre l'ansia e favorire la percezione del proprio controllo su di essa mediante la respirazione.

Il trattamento, oltre al coinvolgimento delle tecniche cognitivo-comportamentali standard, è stato focalizzato sulla relazione terapeutica, uno dei principali strumenti di cambiamento (Greenberg, 2007; Leahy, 2008; Liotti & Monticelli, 2008; Marsigli & Grimaldi, 2011; Monticelli *et al.*, 2018; Schore, 2012; Siegel, 2012). Numerose ricerche mettono in evidenza che il processo psicoterapeutico è basato sullo stesso meccanismo dello sviluppo psicobiologico dell'attaccamento, ovvero le relazioni sono capaci di costruire e ricostruire le strutture neurali (Cozolino, 2010; Schore, 2012; Siegel, 2012). Pertanto, la psicoterapia funziona attraverso la costruzione di una relazione di attaccamento sicura che può promuovere non soltanto lo sviluppo di un attaccamento «che ha conquistato la sicurezza» (Gilbert *et al.*, 2007; Liotti, 2001; Phelps *et al.*, 1998), modificando i modelli operativi interni insicuri, ma anche un cambiamento della funzione e della struttura del cervello, e all'interno della quale possano svilupparsi le capacità di mentalizzazione (metacognizione) e di regolazione emozionale del paziente (Allen, 2003; Cozolino, 2016; Fonagy & Target, 2006; Wallin, 2007). All'interno di un contesto di sicurezza affettiva, se il paziente può fare un'esperienza di cure continuative e costanti con un terapeuta benevolente, emozionalmente disponibile, comprensivo e accettante, capace di fornire un aiuto efficace, la relazione può rinforzare un attaccamento sicuro e favorire il cambiamento degli schemi interpersonali disfunzionali. Il ruolo della relazione terapeutica è di fondamentale importanza per la rivisitazione degli schemi interpersonali del paziente in quanto consente una modificazione dello schema negativo di sé-con-l'altro e quindi una disconferma delle aspettative di critica e rifiuto (Marsigli & Grimaldi, 2011). In particolare, attraverso l'esperienza della relazione terapeutica, si arriva alla modulazione dell'attivazione del SMI competitivo principalmente attraverso l'attivazione del SMI cooperativo (Liotti & Monticelli,

2008; Monticelli *et al.*, 2018), favorendo il miglioramento delle abilità meta-cognitive disfunzionali. La paziente è migliorata nella abilità di differenziazione, arrivando a riconoscere la soggettività e la fallibilità delle proprie rappresentazioni mentali, differenziandole appunto dalla realtà oggettiva. Dopo aver promosso la differenziazione, la paziente ha avuto modo di acquisire la consapevolezza che la lettura degli eventi è schema-dipendente, ed è stata stimolata a generare delle ipotesi alternative sulla mente dell'altro, a partire da quello che il terapeuta effettivamente prova e pensa. Sono stati proposti compiti di osservazione degli altri nelle interazioni, per esempio in classe con i suoi alunni, soffermandosi su aspetti fondamentali, come l'espressione mimica, chiedendosi quali stati mentali possono esserne alla base e formulando diverse ipotesi. Inoltre, sono state utilizzate delle rappresentazioni grafiche della mente dell'altro, ossia un grafico a torta sullo spazio mentale dell'altro. Abbiamo così ottenuto un miglioramento della capacità di decentramento. Il trattamento si è focalizzato anche sulle abilità di mastery della paziente, favorendo l'acquisizione di strategie più adattive rispetto all'evitamento delle situazioni temute, *“all'immergersi nelle serie TV per giorni interi”* e alla ricerca di supporto continuo. Si è favorita la costruzione di strumenti per affrontare situazioni sociali nuove: Monica si è iscritta a un master provando a fare anche degli interventi e rapportandosi con i colleghi di corso.

Durante le varie sedute sono state analizzate le esperienze precoci con le figure d'attaccamento e la conseguente strutturazione dei Modelli Operativi Interni. Tali informazioni sono state fondamentali per comprendere in che modo tali MOI avrebbero guidato la costruzione della relazione terapeutica. Queste informazioni sono utili perché consentono di trovare l'assetto relazionale più efficace con quel tipo di paziente, ma anche di migliorare la costruzione e il mantenimento dell'alleanza terapeutica con la possibilità di prevedere le probabili modalità con le quali si presenteranno le eventuali rotture dell'alleanza terapeutica.

Un altro aspetto di fondamentale importanza è stato il modo in cui la paziente gestiva le proprie emozioni, potenziando l'abilità di identificarle, comprenderle ed esprimerle. Con Monica è stata molto utile la validazione emozionale (Leahy, 2005; 2008), che consente di vedere le emozioni come esperienze comprensibili, di sentire meno colpa e vergogna, di riconoscere che le emozioni contengono significati circa i propri bisogni e obiettivi spingendo ad agire in senso adattivo, di avere la sensazione di controllo su di esse, di comprendere che gli altri possono accettare i loro sentimenti e hanno sentimenti simili. Inoltre, ci si è focalizzati sull'accettazione delle emozioni, ritenute inizialmente terribili e insostenibili, qualcosa da cui difendersi attraverso il controllo e l'evitamento (Kashdan & Steger, 2006).

A prescindere dalle tecniche utilizzate o dagli interventi effettuati, l'attenzione è stata focalizzata costantemente sul monitoraggio della relazione terapeutica. C'è stato un passaggio costante da un atteggiamento cooperativo reciproco in cui paziente e terapeuta hanno interagito sugli stessi piani finalizzati agli obiettivi terapeutici condivisi, a un tipo di interazione attaccamento-accudimento, in cui la paziente ha chiesto risposte di rassicurazione e conforto e il terapeuta ha segnalato sicurezza. Gilbert (2009) sostiene che il lavoro terapeutico con gli ansiosi sociali deve prevedere una grande attenzione alla relazione e alla costruzione di competenze affiliative, e promuovere un atteggiamento di auto-compassione, ossia una visione più benevola di sé. In tale ottica, il terapeuta deve offrire compassione al paziente, ovvero un atteggiamento che mira a curare, insegnare, guidare, confortare, proteggere, offrire sentimenti di accettazione e di appartenenza per il beneficio di sé stesso e dell'altro. Il terapeuta deve creare un clima di sicurezza e calore nella relazione e dovrebbe spendere molto tempo ad aiutare il paziente a riconoscere che i loro sintomi e le loro difficoltà non sono una loro colpa o una loro mancanza, ma l'esito di un precoce e progressivo apprendimento avvenuto in determinati contesti relazionali e sociali.

Non sempre un'azione terapeutica lo è di per sé e anche l'utilizzo delle tecniche cognitivo-comportamentali va sempre considerato in un assetto interpersonale. Le tecniche hanno maggiori probabilità di essere efficaci se proposte da un terapeuta empatico e supportivo, capace di trasmettere senso di sicurezza e fiducia, e pertanto è fondamentale che egli capisca cosa un determinato compito terapeutico significa per quel paziente in quel momento (Grimaldi, 2019; Safran & Muran, 2000).

In conclusione, per il trattamento delle persone che soffrono dei diversi disturbi d'ansia sociale, sembra di grande utilità associare agli interventi della CBT standard un *focus* su come aiutare le persone a sviluppare visioni diverse di sé e degli altri, visioni delle relazioni e del mondo sociale alternative a quelle precedenti, e questo passa attraverso l'attenzione costante a quanto accade nella relazione terapeutica.

Bibliografia

- Allen, J.G. (2003). Mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(2): 91-112. DOI: 10.1521/bumc.67.2.91.23440.
- Baldwin, M.W. & Fergusson, P. (2001). Relational schemas: The Activation of Interpersonal Knowledge Structures in Social Anxiety. In W.R. Crozier & L.E. Alden (eds.), *International Handbook of Social Anxiety*. Hoboken: Wiley & Sons.

- Beck, A.T. & Emery, R.E. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Bruch, M.A., Heimberg, R.G., Berger, P. & Collins, T.M. (1989). Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. *Anxiety Research*, 2(1): 57-65. DOI: 10.1080/08917778908249326.
- Brumariu, L.E. & Kerns, K.A. (2008). Mother-child attachment and social anxiety symptoms in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29(5): 393-402. DOI: 10.1016/j.appdev.2008.06.002.
- Brumariu, L.E. & Kerns, K.A. (2013). Pathways to Anxiety: Contributions of Attachment History, Temperament, Peer Competence, and Ability to Manage Intense Emotions. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(4): 504-515. DOI: 10.1007/s10578-012-0345-7.
- Buhlmann, U., Wacker, R. & Dziobek, I. (2015). Journal of Anxiety Disorders Inferring other people's states of mind: Comparison across social anxiety, body dysmorphic, and obsessive-compulsive disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 34: 107-113. DOI: 10.1016/j.janxdis.2015.06.003.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D.H., Brown, T.A. & Hofmann, S.G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4): 587-595. DOI: 10.1037/1528-3542.6.4.587.
- Canton, J., Scott, K. & Glue, P. (2012). Optimal treatment of social phobia. systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8: 203-215. DOI: 10.2147/NDT.S23317.
- Caster, J.B., Inderbitzen, H.M. & Hope, D. (1999). Relationship Between Youth and Parent Perceptions of Family Environment and Social Anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(3): 237-251. DOI: DOI: 10.1016/S0887-6185(99)00002-X.
- Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. (pp. 69-93). New York: The Guilford Press.
- Cortina, M. & Liotti, G. (2006). *Building on Attachment Theory : Toward a Multimotivational and Intersubjective Model of Human Nature*. Paper presented on June 11, 2005, at the Annual Meeting of the Rapaport-Klein Study Group, 1-40.
- Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy*. New York: W.W. Norton.
- Cozolino, L. (2006). *Il cervello sociale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cozolino, L. (2010). *The Neuroscience of Psychotherapy: Healing the Social Brain*. New York: W.W. Norton.
- Cozolino, L. (2016). *Why Therapy Works: Using Our Minds to Change Our Brains*. New York: W.W. Norton.
- De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Ziv, M., Heimberg, R.G. & Gross, J.J. (2014). Emotion beliefs in social anxiety disorder: Associations with stress, anxiety, and well-being. *Australian Journal of Psychology*, 66(2): 139-148. DOI: 10.1111/ajpy.12053.
- Eugène, F., Cooney, R.E., Gotlib, I.H., Atlas, L.Y. & Joermann, J. (2006). Amygdala activation in the processing of neutral faces in social anxiety disorder: Is neutral really neutral? *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 148(1): 55-59. DOI: 10.1016/j.psychres.2006.05.003.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4): 679-700. DOI: 10.1017/S0954579497001399.

- Fonagy, P. & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6): 544-576. DOI: 10.1521/pedi.2006.20.6.544.
- Fraley, R.C., Roisman, G.I., Booth-LaForce, C.L., Owen, M.T. & Holland, A.S. (2013). Interpersonal and genetic origins of adult attachment styles: a longitudinal study from infancy to early adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(5): 817-838. DOI: 10.1037/a0031435.
- Gilbert, P. (1989). *Human Nature and Suffering*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (1992). *Counseling for depression*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: the role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7(3): 174-189. DOI: 10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U.
- Gilbert, P. (2001). *Genes on the Couch*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3): 199-208. DOI: 10.1192/apt.bp.107.005264.
- Gilbert, P., Broomhead, C., Irons, C., McEwan, K., Bellew, R., Mills, A., Gale, C. & Knibb, R. (2007). Development of a striving to avoid inferiority scale. *British Journal of Social Psychology*, 46(3): 633-648. DOI: 10.1348/014466606X157789.
- Gilbert, P. & Grimaldi, P. (2011). Lo sviluppo psicopatologico dell'ansia sociale: motivazioni, desiderabilità e attrattiva. In M. Procacci, R. Popolo & N. Marsigli (a cura di), *Ansia e ritiro sociale. Valutazione e trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Self-Criticism : Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology*, 379: 353-379. DOI: 10.1002/cpp.
- Gilbert, P. & Trower, P. (2001). Evolution and process in social anxiety. In W.R. Crozier & L. Alden (eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness*. Hoboken: Wiley & Sons.
- Greenberg, L. (2007). Emotion in the therapeutic relationship in emotion-focused therapy. In P. Gilbert & R.L. Leahy (eds.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies*. London: Routledge.
- Grimaldi, P. (2008). *A quale timidezza appartieni? Comprendere e prevenire le varie forme di ansia sociale*. Milano: FrancoAngeli.
- Grimaldi, P. (2019). Un modello cognitivo integrato per l'ansia sociale. In P. Grimaldi (a cura di), *Ansia sociale. Clinica e terapia in una prospettiva cognitivista integrata*. Milano: FrancoAngeli.
- Gross, J.J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3): 271-299. DOI: 10.1037/1089-2680.2.3.271.
- Gross, J.J., Richards, J.M. & John, O.P. (2007). Emotion Regulation in Everyday Life. In D.K. Snyder, J. Simpson & J.N. Hughes (eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13-35). American Psychological Association. DOI: 10.1037/11468-001
- Heimberg, R.G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51(1): 101-108. DOI: 10.1016/S0006-3223(01)01183-0.
- Hermann, C., Ofer, J. & Flor, H. (2004). Covariation bias for ambiguous social stimuli in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(4): 646-653. DOI: 10.1037/0021-843X.113.4.646.
- Hazel, D.M. & McNally, R.J. (2014). Theory of mind impairments in social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 45(4): 530-540. DOI: 10.1016/j.beth.2014.02.010.

- Hirsch, C.R., Clark, D.M., Mathews, A. & Williams, R. (2003). Self-images play a causal role in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8): 909-921. DOI: 10.1016/S0005-7967(02)00103-1.
- Hofmann, S.G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3): 392-399. DOI: 10.1037/0022-006X.72.3.392.
- Hofmann, S.G. (2007). Cognitive Factors that Maintain Social Anxiety Disorder: a Comprehensive Model and its Treatment Implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4): 193-209. DOI: 10.1080/16506070701421313.
- Hofmann, S.G. & Smits, J.A.J. (2008). Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders: a Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4): 621-32. DOI: 10.4088/jcp.v69n0415.
- Hudson, J.L. & Rapee, R.M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification*, 24(1): 102-129. DOI: 10.1177/0145445500241006.
- Joormann, J. & Gotlib, I.H. (2006). Is this happiness I see? Biases in the identification of emotional facial expressions in depression and social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4): 705-714. DOI: 10.1037/0021-843X.115.4.705.
- Kashdan, T.B. & Steger, M.F. (2006). Expanding the topography of social anxiety an experience-sampling assessment of positive emotions positive events, and emotion suppression. *Psychological Science*, 17(2): 120-128. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2006.01674.x.
- Kennedy-Moore, E. & Watson, J.C. (2001). *Expressing Emotion Myths, Realities, and Therapeutic Strategies*. New York: Guilford Press.
- Kim, K.I. & Markman, A.B. (2004). Fear of Isolation, Cultural Differences, and Recognition Memory. *Proceedings of the Annual Meeting of the Cognitive Science Society*, 26: 684-689. DOI:10.1016/J.JESP.2005.06.005.
- Leahy, R.L. (2005). A social-cognitive model of validation. In P. Gilbert (ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge.
- Leahy, R.L. (2008). The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6): 769-777. DOI: 10.1017/S1352465808004852.
- Leary, M.R. & Kowalski, R.M. (1995). The self-presentation model of social phobia. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 94-112). New York: The Guilford Press.
- Li, Z., Tong, L., Guan, M., He, W., Wang, L., Bu, H., Shi, D. & Yan, B. (2016). Altered Resting-State Amygdala Functional Connectivity after Real-Time fMRI Emotion Self-Regulation Training. *BioMed Research International*. DOI: 10.1155/2016/2719895.
- Liotti, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Carocci.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evolutionista*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatologia, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G., Fassone, G. & Monticelli, F. (2017). *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali. Teoria, ricerca, clinica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. & Monticelli, F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Marsigli, N. & Grimaldi, P. (2011). La terapia cognitiva della fobia sociale. In M. Procacci, R. Popolo & N. Marsigli (a cura di), *Ansia e ritiro sociale. Valutazione e trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.

- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3): 197-215. DOI: 10.1207/s15327965pli1503_02.
- Monticelli, F., Imperatori, C., Carcione, A., Pedone, R. & Farina, B. (2018). Cooperation in psychotherapy increases metacognitive abilities: A single-case study. *Rivista di Psichiatria*, 53(6): 336-340. DOI: 10.1708/3084.30768.
- Morrison, A.S. & Heimberg, R.G. (2013). Social Anxiety and Social Anxiety Disorder. *SSRN*, 9: 249-274. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185631.
- Moscovitch, D.A. (2009). What Is the Core Fear in Social Phobia? A New Model to Facilitate Individualized Case Conceptualization and Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2): 123-134. DOI: 10.1016/j.cbpra.2008.04.002.
- Ollendick, T.H. & Benoit, K.E. (2012). A Parent-Child Interactional Model of Social Anxiety Disorder in Youth. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1): 81-91. DOI: 10.1007/s10567-011-0108-1.
- Orazi, F. & Mancini, F. (2011). Processi Cognitivi e Meccanismi di Mantenimento. In M. Procacci, R. Popolo & N. Marsigli (a cura di), *Ansia e ritiro sociale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Phelps, J.L., Belsky, J. & Crnic, K. (1998). Earned security, daily stress, and parenting: a comparison of five alternative models. *Development and Psychopathology*, 10(1): 21-38. DOI: 10.1017/s0954579498001515.
- Popolo, R., Procacci, M., Nicoló, G. & Carcione, A. (2011). Stati mentali e metacognizione. In M. Procacci, R. Popolo & N. Marsigli (a cura di), *Ansia e Ritiro Sociale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Popolo, R., Salvator G. & Procacci, M. (2011). I modelli psicopatologicidei disturbi di ansia sociale. In M. Procacci, R. Popolo & N. Marsigli (a cura di), *Ansia e Ritiro Sociale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Powers, M., Sigmarsson, S. & Emmelkamp, P. (2008). A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(2): 94-113.
- Rachman, S. & Shafran, R. (1999). Cognitive distortions: thought-action fusion. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2): 80-85.
- Rapee R.M. & Heimberg R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. In *Behaviour Research and Therapy*, 8(5): 741-756. DOI: 10.1016/S0005-7967(97)00022-3.
- Richard G. Heimberg Ronald M. Rapee, F.A.B. (2010). A Cognitive Behavioral Model of Social Anxiety Disorder: Update and Extension. In S.G. Hofmann & P.M. DiBartolo (eds.), *Social Anxiety. Clinical, Developmental, and Social Perspectives* (pp. 396-417). Academic Press.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide. In *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2003). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Roma-Bari: Laterza.
- Schlenker, B.R. & Leary, M.R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization model. *Psychological Bulletin*, 92(3): 641-669. DOI: 10.1037/0033-2909.92.3.641.
- Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schore, A.N. (2012). *The Science of the Art of Psychotherapy*. New York: W.W. Norton.

- Semerari, A. & Dimaggio, G. (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Roma-Bari: Laterza.
- Siegel, D. (2012). *The developing mind*. New York: The Guilford Press.
- Singh, J.S. & Hope, D.A. (2009). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of social anxiety disorder. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(1): 62-69.
- Stopa, L. (2009). Why is the self important in understanding and treating social phobia? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(1): 48-54. DOI: 10.1080/16506070902980737.
- Trower, P. & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9(1): 19-35. DOI: 10.1016/0272-7358(89)90044-5.
- Wallin, D.J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Walsh, J. (2002). Shyness and social phobia: A social work perspective on a problem in living. *Health and Social Work*, 27(2): 137-144. DOI: 10.1093/hsw/27.2.137.
- Werner, K.H., Goldin, P.R., Ball, T.M., Heimberg, R.G. & Gross, J.J. (2011). Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3): 346-354. DOI: 10.1007/s10862-011-9225-x.
- Wong, Q.J.J., Gregory, B., Gaston, J.E., Rapee, R.M., Wilson, J.K. & Abbott, M.J. (2017). Development and validation of the Core Beliefs Questionnaire in a sample of individuals with social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 207: 121-127. DOI: 10.1016/j.jad.2016.09.020.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.