

Trattare il rimuginio e la paura del giudizio

Procedure CBT, metacognitive e schema-focused per DAG e ansia sociale

Primum non evitare

La terapia non promette certezza: costruisce capacità di agire senza certezza totale.

Formato

4 ore · simulate · esercitazioni a coppie · *debrief* clinico

Dottor Stefano Terenzi
psicologo clinico-psicoterapeuta

Due disturbi, due motori di mantenimento

DAG · paura dell'incertezza futura

Trigger: minacce future, ambigue, spesso ipotetiche

Strategia: rimuginio come controllo preventivo

Mantenimento: rassicurazioni, controlli, decisioni rimandate

Target: tollerare l'incertezza e ridurre il *worry* improduttivo

Ansia sociale · paura dell'esposizione del sé

Trigger: essere visti, valutati, corretti, esclusi

Strategia: attenzione autofocalizzata e *safety behaviors*

Mantenimento: evitamento, monitoraggio, immagine negativa di sé

Target: esposizione, attenzione esterna, apprendimento correttivo

Non trattare l'etichetta diagnostica. Trattare il ciclo di mantenimento.

Cinque competenze da portare fuori dall'aula

- Distinguere *problem solving* e rimuginio sterile
- Costruire un esperimento comportamentale sull'incertezza
- Formulare un ciclo Clark & Wells su un episodio sociale specifico
- Progettare un'esposizione sociale con rimozione dei *safety behaviors*
- Condurre una mini-sequenza *ImRs* su vignetta clinica di vergogna sociale

Criterio finale

Ogni procedura deve produrre una formulazione, una previsione testabile, una riduzione di evitamento/controllo e un apprendimento esplicito.

Cornice *evidence-based* essenziale

DAG

CBT e *applied relaxation*

Focus su *worry*, *problem solving*,
incertezza e controllo

Wells; protocolli CBT su
intolleranza dell'incertezza; NICE

Ansia sociale

CBT individuale Clark & Wells o
Heimberg

Target: attenzione autofocalizzata,
safety behaviors, credenze sociali

Video-feedback ed esposizione in
vivo

Ponte schema-focused

Vergogna, memorie umilianti,
immagine negativa di sé

Imagery rescripting e lavoro sui
mode

Wild & Clark; Holmes, Arntz &
Smucker

Le fonti servono a sostenere le procedure, non a sostituirle. La bibliografia non deve diventare un mausoleo.

La logica comune: evitare mantiene



Domande del terapeuta

Quando si attiva il problema? Che cosa teme che possa accadere?
Che cosa fa per sentirsi più sicuro? Quanto funziona nel breve termine?
Che cosa non impara proprio perché si protegge?

Due casi per seguire le procedure in profondità

Laura • DAG

35 anni, psicologa in formazione. Dopo ogni colloquio ripensa a ogni frase, cerca rassicurazioni dai colleghi, rilegge appunti e fatica a chiudere la giornata. Dice: “Se non ci penso, rischio di essere superficiale”. Il rimuginio la fa sentire momentaneamente responsabile, ma aumenta insonnia, tensione e senso di incompetenza.

Marco • ansia sociale

28 anni, psicologo in formazione, evita di intervenire nei gruppi di supervisione. Quando deve parlare, immagina di apparire insicuro, rosso in volto, confuso. Prepara mentalmente le frasi, evita lo sguardo, parla velocemente e poi rimugina per ore. Ricorda un episodio scolastico in cui fu deriso durante una lettura ad alta voce.

Ogni esercizio deve produrre apprendimento clinico

Ogni esercitazione deve produrre

- una formulazione del processo
- una previsione testabile
- una riduzione di controllo/evitamento
- un apprendimento nuovo
- una frase terapeutica utilizzabile in seduta

Durante le simulate evitare

- rassicurazione
- consiglio generico
- psicoeducazione eccessiva
- interpretazioni premature
- esposizioni punitive
- domande senza direzione

DAG · Problem solving o rimuginio?

Problem solving

Problema reale, presente, modificabile
Azione minima entro 24 ore
Criterio di efficacia osservabile
Chiusura del ciclo dopo l'azione

Rimuginio

Minaccia futura, ipotetica, ambigua
Ricerca di certezza emotiva
Domanda ricorrente: “E se...?”
Nessuna azione conclusiva

Domanda decisiva: “Qui stiamo risolvendo un problema o cercando certezza al 100%?”

Distinguere worry e azione

Caso

“Ho paura di aver sbagliato una valutazione clinica. Continuo a ripensarci e non riesco a staccare.”

Sequenza del terapeuta

È un problema attuale o ipotetico?

È modificabile adesso?

Qual è l'azione minima utile entro 24 ore?

Se non c'è azione: quale certezza sta cercando la mente?

Quale incertezza dobbiamo imparare a tollerare?

Restituzione clinica

“Mi sembra che qui non abbiamo un problema attuale da risolvere, ma uno scenario ipotetico che la mente sta cercando di chiudere. Il lavoro non sarà trovare certezza assoluta, ma allenare la capacità di lasciare aperta una quota di incertezza.”

Problem solving vs rimuginio · 20 minuti

Ruoli

A: paziente con preoccupazione ipotetica

B: terapeuta

Dopo 10 minuti: inversione ruoli

Compito

Separare problema reale e scenario ipotetico

Trovare azione minima se esiste

Se non esiste: formulare l'incertezza

Scheda

Usare la Scheda 1: DAG · problema reale o ipotetico.

Output obbligatorio

“Questa preoccupazione riguarda...

L'azione utile, se esiste, è...

L'incertezza da tollerare è...

Il rischio di rassicurazione sarebbe...”

Autovalutazione rapida del terapeuta

Ho rassicurato il paziente? ___/10

Ho distinto problema reale e scenario ipotetico? ___/10

Ho aiutato a trovare un'azione minima? ___/10

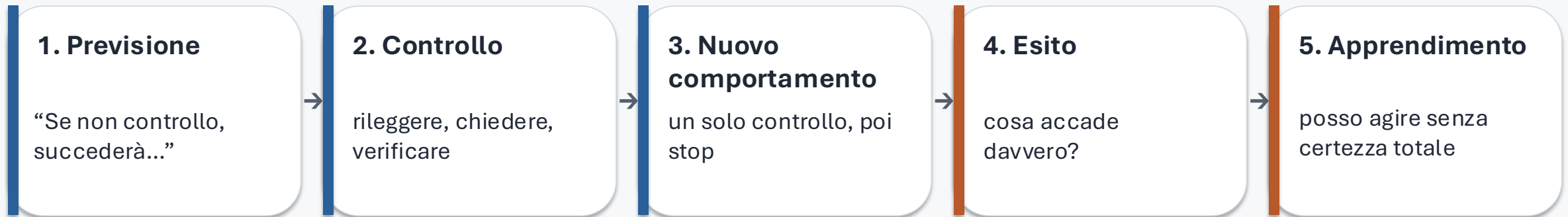
Ho nominato l'incertezza da tollerare? ___/10

Ho chiuso con una frase terapeutica e non con un consiglio generico? ___/10

Criterio di qualità

Il paziente deve uscire dalla micro-sequenza sapendo se deve agire o tollerare una quota di non-sapere.

Esperimento comportamentale sull'incertezza



Errore da evitare

Usare l'esperimento per rassicurare. Il target non è “andrà bene”, ma “posso tollerare che non sia certo”.

Costruire un esperimento sull'incertezza

Scegliere un target

Mandare un messaggio senza rileggerlo dieci volte
Delegare senza monitorare
Lasciare una piccola ambiguità aperta
Arrivare a lezione senza preparare ogni possibile risposta

Scheda da compilare

Ansia prevista ___/100
Bisogno di certezza ___/100
Probabilità stimata della catastrofe ___%
Impulso a controllare/rassicurarsi ___/100
Regola anti-neutralizzazione: cosa NON faccio

Domanda finale obbligatoria

Questo esperimento testa la tolleranza dell'incertezza o cerca solo di dimostrare che non succederà nulla?

Come costruire un buon esperimento

Un buon esperimento deve essere

- specifico
- misurabile
- realistico
- leggermente ansiogeno
- senza rassicurazioni
- senza controlli nascosti
- orientato all'apprendimento, non alla performance

Errore clinico frequente

- Esperimento sbagliato: “Vediamo se va tutto bene.”
- Esperimento corretto: “Vediamo se posso tollerare l'incertezza senza controllare.”
- La neutralizzazione nascosta invalida l'esperimento.

Esperimento sull'incertezza · 15 minuti

3 min

Il paziente sceglie una preoccupazione ipotetica

5 min

Il terapeuta identifica controllo, previsione catastrofica e certezza cercata

5 min

La coppia costruisce un esperimento comportamentale

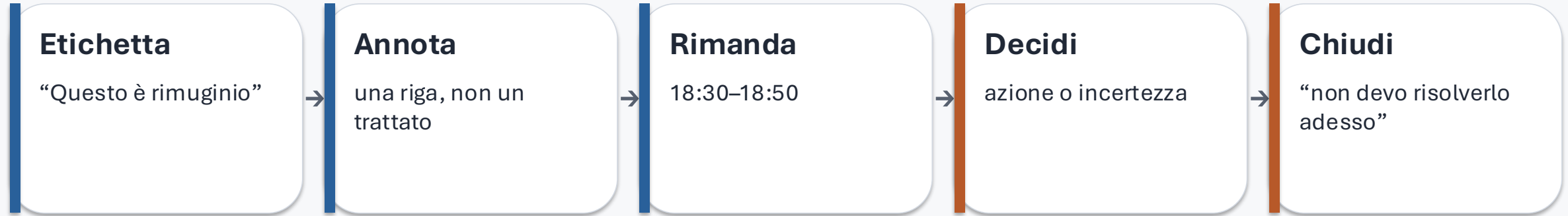
2 min

Il terapeuta formula l'apprendimento atteso

Scheda

Usare la Scheda 2: esperimento sull'incertezza. Compilare anche “cosa NON fare durante l'esperimento”.

Worry postponement · finestra del rimuginio



Punto tecnico

Non è soppressione del pensiero. È differimento intenzionale della risposta al worry.

Worry postponement · 5 minuti

Tre mosse del terapeuta

Validare: “Capisco che la mente stia cercando sicurezza.”

Etichettare: “Questo è rimuginio, non problem solving.”

Differire: “Lo annotiamo e lo riprendiamo nella finestra del worry.”

Fraasi vietate

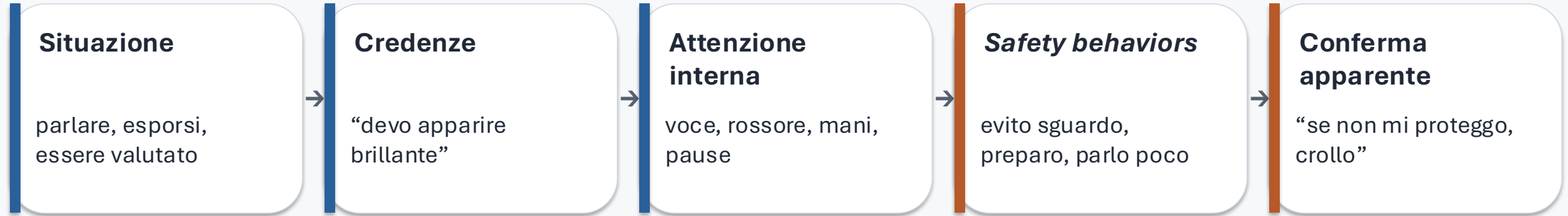
“Non ci pensare.”

“Vedrai che andrà bene.”

“Secondo me non succederà.”

“Non hai motivo di preoccuparti.”

Ansia sociale · ciclo Clark & Wells



Punto clinico

Senza formulazione del ciclo, l'esposizione rischia di diventare “vai e soffri”. Non è terapia: è ginnastica dell'imbarazzo.

Domande per mappare il ciclo sociale

Caso

“Quando devo parlare in gruppo mi blocco. Penso che gli altri vedano che sono impacciato.”

Domande guida

- Che cosa temi che gli altri notino?
- Se potessimo vedere l'immagine che hai di te, che cosa vedremmo?
- Dove va la tua attenzione: dentro o fuori?
- Che cosa fai per non sembrare ansioso?
- Quei comportamenti ti liberano o mantengono il problema?

Domanda ponte

Questa immagine è un dato percettivo reale o una costruzione interna basata sull'ansia?

Formulazione Clark & Wells · 20 minuti

Compito del terapeuta

Lavorare su un episodio specifico, non sull'ansia sociale in astratto

Individuare minaccia sociale, immagine di sé, attenzione, *safety behaviors*

Usare la Scheda 3: formulazione Clark & Wells

Output finale

“Quando il paziente si trova in ____, teme che gli altri ____.

A quel punto sposta l'attenzione su ____, si vede come ____ e usa ____ per proteggersi.

Nel breve termine ____.

Nel lungo termine ____.”

Esposizione sociale senza safety behaviors

Definizione

L'esposizione non è "vai e soffri". È un test progettato per disconfermare le previsioni mantenute dai comportamenti protettivi.

1. Previsione

"Se faccio una pausa, penseranno che sono stupido."

2. Safety da togliere

Preparare ogni frase, parlare veloce, evitare lo sguardo.

3. Apprendimento

Che cosa accade quando lascio visibile una quota di imperfezione?

L'esposizione non serve a ridurre l'ansia durante l'esercizio: serve a produrre apprendimento dopo l'esercizio.

Due round di esposizione + osservatori

Round 1 • protetto

Mini-presentazione di 60 secondi
Evitare contatto visivo
Controllare voce e parole
Stringere mani o oggetti
Parlare il meno possibile

Round 2 • terapeutico

Stessa mini-presentazione
Guardare almeno due persone
Lasciare pause naturali
Non correggere ogni parola
Restare nella conversazione

Osservatori

Safety visibili
Ansia realmente osservata
Scarto tra previsione e realtà
Differenza tra round 1 e 2

Debrief

Ansia prevista • ansia reale • giudizio osservato • safety rimossi • apprendimento.

Esposizione sociale · 20 minuti

Round A · progettazione

Scegliere una situazione breve
Identificare previsione temuta
Individuare 2 *safety behaviors*
Scegliere 1 *safety* da eliminare

Round B · esposizione

Mini-esposizione 60–90 secondi
Lasciare visibile una quota di
imperfezione
Non puntare a fare bella figura
Restare nella situazione

Round C · debrief

Che cosa temevi?
Che cosa hai fatto di diverso?
Che cosa è accaduto?
Che cosa hai imparato?

Usare la Scheda 4: esposizione sociale con rimozione dei safety behaviors.

Guidare l'esposizione senza fare prediche

- Che cosa temi che accada?
- Che cosa farai per proteggerti?
- Quale protezione togliamo per prima?
- Che cosa vuoi scoprire, non dimostrare?
- Dopo l'esposizione: che cosa hai imparato?
- La prossima esposizione dovrà testare...

Frase da ricordare

Se il paziente si espone ma continua a proteggersi, non sta facendo esposizione: sta facendo evitamento in pubblico.

Una buona esposizione sociale

- ha una previsione specifica e osservabile
- toglie almeno un safety behavior
- non punta a fare bella figura
- include una quota di imperfezione
- produce un apprendimento formulabile
- porta a una nuova esposizione, non a una rassicurazione finale

Criterio tecnico

L'apprendimento vale più del calo immediato dell'ansia.

Training attentivo esterno

Da attenzione interna

“Come mi vedono?”

“Sto arrossendo?”

“La voce trema?”

“Sto sembrando stupido?”

A dati esterni

due parole chiave dell'altro

un cambiamento nell'espressione

il contenuto reale della risposta

il tono emotivo della conversazione

Razionale

Il paziente socialmente ansioso non vive la situazione sociale: vive il proprio monitor interno.

Attenzione interna vs attenzione esterna · 10 minuti

Round 1 · attenzione interna

Conversazione neutra di 2 minuti
Monitorare voce, pause, rossore, impressione data
Misurare: ansia, autocontrollo, connessione

Round 2 · attenzione esterna

Stessa durata
Raccogliere tre dati esterni
Misurare di nuovo: ansia, autocontrollo, connessione

Misurazioni

Ansia ___/100 · Autocontrollo ___/100 · Connessione con l'altro ___/100

Video-feedback: sensazione interna ≠ immagine esterna

Prima del video

Quanto penso di essere apparso ansioso?

Quali segni saranno evidenti?

Che cosa temo di vedere?

Durante il video

Guardare come se fosse un altro

Cercare prove visibili

Non usare sensazioni ricordate

Dopo il video

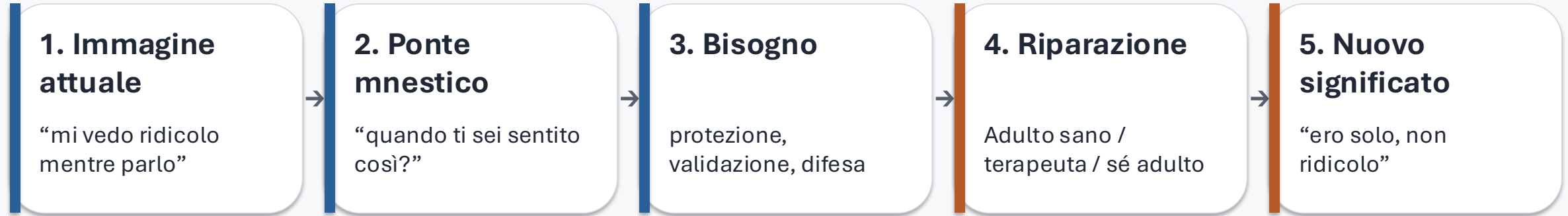
Cosa era meno evidente?

Quali safety peggioravano la performance?

Cosa testiamo nella prossima esposizione?

La procedura rompe l'equivalenza ansiosa: “mi sento ridicolo” ≠ “appaio ridicolo”.

Imagery rescripting su vergogna sociale



Nota didattica

In aula usare vignette cliniche, non materiale traumatico personale degli allievi. L'obiettivo è apprendere la sequenza, non improvvisare terapia di gruppo.

Ansia sociale e vergogna

Marco · vignetta operativa

Marco, 28 anni, evita di parlare nelle riunioni. Quando deve intervenire, si vede impacciato, rosso in volto, con tutti che lo osservano. Riferisce un ricordo delle medie: durante una lettura ad alta voce si bloccò, alcuni compagni risero e l'insegnante disse: "Dai, non fare perdere tempo!". Da allora associa l'esposizione pubblica al rischio di umiliazione.

Compito

Individuare: immagine attuale · memoria collegata · bisogno frustrato · intervento riparativo · nuovo significato · ponte con esposizione attuale.

Sequenza sicura per gli allievi

- Rimaniamo sulla scena. Che cosa sta succedendo?
- Che cosa prova quel ragazzo/quella ragazza?
- Di cosa avrebbe bisogno in quel momento?
- Chi può entrare nella scena per proteggerlo?
- Che cosa va detto o fatto?
- Che cosa cambia ora guardando quella scena?
- Che cosa cambia nell'immagine attuale di te?

Regola di sicurezza

Non forzare catarsi. Non cercare il trauma. Non aprire materiale che non puoi contenere nel setting didattico.

Vignette sicure · 15 minuti

Vignette possibili

- A · deriso durante un'interrogazione
- B · escluso da un gruppo di amici
- C · criticato duramente per un errore pubblico
- D · preso in giro per rossore o balbuzie

Output finale

La memoria comunicava al paziente che...

Il nuovo significato è...

Il comportamento attuale che possiamo modificare è...

La prossima esposizione possibile è...

Scheda

Usare la Scheda 5: ImRs breve su vergogna sociale. Aggiungere sempre il ponte con il comportamento attuale.

Mode e trattamento

Bambino Vulnerabile

Target: validazione, protezione, ImRs.

Critico Esigente/Punitivo

Target: *chairwork*, riduzione degli standard sociali impossibili.

Protettore Evitante

Target: esposizione graduale, riduzione safety behaviors.

Adulto Sano

Target: scelta consapevole, auto-validazione, azione non evitante.

Formula integrativa

Validare il Vulnerabile, ridurre Critico e Protettore, rinforzare Adulto Sano attraverso esperienza correttiva.

Matrice processo → tecnica → segnale in seduta

Processo dominante	Segnale clinico in seduta	Tecnica di elezione
Rimuginio cronico	parla in circolo, non conclude	<i>worry awareness</i> · <i>postponement</i>
Incertezza	chiede rassicurazione, controlla	esperimenti · riduzione controllo
Evitamento sociale	cancella, delega, si ritira	gerarchia · esposizione in vivo
<i>Safety behaviors</i>	prepara, monitora corpo, evita sguardo	esposizione senza protezioni
Immagine negativa	“mi vedevo ridicolo”	attenzione esterna · video-feedback
Vergogna/memorie	ricordi di derisione, intensità alta	<i>ImRs</i> · <i>chairwork</i> con Critico

Take-home message

DAG

Si mantiene perché il paziente cerca certezza attraverso il rimuginio.

Ansia sociale

Si mantiene perché il paziente cerca protezione attraverso evitamento, attenzione interna e *safety behaviors*.

Terapia

Funziona quando smette di rassicurare e inizia a costruire esperienze emotive correttive.

La tecnica giusta è quella che colpisce il processo di mantenimento dominante.

Fonti principali

- NICE. (2011/2020). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management* (Clinical guideline CG113). National Institute for Health and Care Excellence.
- NICE. (2013). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment* (Clinical guideline CG159). National Institute for Health and Care Excellence.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- 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: Guilford Press.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215-226.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M. D., & Boisvert, J.-M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 821-825.
- Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38(6), 601-610.
- Wild, J., Hackmann, A., & Clark, D. M. (2007). When the present visits the past: Updating traumatic memories in social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 386-401.
- Marsigli, N. (a cura di). (2018). *Stop all'ansia sociale. Strategie per affrontare e gestire la timidezza*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.
- Baroni, D., Caccico, L., Ciandri, S., Di Gesto, C., Di Leonardo, L., Fiesoli, A., Lauretta, F., Lebruto, A., Policardo, G. R., & Rosadoni, M. (2021). *Quaderno di esercizi per vincere l'ansia sociale*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.
- Piacentini, D., & Leveni, D. (2025). *Quaderno di esercizi per vincere l'ansia generalizzata*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Nota

Le fonti servono a sostenere le procedure, non a sostituire la pratica clinica.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!!!



Materiale didattico riservato.

La riproduzione, la registrazione, la diffusione o la condivisione, anche parziale, delle presenti slide e dei materiali allegati non sono consentite senza preventiva autorizzazione dell'autore.