



**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTALE**
SEDE CAGLIARI

ELABORATO FINALE DI 2° ANNO

INTERVENTI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER L'ANSIA SOCIALE: UNA REVIEW NARRATIVA SU CBT STANDARD E TERAPIE DI TERZA GENERAZIONE

Cognitive-Behavioral Interventions for Social Anxiety Disorder: A Narrative Review of Standard CBT and Third-Wave Therapies

Specializzanda

Dott.ssa Tania Zedda

ANNO 2025

Abstract.

L'ansia sociale è un disturbo caratterizzato da paura marcata e persistente di essere giudicati negativamente dagli altri, con conseguenti evitamenti e, nei casi più gravi, isolamento sociale. La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) rappresenta l'intervento di elezione, con solide evidenze di efficacia. Tuttavia, negli ultimi anni, sono emerse tecniche di terza generazione (ad es. *Acceptance and Commitment Therapy*, *Mindfulness-Based Interventions*) che propongono un approccio complementare, focalizzato su accettazione, flessibilità psicologica e valori personali.

Obiettivi. Questa review narrativa ha lo scopo di esaminare la letteratura recente sugli interventi cognitivi e comportamentali per l'ansia sociale, integrando ai protocolli di CBT standard (esposizione graduale, ristrutturazione cognitiva) i contributi più innovativi delle terapie di terza generazione.

Metodo. La ricerca è stata condotta attraverso le principali banche dati scientifiche (PubMed, PsycINFO, Scopus), includendo articoli peer-reviewed pubblicati negli ultimi 15 anni.

Risultati. I risultati evidenziano che la CBT rimane il trattamento di prima scelta, ma l'integrazione con tecniche di terza generazione può aumentare l'aderenza al trattamento e ridurre le ricadute, specialmente nei pazienti con comorbidità o resistenza ai protocolli standard.

Parole chiave:

Disturbo d'ansia sociale, CBT, Terapie di terza generazione, ACT, MBIs, Ristrutturazione cognitiva, Esposizione graduale, Flessibilità psicologica, Consapevolezza

1. Introduzione.

Il disturbo d'ansia sociale (DAS) è caratterizzato da una paura intensa di essere valutati negativamente (*American Psychiatric Association*, 2022). Tale paura induce l'individuo a evitare le situazioni temute o a sopportarle con marcata ansia e angoscia, compromettendo significativamente la partecipazione sociale. La prevalenza del DAS nel corso della vita è stimata intorno all'11%, con la maggior parte delle persone che lo sviluppa durante l'adolescenza (Hall M. et al., 2024). Il decorso è spesso cronico e presenta alti livelli di comorbidità con disturbo di panico, agorafobia, depressione atipica e disturbo da dismorfismo corporeo, il che rende la diagnosi differenziale particolarmente complessa (Alomari N. A. et al., 2022). Il DAS esercita un impatto profondo sulla qualità della vita degli individui affetti: il rendimento scolastico può risultarne compromesso, con un aumentato rischio di abbandono precoce e di scarsi risultati accademici e professionali (Alomari N. A. et al., 2022). In

media, le persone con DAS presentano una rete sociale meno ampia e maggiori difficoltà nelle relazioni: sono meno propense a sposarsi o avere figli e mostrano una maggiore tendenza al divorzio (Alomari N. A. et al., 2022).

Secondo i criteri del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione (DSM-5), il DAS comprende otto elementi: paura marcata delle situazioni sociali, attivazione ansiosa continua in tali contesti, timore esagerato rispetto alla reale minaccia rappresentata dalle situazioni sociali, evitamento di tali contesti causato da intensa paura, compromissione delle funzioni sociali o lavorative, persistenza della paura per almeno sei mesi, paura non attribuita ad abuso di sostanze, sintomi non spiegabili mediante un'altra condizione psichiatrica, e evitamento non correlato a una condizione medica come morbo di Parkinson o obesità (Alomari N. A. et al., 2022). L'impatto del DAS può variare da lieve a estremo: alcune persone manifestano sintomi solo in contesti specifici (ad es. esibizioni pubbliche o pasti in compagnia), mentre altre presentano sintomi diffusi in tutte le forme di interazione sociale (Alomari N. A. et al., 2022). Coloro che soffrono di DAS lieve possono provare sia sintomi fisici sia psicologici dell'ansia sociale, pur mantenendo una partecipazione iniziale o tollerata a situazioni sociali; tali individui possono esprimere sintomi in contesti sociali specifici. Una forma moderata può consentire la partecipazione a talune interazioni, mentre evitare altri scenari (come parlare in pubblico o discutere in gruppo). L'ansia sociale grave può provocare attacchi di panico in contesti sociali e comportare notevoli difficoltà nel gestire le situazioni quotidiane; tali esperienze spesso scoraggiano le interazioni sociali tra i soggetti affetti (Alomari N. A. et al., 2022). Pur distinguendo tra timidezza normale e DAS lieve, resta essenziale delineare differenze: la timidezza può rientrare in una risposta situazionale, mentre il DAS implica una paura persistente che spinge all'evitamento degli eventi sociali per timore di giudizio negativo (Alomari N. A. et al., 2022). La paura nell'ansia sociale è generalmente più intensa e accompagnata da sintomi quali: tremori, imbarazzo o rossore, battito cardiaco accelerato o palpitazioni, vertigini o sensazione di svenimento, sudorazione o diaforesi, diarrea, nausea o mal di stomaco e urgente bisogno di urinare, che possono compromettere il funzionamento quotidiano (Alomari N. A. et al., 2022).

Per quanto concerne i meccanismi di mantenimento, la letteratura ha identificato alcuni costrutti chiave: una maggiore propensione all'invidia sociale in contesti interattivi, pensieri di tipo "fuori tema" percepiti come meno controllabili e una dominante cognizione perseverativa associata a una ridotta variabilità della frequenza cardiaca dopo interazioni negative (Wolitzky-Taylor K. & LeBeau R., 2023). Inoltre, sebbene gli individui con DAS traggano meno piacere dalle interazioni sociali, esse rimangono capaci di generare emozioni positive rispetto a contesti non sociali, e appare una compromissione della teoria della mente affettiva (capacità di dedurre gli stati emotivi altrui) pur non presentandosi deficit analoghi nella teoria della mente cognitiva; si osservano inoltre disturbi

della memoria specifici per contesti sociali positivi (Wolitzky-Taylor K. & LeBeau R., 2023). Ulteriori fattori di mantenimento includono l'evitamento comportamentale, i comportamenti di sicurezza, il bias attentivo verso volti minacciosi, l'evitamento dello sguardo, i ritardi nel distogliere l'attenzione dalla minaccia, il rimuginio, l'arrossire e l'intolleranza all'incertezza (Wolitzky-Taylor K. & LeBeau R., 2023).

Il trattamento più avanzato e supportato per il DAS è la terapia cognitivo-comportamentale (*Cognitive Behavioural Therapy*, CBT), orientata a modificare le cognizioni e i comportamenti disfunzionali, impiegando elementi di tipo cognitivo, come la ristrutturazione dei pensieri, e di tipo comportamentale, come l'esposizione graduale (Morina, N. et al., 2023). Negli ultimi anni, il trattamento dell'ansia sociale ha visto crescere l'uso delle terapie di terza generazione, tra cui l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) le *Mindfulness-Based Interventions* (MBIs).

2. CBT standard per il trattamento dell'ansia sociale.

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) integra tecniche cognitive e strategie comportamentali con l'obiettivo di ridurre i pensieri disfunzionali e promuovere esiti terapeutici favorevoli. Gli interventi di natura cognitiva si focalizzano sulla modifica delle convinzioni irrazionali e dei processi di pensiero maladattivi (Alomari N. A. et al., 2022). La CBT si configura principalmente come un approccio orientato alla risoluzione dei problemi, volto a intervenire sia sul funzionamento cognitivo sia sui comportamenti osservabili. Nei disturbi d'ansia, essa rappresenta generalmente il trattamento di prima scelta e ha mostrato di essere una terapia efficace e di durata relativamente breve (Alomari N. A. et al., 2022). Non esiste tuttavia un protocollo unico di CBT: l'esito dell'intervento può essere modulato da variabili clinicamente rilevanti.

2.1. Modelli teorici di riferimento.

Nel caso del disturbo d'ansia sociale (DAS), due modelli risultano particolarmente utilizzati ed efficaci: il modello di Clark e Wells (1995) e quello di Heimberg (1997), applicati sia in contesti individuali che di gruppo (Alomari N. A. et al., 2022).

Clark e Wells (1995) hanno cercato di spiegare i motivi per cui l'ansia sociale si mantiene nonostante l'esposizione ripetuta a situazioni temute, anche in assenza di conseguenze negative, e perché non avvenga l'estinzione della paura. Secondo gli autori, gli individui con fobia sociale presentano un forte desiderio di apparire competenti e positivamente valutati dagli altri, accompagnato dalla convinzione che nelle interazioni sociali vi sia un alto rischio di comportarsi in modo inadeguato, con conseguenze catastrofiche. Questo porta a percepire le situazioni sociali come estremamente minacciose e ad attivare un ciclo disfunzionale: (1) i sintomi somatici e

comportamentali dell'ansia vengono interpretati come segnali di pericolo che gli altri potrebbero notare e giudicare negativamente; (2) l'attenzione si concentra sui propri sintomi e pensieri, riducendo la capacità di focalizzarsi sull'interazione sociale; (3) l'aspetto ansioso e i comportamenti messi in atto possono effettivamente indurre gli altri a rispondere con minore positività (Spence S. H. & Rapee R. M., 2016).

Rapee e Heimberg (1997) hanno successivamente ampliato questa prospettiva, sviluppando un modello che descrive i meccanismi di insorgenza e mantenimento dell'ansia sociale nelle situazioni di valutazione. Essi considerano la fobia sociale collocata lungo un continuum che spazia dalla timidezza lieve fino al disturbo evitante di personalità, ipotizzando che anche i processi cognitivi associati si distribuiscono lungo lo stesso asse. Secondo il loro modello, entrando in una situazione sociale, gli individui costruiscono una rappresentazione mentale di sé stessi basata su come ritengono di essere percepiti dal pubblico (Spence S. H. & Rapee R. M., 2016). Tale immagine è influenzata da esperienze passate, da segnali interni ed esterni e dal feedback proveniente dall'audience. Tipicamente, i soggetti con ansia sociale attribuiscono al pubblico standard irrealisticamente elevati, sottostimano la propria performance e anticipano esiti negativi, innescando un circolo vizioso di sintomi cognitivi, emotivi e fisiologici. Gli autori hanno inoltre sottolineato che l'apprendimento pregresso e le esperienze familiari influenzano lo sviluppo di tali rappresentazioni, interagendo con predisposizioni genetiche che portano a un'attenzione selettiva verso stimoli minacciosi. In particolare, il ruolo dei genitori risulta cruciale nella trasmissione di aspettative legate al giudizio altrui e nell'incoraggiamento dell'evitamento sociale (Spence S. H. & Rapee R. M., 2016).

Entrambi i modelli concordano sul fatto che l'uso di comportamenti di sicurezza, sebbene concepiti per prevenire conseguenze negative, finisce per rafforzare la percezione di minaccia e mantenere l'ansia, riducendo al contempo la possibilità di esiti sociali positivi (Spence S. H. & Rapee R. M., 2016).

2.2. Tecniche terapeutiche principali.

L'approccio terapeutico primario per il disturbo d'ansia sociale si fonda su esercizi di esposizione a situazioni sociali temute, integrati dalla ristrutturazione cognitiva per consolidare il nuovo apprendimento e promuovere un cambiamento di prospettiva tipico della terapia dell'esposizione (Curtiss J. E., et al., 2021). L'assunto di base è che l'esperienza emotiva deriva dall'interpretazione soggettiva degli eventi e delle circostanze. Nei disturbi d'ansia, tali interpretazioni sono spesso caratterizzate da distorsioni cognitive di natura negativa, come la tendenza a generalizzare eccessivamente o il pensiero dicotomico. La ristrutturazione cognitiva ha l'obiettivo di promuovere valutazioni più realistiche e funzionali attraverso l'identificazione e la correzione di queste trappole cognitive (Curtiss J. E., et al., 2021).

Di solito, la ristrutturazione cognitiva viene implementata tramite un diario dei pensieri, che descrive come identificare, valutare e confrontare le alternative ai pensieri automatici negativi (quei pensieri che giungono all'improvviso, ai margini della consapevolezza, influenzando l'umore e le azioni) (Ezawa I. D. & Hollon S. D., 2023). Nel completare il diario, il professionista aiuta le persone ad annotare pensieri concreti e ad analizzare la relazione tra emozioni e comportamenti. Una volta che i pazienti riescono a evocare pensieri specifici e a registrarli, i terapeuti supportano il distacco emotivo dalle loro convinzioni, riconoscendo che tali convinzioni tentano di rappresentare la realtà piuttosto che costituirla. Ciò è facilitato trattando i pensieri come ipotesi verificabili, non come fatti definitivi (Ezawa I. D. & Hollon S. D., 2023). L'obiettivo non è solo valutare l'accuratezza delle credenze dei pazienti, ma anche insegnare loro a farlo autonomamente. Il processo di valutazione dei pensieri contempla tipicamente tre domande relative a prove, alternative e implicazioni dei pensieri automatici (Ezawa I. D. & Hollon S. D., 2023). In particolare, i professionisti possono chiedere la prima domanda, posta alla fine del diario dei pensieri: "Quali prove supportano o contestano la validità del pensiero automatico?" per aiutare i pazienti a esaminare le evidenze disponibili. La seconda domanda, "Esistono spiegazioni alternative per quell'evento?", aiuta a generare spiegazioni diverse da quelle iniziali. La terza domanda, "Quali sarebbero le implicazioni se il pensiero fosse vero?", guida nel capire conseguenze realistiche se i pensieri automatici si rivelassero corretti (Ezawa I. D. & Hollon S. D., 2023). Queste tre domande favoriscono una valutazione accurata dei pensieri. Altre tecniche utili includono riconoscere gli errori cognitivi nel modo di pensare (ad es. pensiero tutto o niente), incoraggiare una prospettiva alternativa (es. "Cosa diresti a un amico nella stessa situazione?") e riflettere sul significato personale di tali pensieri (ad es. "Cosa indica quel pensiero per te?") (Ezawa I. D. & Hollon S. D., 2023).

Parallelamente, gli esperimenti comportamentali di tipo espositivo offrono ai pazienti l'opportunità di testare concretamente le proprie convinzioni disfunzionali, verificando se gli esiti temuti si realizzino effettivamente (Curtiss J. E. et al., 2021). L'esposizione si fonda sui principi dell'apprendimento e mira a ridurre il mantenimento dell'ansia attraverso l'interruzione dei processi di evitamento. Gli esercizi di esposizione espongono il paziente in maniera graduale ma sistematica agli stimoli temuti, senza ricorrere a strategie di evitamento o a comportamenti di sicurezza. Con la ripetizione, il soggetto apprende che le situazioni temute sono meno catastrofiche di quanto previsto, favorendo così un nuovo apprendimento di sicurezza (Curtiss J. E. et al., 2021).

Secondo Hofmann e Otto (2017), gli esercizi di esposizione si strutturano in due fasi: inizialmente si cerca di contrastare la sopravvalutazione del danno che potrebbe verificarsi durante un'interazione sociale. Per esempio, i pazienti potrebbero temere di commettere numerosi errori verbali durante una conversazione (Curtiss J. E., et al., 2021). Un esercizio pratico consiste nel

registrare il paziente mentre parla per due minuti e successivamente riascoltare la registrazione per verificare se si è verificato l'evento temuto. La seconda fase, implica che i pazienti affrontino direttamente il peggior scenario di ansia sociale per valutare quanto sia realistica e tollerabile. Questo tipo di esposizione può includere provocarsi volutamente situazioni imbarazzanti, ad esempio cantando ad alta voce in una strada affollata (Curtiss J. E., et al., 2021). Una volta che la situazione temuta è stata affrontata a fondo, il paziente può capire se il disagio previsto fosse davvero devastante o insostenibile. Con l'esposizione ripetuta a situazioni imbarazzanti, le persone con disturbo d'ansia sociale tendono a sentire meno ansia e, di conseguenza, sviluppano una visione meno catastrofica del significato di eventuali errori in contesti sociali (Curtiss J. E., et al., 2021).

3. Terapie di terza generazione per il trattamento dell'ansia sociale.

L'efficacia della CBT nel trattamento dei disturbi d'ansia è ampiamente supportata da solide evidenze empiriche, rendendola a tutt'oggi l'intervento di prima scelta. Tuttavia, nonostante i risultati generalmente positivi, non tutti i pazienti ottengono benefici stabili: in alcuni casi emergono difficoltà di aderenza, ricadute o una ridotta risposta al trattamento, aspetti che si riscontrano con maggiore frequenza nei soggetti con elevata comorbidità o con schemi cognitivi ed emotivi particolarmente rigidi (Wolitzky-Taylor & LeBeau, 2023). In questo scenario, negli ultimi anni hanno acquisito crescente rilevanza approcci di terza generazione, come l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) e le *Mindfulness-Based Interventions* (MBIs), i quali stanno progressivamente consolidando il loro supporto empirico e si configurano come strategie complementari o alternative alla CBT tradizionale (Niles et al., 2013).

3.1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

L'ACT si configura come un'evoluzione della CBT, ponendo una particolare enfasi sui processi cognitivi, emotivi e comportamentali. L'obiettivo è fornire strategie pratiche di coping che aumentino la flessibilità psicologica, promuovendo scelte di vita e azioni allineate ai propri valori (Mattikoppa N. V. et al., 2025). Nel tempo, si è progressivamente allontanata dall'obiettivo di eliminare le emozioni negative, orientandosi verso l'accettazione di sé e l'abbandono di tentativi disfunzionali di controllare i propri stati interni. La CBT tradizionale (t-CBT) si concentra principalmente sulla riduzione dell'emozione negativo, trascurando il potenziamento di quelle positive (Mattikoppa N. V. et al., 2025). Si orienta, quindi, verso l'accettazione di sé e l'abbandono dei tentativi inutili di gestire i propri stati d'animo interni (Mattikoppa N. V. et al., 2025). I sei processi psicologici di cambiamento che l'ACT utilizza per raggiungere il suo obiettivo diretto di aumentare

la flessibilità psicologica sono: accettazione, defusione, contatto con il momento presente, sé-come-contesto, valori e azione impegnata (Mattikoppa N. V. et al., 2025).

Niles e collaboratori hanno esaminato l'evitamento esperienziale (ipotizzato come componente chiave dell'ACT) e la frequenza delle cognizioni negative (centrale nella CBT), adoperando un disegno longitudinale con cinque valutazioni durante il percorso terapeutico (Kocovski N. L. et al., 2015). La prima sessione si è focalizzata sulla psicoeducazione, esaminando come i tentativi di controllare l'ansia avessero apparentemente funzionato e come tali sforzi spesso riducessero o eliminassero attività di valore (Niles A. N. et al., 2013). Le sessioni 2 e 3 hanno previsto esercizi esperienziali e discussioni su accettazione e azione orientata ai valori, includendo anche l'esplorazione della cosiddetta “*creative hopelessness*” (“disperazione creativa”; Niles A. N. et al., 2013) e la valutazione dell'efficacia degli sforzi precedenti nel gestire l'ansia. Le sessioni 4 e 5 hanno enfatizzato mindfulness, accettazione e defusione cognitiva, cioè la gestione del linguaggio legato all'ansia, pensieri e dialogo interno, come parte del flusso esperienziale, non della semplice reazione al suo significato letterale (Niles A. N. et al., 2013). Dalla sessione 6 alla 11 si è proseguito con accettazione, mindfulness e defusione, integrando l'esplorazione e la chiarificazione dei valori per aumentare la disponibilità a intraprendere attività significative (Niles A. N. et al., 2013). Le esposizioni comportamentali (interocezione, in vivo, immaginative) hanno fornito opportunità di osservare l'ansia in modo mindful, accettarla e praticare azioni guidate dai valori nonostante l'ansia (Niles A. N. et al., 2013). La sessione 12 ha riepilogato ciò che aveva funzionato e ha indicato strategie per mantenere i progressi nel tempo (Niles et al., 2013). I risultati hanno mostrato che riduzioni precoci delle cognizioni negative predicevano miglioramenti in entrambi i trattamenti, mentre le riduzioni precoci nell'evitamento esperienziale prevedevano cambiamenti solo nell'ACT (Kocovski N. L. et al., 2015).

3.2. Mindfulness-Based Interventions (MBIs).

Gli interventi basati sulla mindfulness si configurano sia come trattamenti complementari transdiagnostici alla CBT per condizioni di ansia e da stress, sia come interventi indipendenti. La mindfulness è descritta come una pratica di attenzione consapevole e non giudicante verso l'esperienza del momento presente (Curtiss J. E., et al., 2021). L'obiettivo è contenere la disregolazione emotiva e la reattività agli stressor. Tra i programmi più noti basati sulla mindfulness figurano i corsi di gruppo standardizzati denominati *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) e *Mindfulness and Acceptance-Based Group Therapy* (MAGT). L'MBSR consiste in otto incontri di 2–2,5 ore ciascuno, guidati da un istruttore, arricchiti da una giornata di ritiro, con compiti settimanali da svolgere a casa e pratiche quotidiane (Curtiss J. E., et al., 2021). I moduli mirano a introdurre i partecipanti alla meditazione mindfulness,

alle competenze di comunicazione interpersonale, al mantenimento dell'attenzione e al riconoscimento delle risposte automatiche di stress. La MBCT propone una struttura analoga all'MBSR ma incorpora elementi della terapia cognitiva finalizzati ad aiutare i partecipanti a identificare e interrompere i pensieri automatici negativi (Curtiss J. E., et al., 2021). La MAGT prevede un percorso di 12 incontri settimanali di due ore ciascuno. Il programma integra elementi di CBT e della teoria ACT, includendo pratiche di mindfulness, con particolare attenzione all'esposizione (Noda S. et al., 2024).

Alcune ricerche hanno evidenziato come le MBIs possano produrre effetti comparabili a quelli della CBT (Noda S. et al., 2024). Oltre a ciò, le MBIs favoriscono un maggiore distanziamento dai propri pensieri, il potenziamento della flessibilità cognitiva e lo sviluppo delle competenze di ristrutturazione cognitiva (Noda S. et al., 2024). Tali processi si sono rivelati utili nella gestione delle cognizioni disfunzionali e nella riduzione dei sintomi di ansia sociale nei pazienti con Disturbo d'Ansia Sociale (Noda S. et al., 2024).

La mindfulness disposizionale (tendenza a essere consapevoli del momento presente in maniera non giudicante e non reattiva) sembra incidere sui sintomi dell'ansia sociale influenzando tre meccanismi chiave: l'attenzione auto-focalizzata (*self-focused attention*), il bias costo/probabilità e i comportamenti di evitamento. Inoltre, i *training* di Mindfulness (*Mindfulness Training*, MT) contribuiscono a rafforzare le abilità di ristrutturazione cognitiva attraverso il miglioramento della mindfulness disposizionale e, più in generale, a promuovere il benessere psicologico grazie alla riduzione del pensiero ripetitivo negativo (Noda S. et al., 2024).

È stato osservato che le MBIs determinano un miglioramento dei sintomi di ansia sociale mediato dalla diminuzione delle distorsioni cognitive, e che la riduzione di tali distorsioni spiega l'efficacia delle MBIs in misura analoga a quella della CBT. In particolare, un protocollo di MBI che integra elementi di mindfulness con strategie cognitivo-comportamentali ha mostrato buoni risultati nel contrastare il bias costo/probabilità nei pazienti con DAS (Noda S. et al., 2024).

Secondo Noda e Shirotsuki (cit. in Noda S. et al., 2024), la MT incrementa la consapevolezza dei processi di pensiero, facilitando così, nella fase successiva di ristrutturazione cognitiva, l'elaborazione di alternative cognitive più funzionali. Analogamente, Barlow e colleghi (cit. in Noda S. et al., 2024) descrivono la MT come una pratica capace di sviluppare abilità di base che sostengono il paziente nel riflettere sui progressi del trattamento. Ciò suggerisce che la ristrutturazione cognitiva condotta dopo un percorso di MT possa ampliare la flessibilità cognitiva e supportare l'identificazione e la modifica di schemi di pensiero disfunzionali.

4. Conclusioni.

Nel complesso, l'analisi della letteratura condotta in questa review mette in luce come il disturbo d'ansia sociale rappresenti una condizione clinica complessa, caratterizzata da un'elevata prevalenza, un decorso tendenzialmente cronico e importanti ripercussioni sul funzionamento individuale, scolastico, lavorativo e relazionale (Alomari et al., 2022; Hall et al., 2024). La terapia cognitivo-comportamentale tradizionale (CBT) continua a costituire l'intervento d'elezione, avendo dimostrato in modo consistente la sua efficacia nel ridurre i sintomi e nel favorire un miglioramento della qualità di vita (Morina et al., 2023; Hofmann & Otto, 2017). I modelli teorici di Clark e Wells e di Rapee e Heimberg forniscono cornici interpretative solide per comprendere i meccanismi di insorgenza e mantenimento del disturbo, ponendo le basi per interventi mirati a modificare pensieri disfunzionali, ridurre l'uso di comportamenti di sicurezza e incrementare le esperienze correttive attraverso tecniche di esposizione e ristrutturazione cognitiva (Spence & Rapee, 2016; Curtiss et al., 2021; Ezawa & Hollon, 2023). Tuttavia, sebbene i protocolli standardizzati di CBT abbiano dimostrato un'efficacia clinicamente rilevante, permangono casi di resistenza al trattamento, ricadute nel tempo e difficoltà di aderenza, in particolare nei pazienti con elevata comorbidità o con pattern cognitivi ed emotivi maggiormente rigidi (Wolitzky-Taylor & LeBeau, 2023). In tale scenario si inseriscono le terapie di terza generazione, in particolare l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) e gli interventi basati sulla mindfulness (MBIs), che offrono un approccio complementare centrato non tanto sulla modifica diretta del contenuto dei pensieri, quanto sulla relazione che l'individuo intrattiene con essi (Niles et al., 2013; Kocovski et al., 2015; Mattikoppa et al., 2025). Attraverso processi quali accettazione, defusione cognitiva, contatto con il momento presente, chiarificazione dei valori e azione impegnata, l'ACT promuove una maggiore flessibilità psicologica, incoraggiando il paziente a intraprendere comportamenti significativi anche in presenza di ansia, riducendo l'evitamento esperienziale e favorendo la costruzione di un'esistenza guidata dai propri valori (Mattikoppa et al., 2025). Parallelamente, i programmi mindfulness (MBSR, MBCT, MAGT) hanno dimostrato di potenziare la consapevolezza non giudicante dei propri stati interni, ridurre il rimuginio e i bias cognitivi e incrementare la regolazione emotiva, mostrando risultati comparabili a quelli della CBT nel trattamento del DAS (Curtiss et al., 2021; Noda et al., 2024). Le evidenze disponibili suggeriscono pertanto che la combinazione tra protocolli tradizionali e strategie di terza generazione possa costituire un modello di intervento più flessibile e personalizzato, capace di rispondere in modo mirato alla complessità dei quadri clinici e di favorire una maggiore aderenza al trattamento (Niles et al., 2013; Noda et al., 2024). In prospettiva, l'integrazione dei due approcci appare promettente per ampliare il ventaglio di risorse terapeutiche a disposizione dei clinici, incrementando l'efficacia degli interventi e riducendo il rischio di ricaduta (Kocovski et al., 2015; Wolitzky-Taylor & LeBeau, 2023).

Saranno tuttavia necessari ulteriori studi controllati e follow-up a lungo termine per consolidare tali evidenze e chiarire meglio i meccanismi di cambiamento sottesi a ciascun approccio, così da poter delineare linee guida più specifiche per un trattamento efficace, integrato e personalizzato dell'ansia sociale (Hall et al., 2024; Morina et al., 2023).

Bibliografia.

- Alomari, N. A., Bedaiwi, S. K., Ghasib, A. M., Kabbarah, A. J., Alnefaie, S. A., Hariri, N., ... & Altowairqi, F. (2022). Social anxiety disorder: Associated conditions and therapeutic approaches. *Cureus*, 14(12).
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Text Revision ed.).
- Curtiss, J. E., Levine, D. S., Ander, I., & Baker, A. W. (2021). Cognitive-behavioral treatments for anxiety and stress-related disorders. *Focus*, 19(2), 184-189.
- Ezawa, I. D., & Hollon, S. D. (2023). Cognitive restructuring and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 60(3), 396.
- Hall, M., Luo, A., Bhullar, N., Moses, K., & Wootton, B. M. (2024). Cognitive behaviour therapy for social anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis investigating different treatment formats. *Australian Psychologist*, 60(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/00050067.2024.2356804>
- Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2017). *Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Evidence-based and disorder-specific treatment techniques*. Routledge.
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Ho, M. H. R., & Antony, M. M. (2015). Mindfulness and acceptance-based group therapy and traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: Mechanisms of change. *Behaviour research and therapy*, 70, 11-22.
- Mattikoppa, N. V., Harshitha, G. S., Yahiya, G. K. M., & Paluru, M. S. (2025). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Social Anxiety Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Psychiatry Spectrum*, 4(1), 111-120.
- Morina, N., Seidemann, J., Andor, T., Sondern, L., Bürkner, P. C., Drenckhan, I., & Buhlmann, U. (2023). The effectiveness of cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder in routine clinical practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(2), 335-343.
- Niles, A. N., Mesri, B., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., & Craske, M. G. (2013). Attentional bias and emotional reactivity as predictors and moderators of behavioral treatment for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 51(10), 669-679.
- Noda, S., Shirotsuki, K., & Nakao, M. (2024). Low-intensity mindfulness and cognitive-behavioral therapy for social anxiety: a pilot randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 24(1), 190.
- Spence, S. H., & Rapee, R. M. (2016). The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behaviour research and therapy*, 86, 50-67.
- Wolitzky-Taylor, K., & LeBeau, R. (2023). Recent advances in the understanding and psychological treatment of social anxiety disorder. *Faculty reviews*, 12, 8.