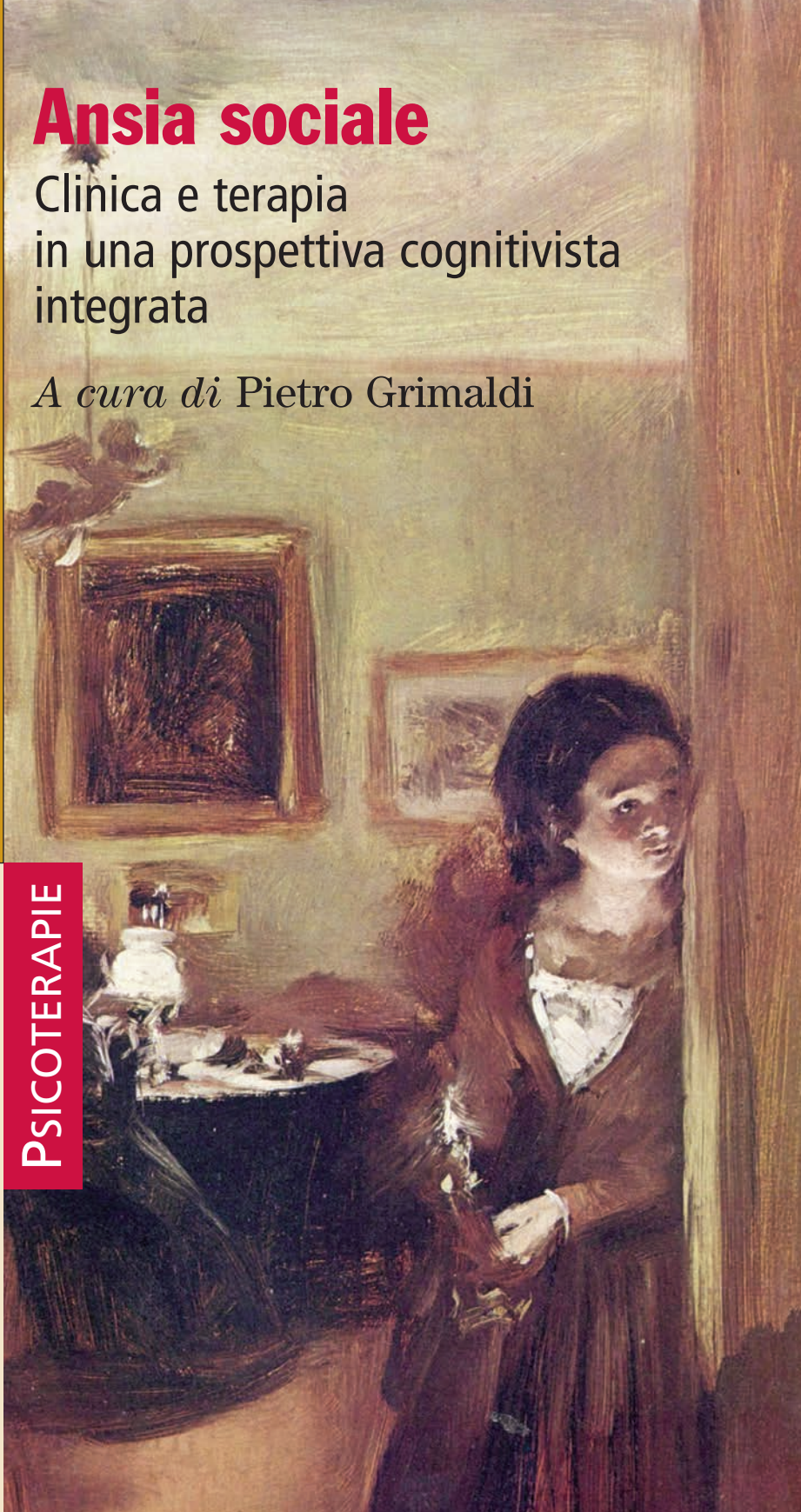


Ansia sociale

Clinica e terapia
in una prospettiva cognitivista
integrata

A cura di Pietro Grimaldi



PSICOTERAPIE

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella homepage al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Ansia sociale

Clinica e terapia
in una prospettiva cognitivista
integrata

A cura di Pietro Grimaldi

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

In copertina: Adolph von Menzel, Living room with the artist's sister, 1847

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Ringraziamenti	pag. 9
Presentazione , di Antonio Semerari	» 11
Introduzione , di Pietro Grimaldi	» 15
1. L'ansia sociale , di Pietro Grimaldi	» 21
1. Definire, valutare e comprendere l'ansia sociale	» 21
2. La timidezza	» 25
3. Il Disturbo d'Ansia Sociale (DAS)	» 28
4. Il Disturbo Evitante di Personalità (DEP)	» 31
5. Comorbilità e diagnosi differenziale	» 33
6. Le teorie per l'ansia sociale	» 39
6.1. Il modello di Clark e Wells	» 40
6.2. Il modello di Schlenker e Leary	» 41
6.3. Il modello di Rapee e Heimberg	» 42
6.4. Il modello di Hofmann	» 43
6.5. Il modello di Moscovitch	» 44
6.6. Il modello di Stopa	» 45
6.7. Il modello di Orazi e Mancini	» 46
7. Teorie biologiche	» 47
8. Teorie evoluzionistiche	» 48
9. Fattori di mantenimento nell'ansia sociale	» 50
Riferimenti bibliografici	» 54
2. Un modello cognitivo integrato per l'ansia sociale , di Pietro Grimaldi	» 65
1. Introduzione	» 65
2. Un modello cognitivo integrato per l'ansia sociale	» 66

3. Il ruolo dei Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI) nello sviluppo e mantenimento dell'ansia sociale	» 68
2.1. Storia di attaccamento, strutturazione degli schemi relazionali e ansia sociale	» 70
2.2. Il ruolo del sistema agonistico nell'ansia sociale	» 81
3. Il funzionamento metacognitivo nell'ansia sociale	» 84
4. Emozioni, meta-emozioni e regolazione emotiva	» 95
4.1. Emozioni e meta-emozioni nell'ansia sociale	» 95
4.2. La regolazione emozionale nell'ansia sociale	» 101
5. Pensieri e dialogo interno	» 104
Riferimenti bibliografici	» 109
3. Neurobiologia dell'ansia sociale, di Pietro Grimaldi	» 125
1. Introduzione	» 125
2. L'amigdala	» 127
3. La corteccia prefrontale	» 128
4. Il circuito difensivo di sopravvivenza	» 129
5. La (dis)regolazione emozionale nell'ansia sociale	» 131
6. Disfunzione metacognitiva	» 138
7. Rappresentazioni, aspettative e processi attentivi e interpretativi	» 145
8. Esclusione e rifiuto: il "dolore sociale"	» 150
Riferimenti bibliografici	» 156
4. Il trattamento dell'ansia sociale, di Pietro Grimaldi e Roberto Pedone	» 172
1. La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) per l'ansia sociale	» 172
1.1. Assessment	» 173
1.2. Auto-monitoraggio	» 173
1.3. Ristrutturazione cognitiva	» 174
1.4. Esercizi di esposizione	» 175
1.5. Il training per le abilità sociali	» 176
1.6. Rilassamento muscolare e addestramento alla respirazione	» 177
1.7. Addestramento alla focalizzazione attentionale	» 178
2. Un trattamento cognitivo-comportamentale integrato per i disturbi d'ansia sociale	» 178
3. La relazione terapeutica come strumento di cambiamento nei disturbi d'ansia sociale	» 181
4. Disconfermare le credenze patogene e gli schemi interpersonali disfunzionali	» 183

5. Compiti del terapeuta	» 187
Riferimenti bibliografici	» 192
5. Le dinamiche motivazionali nella terapia dei disturbi d'ansia sociale, di Fabio Monticelli	» 199
1. L'intervento clinico del Disturbo d'Ansia Sociale (DAS)	» 200
1.1. Prima fase	» 200
1.2. Seconda fase	» 209
1.3. Terza fase	» 212
Riferimenti bibliografici	» 217
6. Il trattamento metacognitivo interpersonale del disturbo evitante, di Giovanni Pellecchia, Fabio Moroni, Michele Procacci	» 219
1. Introduzione. Differenze tra DAS e DEP: che cosa ci dice la letteratura?	» 219
2. Il caso di Giulia	» 224
3. Il caso di Loris	» 225
4. Differenze e analogie: il confine clinico tra DAS e DEP	» 227
5. Come intervenire? La terapia metacognitiva interpersonale	» 228
6. Colmare la distanza: la gestione del distacco relazionale come premessa per una efficace terapia	» 229
7. Promuovere l'accesso agli stati problematici: il potenziamento e l'esercizio del monitoraggio metacognitivo	» 231
8. Difendersi dalla relazione sociale: la gestione del ciclo competitivo	» 235
9. Appartenere al sociale: il lavoro su decentramento e sviluppo della condivisione	» 239
10. Dal comprendere all'esperire una appartenenza: il ruolo del gruppo di social skill training	» 243
Riferimenti bibliografici	» 246
7. La Compassion Focused Therapy (CFT) nel trattamento della fobia sociale: razionale e proposta di un protocollo d'intervento, di Duccio Baroni, Nicola Marsigli, Nicola Petrocchi	» 249
1. L'autocritica nel Disturbo d'Ansia Sociale (DAS)	» 249
2. Razionale della Compassion Focused Therapy (CFT)	» 250
3. I tre "flussi di compassione" del Compassionate Mind Training (CMT)	» 252
4. Un protocollo di Compassionate Mind Training (CMT) individuale per pazienti con fobia sociale	» 252

5. Introdurre la compassione	» 253
6. Illustrare i sistemi di regolazione emotiva	» 254
7. La mindfulness	» 256
8. Ritmo respiratorio calmante e il posto sicuro	» 257
9. Introdurre il sé compassionevole	» 259
10. Lavorare con la parte autocritica	» 263
11. La ristrutturazione cognitiva compassion-focused	» 265
12. Il lavoro con le sedie	» 267
13. Gestire l'autocritica con il sé compassionevole	» 268
14. Allenamento del focus attentivo	» 270
15. Il sé compassionevole in azione: la gerarchia espositiva	» 272
16. Evidenze sperimentali a sostegno dell'utilità di un approccio compassion-based nel trattamento dell'ansia sociale	» 274
Riferimenti bibliografici	» 276
Gli autori	» 279

Ringraziamenti

*Dedicato alla memoria di mio padre
e di Giovanni*

Sebbene l'idea di fondo di questo progetto editoriale e la responsabilità di questa pubblicazione sia del tutto mia, tutto ciò è stato reso possibile grazie anche all'incoraggiamento e alla collaborazione di quei colleghi a cui sono legato anche da profonda amicizia.

Un ringraziamento va a tutti i contributori di questo libro che hanno voluto condividere e partecipare con entusiasmo a questo mio progetto. In particolare, ringrazio l'amico Michele Procacci che, con le nostre continue e lunghe chiacchierate, ha condiviso dall'inizio le mie idee di fondo e che nel corso del tempo mi ha fornito utili stimoli di riflessione e suggerimenti.

Un ringraziamento va all'amico Roberto Pedone che mi ha aiutato nella delicata fase di revisione del testo, fornendomi validi suggerimenti sia per quanto riguarda i contenuti sia rispetto all'organizzazione dei vari capitoli.

Ringrazio anche l'amica e collega Maria Staiano che si è gentilmente prestata alla lettura dei miei capitoli durante la loro stesura e che, mettendosi nei panni del "lettore", mi ha fornito tutte quelle indicazioni necessarie per rendere il testo quanto più chiaro e fruibile possibile.

Un particolare ringraziamento lo riservo ad Antonio Semerari, a cui va anche la mia gratitudine, per aver accettato con grande gentilezza e disponibilità di scrivere la prefazione di questo libro e agli altri colleghi che hanno speso un po' del loro tempo per leggere il manoscritto, esprimendo parole benevole e incoraggianti.

L'ultimo ringraziamento va a mia moglie Antonella e mia figlia Giorgia che, per tutto il tempo della stesura del libro, mi hanno supportato, accettando con pazienza la mia assenza e tollerando l'inevitabile stanchezza per un progetto che ha richiesto un anno e mezzo di duro lavoro.

Presentazione

di Antonio Semerari

Se ho trovato estremamente attuale e stimolante questo libro curato da Pietro Grimaldi è per dei motivi che vanno ben al di là delle consuete ragioni per cui di solito un testo viene definito attuale e stimolante, come la completezza della discussione della letteratura sull'argomento e l'originalità della proposta. Il testo si avvale di una letteratura completa e presenta una proposta originale, ma la ragione principale su cui si fonda il mio giudizio è un'altra. Il punto per me è che qui si affrontano i problemi di descrivere e curare un disturbo specifico senza eludere ipocritamente il problema della crisi del modello neoKraepeliniano che ha dominato tutta l'area del DSM fino al DSM IV-TR e che è apertamente entrato in crisi col DSM-5. Per essere più precisi questa crisi consiste nella lenta presa di coscienza che le categorie diagnostiche che utilizziamo, su cui fondiamo protocolli di ricerca e di trattamento e rispetto alle quali vengono finanziati programmi di ricerca, sono prive di fondamento, anzi, probabilmente non esistono in natura.

Le ragioni su cui si fonda quest'affermazione sono ben note. La più importante è che, di fatto, le codiagnosi per la stragrande maggioranza dei disturbi sono più numerose delle diagnosi pure. È chiaro che se un disturbo viene diagnosticato per più del 50% delle volte insieme ad altri disturbi, ciò non può dipendere dal caso, ma indica che quel disturbo non è di fatto una categoria autonoma distinguibile dal resto dei fenomeni psicopatologici con le procedure della diagnosi differenziale. A questo profondo motivo di crisi se ne aggiungono diversi altri. Nei fatti, al contrario di ciò che accade per la maggior parte delle diagnosi mediche, una diagnosi psichiatrica non dà indicazioni su aspetti clinici centrali quali la gravità, il decorso, il livello di funzionamento generale ecc. All'interno di una stessa diagnosi possiamo trovare pazienti con livelli di sintomatologia che va da molto grave a molto lieve, decorsi ingravescenti o che oscillano tra condizioni cliniche e subcliniche o che vanno incontro a remissioni spontanee e, altrettanto, possiamo incontrare i più diversi livelli di compromissione sociale.

L'attualità del libro consiste proprio nel fatto che non elude questi problemi, non blandisce il lettore fingendo che l'oggetto dell'argomento, l'ansia sociale, sia qualcosa di perfettamente definito e che quando ne parliamo sappiamo con precisione di cosa stiamo parlando o che quando lo curiamo sappiamo con certezza che stiamo curando una precisa unità nosografica.

Al contrario si sforza di mostrare come ambigui e indefiniti siano i confini del disturbo, cerca di dare un senso alle diverse sovrapposizioni diagnostiche che la letteratura riporta e di dare una ragione delle differenze cliniche che si riscontrano da caso a caso.

Altrettanto attuale mi pare il modo con cui nel libro si cerca, dopo averne preso atto, di affrontare il problema, un modo che lo colloca tra i più interessanti tentativi di risposta alla crisi. Per spiegarmi devo fare una piccola premessa. Soprattutto nel DSM-5 la questione della comorbidità è stata affrontata sostanzialmente in due modi: attraverso il concetto di spettro e, per i disturbi di personalità, col tentativo di introdurre la diagnosi dimensionale. È intuitivo che il concetto di spettro costituisce più una presa d'atto che un progresso concettuale. Più o meno esso suona come una tautologia: dato che certe manifestazioni psicopatologiche spesso stanno insieme costituiscono uno spettro ovvero stanno insieme.

Per quanto riguarda l'approccio dimensionale ai Disturbi di Personalità, assunto in pieno dall'ICD11, già durante il dibattito che precedette la stesura del DSM-5 i maggiori clinici del settore avevano fatto notare che una diagnosi basata su tratti derivati dalle teorie della personalità normale difficilmente sarebbe stata di qualche utilità per i clinici (Shelder *et al.*, 2010). Ma al di là di questa considerazione il punto è che la diagnosi dimensionale non risolve il problema per cui è stato proposto: quello della diagnosi politetica. Consideriamo la nosografia della sezione III del DSM-5. In esso cinque grandi domini sono suddivisi in 25 *facets*. La diagnosi dovrebbe descrivere i domini e i facets in cui il paziente si colloca ad un estremo. Nei fatti un paziente con un disturbo di personalità viene ad essere descritto da almeno un dominio e da almeno 3 o 4 *facets* riproponendo in un modo ancora più farraginoso la politeticità della diagnosi.

In sintesi, ci troviamo in una situazione intermedia, di crisi appunto, in cui non possiamo credere alle vecchie categorie e i concetti alternativi appaiono del tutto insufficienti.

Tuttavia, non possiamo fare a meno della diagnosi per comunicare tra clinici e per impostare le nostre terapie. In questo quadro alcuni autori si muovono in una direzione che a me sembra promettente e coincidente con la prospettiva con cui gli autori di questo libro affrontano la questione *dell'ansia sociale*.

La prospettiva alternativa consiste nel non considerare la codiagnosi co-

me un problema o un limite della nosografia ma come un dato saliente da indagare per comprendere i fenomeni psicopatologici. In altre parole, sarebbe proprio la tendenza alla sovrapposizione la caratteristica di questi fenomeni per cui indagare sulle ragioni della comorbidità può diventare la strategia maggiormente informativa sulla natura dei vari disturbi.

Ragionando secondo questa prospettiva, se dei disturbi stanno frequentemente insieme ciò indicherebbe che sono presenti dei fattori etiopatogenici comuni ai diversi disturbi e proprio questa comunanza spiegherebbe le frequenti comorbidità.

È esattamente in questa direzione in cui si muovono il modello e, di conseguenza, l'approccio psicoterapeutico all'*ansia sociale* presenti in questo volume. Iperattivazione del sistema motivazionale del rango e disturbi, in prevalenza stato dipendenti, della metacognizione sono proposti come fattori latenti dell'Ansia Sociale che l'accomunano agli altri disturbi in cui questi fattori giocano un ruolo cruciale. D'altra parte, i contenuti e processi specifici illustrati nei diversi modelli cognitivi dell'*ansia sociale* possono dare ragione delle differenze specifiche.

È per queste ragioni che ritengo questo un volume di estrema attualità ed interesse nella convinzione che il lettore converrà col mio giudizio.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition – DSM-5*.

Shedler J., Beck A., Fonagy P., Gabbard G.O., Gunderson J., Kernberg O., Michels R., Westen D., 2010, "Personality disorders in DSM-5", in *Am J Psychiatry*, 167(9), pp. 1026-1028.

World Health Organization, 2018, *International Classification of Diseases, 11th Revision – ICD-11*.

Introduzione

di Pietro Grimaldi

L'ansia sociale può essere definita come una sindrome cognitivo-affettiva caratterizzata da intensa paura che si manifesta in situazioni sociali in cui si è sottoposti allo sguardo e alla valutazione degli altri. Il tema focale dell'ansia sociale è rappresentato dalla convinzione di essere continuamente oggetto di valutazione negativa da parte degli altri.

L'ansia sociale può strutturarsi in diversi modi, ovvero come una condizione non clinica, come nel caso della timidezza, oppure configurarsi come un vero e proprio disturbo psicopatologico come nel caso del Disturbo d'Ansia Sociale (DAS) (o Fobia Sociale) e del Disturbo Evitante di Personalità (DEP). L'ansia sociale, sebbene possa essere considerata come una comune esperienza umana, quando raggiunge un livello di gravità, tale da compromettere il normale funzionamento sociale e relazionale, va considerata come un vero e proprio disturbo. L'ansia sociale è riportata come la seconda più comune condizione ansiosa con una prevalenza, nel corso della vita, del 6,7%-10,7% nei paesi occidentali e può colpire diversi aspetti della vita di una persona come le attività sociali, le relazioni, il lavoro e il percorso scolastico.

Nel primo capitolo di questo testo si cerca di offrire una comprensione, quanto più esaustiva possibile, della fenomenologia dell'ansia sociale. Vengono delineati, innanzitutto, gli aspetti psicopatologici che caratterizzano la persona che presenta questa tipologia di disturbi. Un ampio spazio è riservato alla descrizione delle tre condizioni cliniche che fanno parte dello spettro più ampio denominato ansia sociale: timidezza, disturbo d'ansia sociale e disturbo evitante di personalità, gli aspetti che li accomunano e quelli, invece, che permettono di operare una loro differenziazione. Per quanto attiene alla valutazione diagnostica, sono descritti anche quelli che sembrano essere sia i principali disturbi che possono manifestarsi in comorbidità con i disturbi di ansia sociale, sia quelli da prendere in considerazione per effettuare un'ade-

guata diagnosi differenziale. Il capitolo prosegue con una descrizione delle principali teorie, elaborate principalmente in ambito cognitivo-comportamentale, che negli ultimi anni hanno maggiormente studiato e approfondito le tematiche dell'ansia sociale. In particolare, tali approcci hanno messo in evidenza come auto-valutazioni negative, distorsioni cognitive, aspettative irrealistiche, convinzioni irrazionali, e un negativo dialogo interno, possano giocare un ruolo fondamentale nell'ansia sociale. In riferimento a tali modelli teorici, il capitolo si chiude con una descrizione di quelli che sono ritenuti i principali fattori di mantenimento nell'ansia sociale.

I modelli teorici descritti specificano principalmente i fattori chiave, cognitivi e comportamentali, implicati nel mantenimento dell'ansia sociale, a partire dai quali sono stati sviluppati una serie di trattamenti efficaci per i disturbi di ansia sociale. Tuttavia, questi modelli mirano più a descrivere i fattori di mantenimento dell'ansia sociale, mentre non specificano, in maniera più dettagliata, le origini dei fattori che mantengono il disturbo oppure i legami tra fattori eziologici e di mantenimento. Nel secondo capitolo si propone un modello psicopatologico che cerca di spiegare le possibili vie di sviluppo dei vari disturbi di ansia sociale e il sistema di funzionamento che li sostiene e li perpetua. Tale modello può essere considerato come integrativo in quanto assimila i principali modelli della CBT con la teoria cognitivo-evoluzionista, la teoria metacognitiva interpersonale, le neuroscienze e i recenti studi sulle emozioni. L'obiettivo proposto è quello di provare a specificare nuovi legami tra eziologia e fattori di mantenimento, che potrebbero contribuire a migliorare sia il trattamento che la prevenzione nell'ambito dei disturbi in questione. A tale scopo, è stato considerato utile esaminare ed approfondire altri meccanismi psicopatologici coinvolti nel funzionamento e nel mantenimento dei disturbi d'ansia sociale, in quanto osservare la complessità dei casi clinici lascia la possibilità di utilizzare interventi già validati, come quelli di approccio CBT, integrandoli con formulazioni terapeutiche successive. Nel capitolo, vengono messi in evidenza e delineati quei meccanismi psicopatologici che possono rappresentare, ulteriore oggetto di intervento terapeutico:

1. uno schema relazionale sé-altro disfunzionale, caratterizzato da un modello di sé come vulnerabile, indegno di stima e affetto, di scarso valore personale, e un modello dell'altro percepito come ostile e critico, oltre che alla strutturazione di modelli previsionali caratterizzati da forti aspettative di giudizio critico, rifiuto, ed esclusione da parte degli altri;
2. la presenza di una iperattivazione del sistema motivazionale interpersonale agonistico, laddove la strutturazione di uno schema relazionale caratterizzato da una rappresentazione di sé come inferiore, indesiderabile, basso nello status sociale e una rappresentazione degli altri come giudi-

canti, ostili e rifiutanti, conduce l'ansioso sociale ad essere estremamente focalizzato sulle dinamiche competitive, che dal suo punto di vista, caratterizzano i rapporti sociali e che portano l'individuo a rimanere intrappolato in una visione delle relazioni in un'ottica di rango, laddove la sottomissione rappresenta la soluzione che permette di evitare di subire danni come la critica, il rifiuto e l'esclusione sociale;

3. la presenza di alcune disfunzioni metacognitive, specificamente nelle abilità di decentramento/differenziazione e mastery, mentre nel disturbo evitante di personalità è compromessa, principalmente, anche la funzione di monitoraggio, ossia la capacità di riconoscere le emozioni e pensieri che costituiscono uno stato mentale, le motivazioni e gli scopi sottesi al comportamento e cogliere relazioni immediate tra pensieri e emozioni;
4. la presenza di difficoltà nel processo di regolazione emozionale, laddove le ricerche hanno messo in evidenza come l'ansia sociale sia caratterizzata da un'iper-reattività emotiva e da una scarsa efficacia nell'utilizzo di adeguate e funzionali strategie di regolazione emotiva come, ad esempio, il reappraisal cognitivo, a favore di strategie come l'evitamento o di modulazione della risposta basata principalmente sull'utilizzo della soppressione emotiva.

Nel terzo capitolo si prendono in considerazione i vari studi di neuroscienze che si sono concentrati sui disturbi di ansia sociale, e che hanno avuto come obiettivo principale la ricerca delle basi neurali e dei circuiti cerebrali che sono coinvolti nella patofisiologia di questo disturbo. L'obiettivo è quello di comprendere l'organizzazione funzionale delle reti cerebrali che sono alla base dei disturbi d'ansia sociale, e valutare come i contributi delle neuroscienze possono dare sostanza ai modelli psicopatologici che sottendono i disturbi, oltre che aiutare il clinico anche nella implementazione o nella scelta di interventi psicoterapeutici più efficaci.

Il quarto capitolo apre la sezione dedicata al trattamento dei disturbi d'ansia sociale. In questo capitolo viene inizialmente delineata la strutturazione dell'intervento classico della CBT per l'ansia sociale, con la descrizione di uno schema generale che prevede l'utilizzo di una combinazione di diversi esercizi e tecniche. A seguire viene introdotto quello che, in questo testo, è stato definito un trattamento cognitivo-comportamentale integrato per i disturbi di ansia sociale che aggiunge, al trattamento classico della CBT, vari interventi terapeutici che sono mirati alla modifica degli schemi relazionali disfunzionali, al miglioramento del funzionamento metacognitivo, alla riarmonizzazione dei sistemi motivazionali e alla regolazione emotiva.

Il capitolo si chiude con l'intervento mirato alla modifica degli schemi relazionali disfunzionali che caratterizzano le persone con ansia sociale. Tale obiettivo può essere raggiunto, principalmente, attraverso la relazione tera-

peutica, considerata come elemento centrale dell'intervento terapeutico e come vero e proprio strumento di cambiamento. L'assunzione centrale che viene qui sostenuta è che la relazione terapeutica può assumere un ruolo preminente nel processo di modifica degli schemi relazionali sé-altro caratteristici degli ansiosi sociali, che sono caratterizzati da una visione di sé negativa, una rappresentazione dell'altro percepito come ostile, e da modelli previsionali caratterizzati da aspettative di giudizio critico, rifiuto, ed esclusione da parte degli altri.

Nel capitolo 5 viene proposto un trattamento del disturbo d'ansia sociale secondo la prospettiva della Teoria Evoluzionistica delle Motivazioni. Il trattamento viene delineato nelle diverse fasi ed è incentrato sostanzialmente sulla relazione terapeutica. In particolare, il terapeuta concentra la sua attenzione sull'esplorazione congiunta di quanto accade nelle relazioni attuali del paziente. Lo scopo è di identificare alcuni dei principali schemi interpersonali disfunzionali e dei principali meccanismi motivazionali che predispongono allo sviluppo psicopatologico. Contemporaneamente si procede all'osservazione delle dinamiche interpersonali all'interno della relazione terapeutica che spesso risultano plasmate sui principali modelli operativi interni del paziente e a volte anche del terapeuta. Inoltre, viene sottolineato come il monitoraggio delle dinamiche motivazionali e dell'alleanza terapeutica costituisca un elemento importante che permette di migliorare la qualità dell'intervento terapeutico anche quando il paziente non presenti quelle condizioni di gravità tali da temere un facile drop out.

Il capitolo 6 è incentrato sul trattamento metacognitivo interpersonale del disturbo evitante. Con l'ausilio di alcuni casi clinici, vengono illustrate le varie procedure del trattamento che ha lo scopo di migliorare le competenze metacognitive del paziente in modo che possa padroneggiare gli stati mentali problematici e raggiungere gli scopi desiderati. Nello specifico, l'azione terapeutica è mirata a sviluppare e migliorare le sotto-funzioni metacognitive del monitoraggio e del decentramento, promuovendo l'utilizzo e lo sviluppo di adeguate abilità sociali, la gestione dei cicli interpersonali disfunzionali, in particolare quello competitivo, la riduzione del senso di distacco e di non appartenenza. Infine, una particolare enfasi è posta sulla necessità di affiancare al trattamento individuale un intervento di gruppo di Social Training (ST). Sebbene l'intervento terapeutico è mirato al trattamento del disturbo evitante, ciò non toglie che possa essere applicato anche per migliorare le competenze metacognitive nel disturbo d'ansia sociale.

Nell'ultimo capitolo viene proposto un protocollo d'intervento basato sulla compassion focused therapy per il trattamento della fobia sociale. Il percorso terapeutico prevede tre fasi. Nella prima fase al paziente viene introdotto il concetto di compassione, ne vengono spiegate le basi fisiologiche

e l'impatto che ha sul suo funzionamento psicofisico. Vengono a questo punto spiegate le tre forme di compassione che la terapia cercherà di allenare (la compassione verso se stessi, quella verso gli altri e quella che deriva dagli altri) e vengono introdotte e sperimentate in sessione le pratiche di base come la mindfulness compassionevole, il respiro calmante e il posto sicuro. Vengono a questo punto introdotte le pratiche per sviluppare tutti e tre i tipi di compassione. La seconda fase prevede l'intervento sulla parte autocritica del paziente utilizzando le abilità apprese e allenate durante la fase precedente. Infine, durante l'ultima parte del percorso viene stilata in maniera collaborativa una gerarchia espositiva e il paziente viene accompagnato ad affrontarla esercitando le abilità apprese durante le fasi precedenti.

In conclusione, il tentativo, in questo libro, è quello di integrare modelli e ricerche provenienti da diversi ambiti per costruire un modello psicopatologico che spieghi lo sviluppo e il mantenimento dei vari disturbi di ansia sociale, e sulla base del quale si è cercato di strutturare un intervento terapeutico che possa risultare più efficace nel trattamento delle varie forme di ansia sociale.