

Le nuove tecnologie e la psicoterapia: approfondimento del trattamento del disturbo d'ansia sociale



Elena Grassi*, Nicola Marsigli*

*[Ricevuto il 30 ottobre 2020
Accettato il 31 dicembre 2020]*

Sommario

Il disturbo d'ansia sociale (DAS) è uno dei disturbi psicologici più comuni e disabilitanti che, se non trattato, tende a cronicizzarsi provocando danni significativi alla qualità di vita di una persona nonché a comportare ingenti costi sociali.

Nonostante l'elevata prevalenza del disturbo, solo il 10% delle persone infatti riceve farmacoterapia e psicoterapia da personale qualificato. Esistono infatti diverse barriere per l'accesso al trattamento tra cui la paura della stigmatizzazione e del giudizio negativo e l'aspettativa che altri possano giudicare imbarazzante il proprio comportamento o i propri sintomi fisici. La natura stessa del disturbo è una delle ragioni principali che impedisce alle persone di chiedere una consulenza professionale. Gli interventi basati sulle nuove tecnologie di comunicazione, che recentemente si stanno facendo strada nel mondo della salute mentale, hanno il vantaggio di poter ovviare a diverse di queste barriere. Infatti, sono stati identificati diversi strumenti che utilizzano le tecnologie informatiche e di telecomunicazione per migliorare attività di prevenzione, diagnosi e terapia.

Negli ultimi anni diversi studi ne hanno dimostrato l'efficacia su una varietà di disturbi tra cui il disturbo d'ansia sociale.

Scopo del presente articolo è quello di fornire una revisione narrativa delle risorse presenti ad oggi nel campo delle nuove tecnologie utilizzabili e sfruttabili nel campo della salute mentale e in particolare nel disturbo d'ansia sociale.

Parole chiave: disturbo d'ansia sociale, terapia on-line, ricerca di trattamento, realtà virtuale.

* Istituto di psicologia e psicoterapia comportamentale e cognitiva (IPSICO), Centro d'Eccellenza per il Disturbo d'Ansia Sociale (CEDAS).

Autore corrispondente: Elena Grassi, Istituto di psicologia e psicoterapia comportamentale e cognitiva (IPSICO), Centro d'Eccellenza per il Disturbo d'Ansia Sociale (CEDAS), Via Mannelli 139, Firenze. e-mail: elena_grassi@hotmail.it

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 47/2020

Doi: 10.3280/qpc47-2020oa11208

101

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - NoDerivatives License.
For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org/>.

Elena Grassi, Nicola Marsigli

Abstract

New technologies and psychotherapy: in-depth study of the treatment of social anxiety disorder

Social Anxiety Disorder (SAD) is one of the most common and disabling psychological disorders and it tends to become chronic and to cause significant damage to a person's quality of life as well as leading to significant social costs.

Despite the high prevalence of the disorder, only 10% of people in fact receive pharmacotherapy and psychotherapy from qualified professionals. Indeed, there are several barriers to accessing treatment including fear of stigmatization and negative judgment or the expectation that others may find their behavior or physical symptoms embarrassing. The nature of the disorder is a major reason that prevents people from seeking professional advice.

Interventions based on new technologies have the advantage of being able to overcome several of these barriers. In fact, various tools have been identified that use information and telecommunication technologies to improve prevention, diagnosis and therapy activities.

In recent years, several studies have shown their efficacy on a variety of disorders including social anxiety disorder.

The purpose of this article is to provide a review of the resources currently available in the field of new technologies that can be used in the field of mental health and in particular in social anxiety disorder.

Key words: social anxiety disorder, on-line therapy, treatment seeking, virtual reality.

Che cos'è il disturbo d'ansia sociale

Il disturbo d'ansia sociale (DAS) è uno dei disturbi psicologici più comuni e disabilitanti e presenta un tasso di prevalenza stimato intorno al 12,1% (Kessler *et al.*, 2005). La prevalenza a 12 mesi del DAS è del 7% negli Stati Uniti e del 2,3% in Europa e la sua età media di insorgenza è di 13 anni. Nel DSM-IV-TR (APA, 2000), il DAS era distinto in sottotipi specifico o generalizzato, ma questa differenziazione è stata abbandonata nel DSM-5, che ha introdotto lo specificatore di ansia correlata alle prestazioni (APA, 2013).

Studi recenti (Hofmann, Boettcher e Wu, 2015) hanno suggerito che il DAS derivi da una combinazione di diversi fattori: biologici, genetici e caratteriali (come ereditarietà, inibizione comportamentale e sensibilità all'ansia), cognitivi (come un'eccessiva concentrazione su se stessi e sui pregiudizi cognitivi) e ambientali (ad esempio, stile genitoriale ed esperienze di vita precoce). Il DAS coinvolge sintomi fisiologici, cognitivi e comportamentali. A causa degli alti livelli di stress percepito nelle interazioni sociali e del conseguente evitamento, ha un forte impatto sul benessere di un individuo, influenzando il suo normale funzionamento nella vita quotidiana in più aree (Aderka *et al.*, 2012).

Inoltre, il DAS può essere associato ad alta autocritica (Cox, Fleet e Stein, 2004), altri disturbi d'ansia (Coehlo, Cooper e Murray, 2007), disturbo ossessivo-compulsivo (Assunção *et al.*, 2012), depressione (Kashdan e Roberts, 2011), disturbi alimentari (Levinson e Rodebaugh, 2012; Levinson *et al.*, 2013) e disturbi alcol-correlati (Brunello *et al.*, 2000; Kusher, Abrams e Borchardt, 2000). In generale il DAS presenta un'elevata comorbidità.

Il disturbo d'ansia sociale è caratterizzato dalla paura marcata e persistente di azioni e situazioni sociali in cui ci si trova di fronte a persone sconosciute o a un possibile esame da parte di altri (American Psychiatric Association, 2014).

La persona teme di agire in un modo umiliante o imbarazzante, l'esposizione ai sintomi temuti provoca sintomi fisici di ansia (ad es. palpitazioni, tremore, sudorazione, tensione muscolare, disturbi gastrointestinali e arrossamento) e sebbene la persona riconosca che la paura è eccessiva o irragionevole, è comunque spinta ad evitare le situazioni temute.

La diagnosi di DAS è appropriata quando l'evitamento, la paura o l'ansia anticipatoria interferisce in modo significativo con il funzionamento quotidiano o è causa di grave angoscia (American Psychiatric Association, 2014).

Esistono forme generalizzate e non generalizzate di DAS; nella forma generalizzata le paure sono legate sia alle performance in pubblico che alla maggior parte delle situazioni di interazione sociale, mentre nella forma non generalizzata le paure sono circoscritte a poche o talvolta anche ad una sola situazione.

Se non trattato il disturbo d'ansia sociale segue un decorso cronico. La terapia cognitivo-comportamentale (CBT), gli inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI) e gli inibitori della ricaptazione della serotonina-noradrenalina (SNRI) sono opzioni di trattamento di prima linea per il DAS. Anche se questi trattamenti sono utili, è stato segnalato che ben il 40-50% dei pazienti è resistente al trattamento o non risponde sufficientemente. Diversi fattori, come le variazioni del profilo sintomatologico e la comorbidità con i disturbi di personalità, possono essere alla base di questo insuccesso.

Disturbo d'ansia sociale e ricerca di trattamento

Il disturbo d'ansia sociale se non trattato, tende a cronicizzarsi provocando danni significativi nella vita di una persona nonché ingenti costi sociali (Alonso *et al.*, 2004; Ruscio *et al.*, 2008).

Nonostante l'elevata prevalenza del disturbo, esiste un divario tra accesso ai servizi e necessità di trattamento; solo il 10% delle persone con ansia

sociale infatti riceve farmacoterapia e psicoterapia da personale qualificato (Alonso *et al.*, 2018).

L'ansia sociale sembra rimanere tutt'oggi uno dei disturbi mentali meno trattati; esistono infatti diverse barriere per l'accesso al trattamento tra cui la paura della stigmatizzazione e del giudizio negativo e l'aspettativa che altri possano giudicare imbarazzante il proprio comportamento o i propri sintomi fisici. La natura stessa del disturbo è una delle ragioni principali che impedisce alle persone di chiedere una consulenza professionale.

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) ha dimostrato di essere altamente efficace nel trattamento del DAS ed è raccomandata come trattamento di prima linea di scelta nelle linee guida cliniche.

Sebbene esistano trattamenti efficaci, meno della metà dei malati cerca un trattamento (Issakidis e Andrews, 2002).

Una percentuale ancora minore (circa il 24%) riceve un trattamento minimamente adeguato (Issakidis e Andrews, 2002). L'accesso alle cure è ulteriormente ridotto tra gli individui nelle aree rurali, negli individui a basso reddito, nelle minoranze etniche e negli individui di età superiore ai 60 anni (Thomas *et al.*, 2007; Wang *et al.*, 2005).

Olfson *et al.* (2000) hanno mostrato che la paura di ciò che gli altri potrebbero fare, pensare o dire spesso inibisce la ricerca di un trattamento tra i pazienti con DAS.

Le caratteristiche psicopatologiche di paura del giudizio e della stigmatizzazione, che sono uniche per il DAS, interferiscono significativamente anche con la ricerca di cure mediche generali.

Secondo il National Comorbidity Survey Replication una parte nettamente prevalente di persone (il 75% delle quasi 10.000 persone intervistate) che soffrivano di disturbo d'ansia sociale o di disturbo d'ansia generalizzata, non aveva ricevuto cure nell'anno precedente allo studio (Wang *et al.*, 2005).

Una recente ricerca (Goetter *et al.*, 2018) ha indagato i motivi per cui le persone che soffrono di disturbo d'ansia generalizzato e disturbo d'ansia sociale non ricevono cure adeguate.

Sebbene la ricerca suggerisca che il motivo più comune segnalato dalle persone con DAS o GAD che non hanno ricevuto cure, sia la paura di ciò che gli altri direbbero o penserebbero, mostrando quanto sia potente lo stigma, esistono anche altri motivi comuni che includono la mancanza di risorse finanziarie e il non sapere dove ricercare cure. Inoltre appare evidente come le motivazioni più riconosciute dai pazienti con ansia sociale siano coerentemente legate all'imbarazzo, al timore del giudizio altrui e alla conseguente necessità di doversela cavare da soli per gestire i propri problemi.

Questi dati fanno pensare a come l'accesso diretto alla cura da parte dei pazienti con DAS possa essere complicato, rendendo ancora più evidente l'esigenza, per questa tipologia di pazienti, di una possibilità di accesso indiretto alle cure. In questo le nuove tecnologie di comunicazione potrebbero fungere da facilitatori circa l'accesso a risorse utili alla cura.

Gli interventi on-line possono aiutare?

Se le barriere fondamentali nella ricerca di un trattamento da parte dei soggetti che soffrono di disturbo d'ansia sociale sono da ricercarsi principalmente nella paura del giudizio, nell'ignoranza circa come fare e dove ricevere cure e nei problemi economici, gli interventi basati sulle nuove tecnologie di comunicazione, che recentemente si stanno facendo strada nel mondo della salute mentale, hanno il vantaggio di poter ovviare a diverse di queste barriere.

Nel campo della salute mentale sono stati identificati diversi strumenti e servizi digitali che utilizzano le tecnologie informatiche e di telecomunicazione per migliorare attività di prevenzione, diagnosi e terapie delle patologie.

Strumenti on-line per la salute mentale

Le nuove tecnologie di telecomunicazione pervadono la quotidianità e fanno parte della routine di vita della maggior parte delle persone.

Siamo di fronte ad una nuova generazione di Internet, dal Web 1.0 tipico degli anni '90, caratterizzato da siti statici e poco interattivi, siamo passati al web 2.0 in cui il rapporto delle persone con a rete passa dalla consultazione passiva alla possibilità di condividere contenuti.

Con web 2.0 si intende l'insieme di tutte le applicazioni on-line che permettono un alto livello di interazione sito-utente (blog, forum, chat, o piattaforme quali Facebook, Youtube, Twitter, ecc.).

Oggi chiunque può pubblicare e diffondere contenuti on-line, senza bisogno di possedere particolari conoscenze tecniche, è cambiata la modalità di comunicazione tra le persone così come la trasmissione delle conoscenze.

Inoltre non essendo più strettamente necessario il supporto del computer, data la fruibilità di diversi devices sempre a portata di mano (come ad esempio smartphone e tablet), i contenuti telematici sono diventate accessibili praticamente in ogni momento e in ogni luogo.

Le nuove tecnologie non solo diventano onnipresenti negli spazi in cui viviamo ma anche interagiscono con ogni campo della nostra esistenza: lavoro, studio, relazioni, hobby e chiaramente anche salute.

Per quanto riguarda la salute mentale è possibile osservare un numero crescente di strumenti quali siti web, video, applicazioni, forum dedicati.

In psicologia clinica l'*E-health* prevede interventi basati sulle tecnologie che facilitano l'educazione alla salute mentale, diffondono informazioni, offrono strategie di *assessment*, di auto-aiuto e trattamenti on-line.

L'*E-health* viene visto come un mezzo per rafforzare i sistemi sanitari e migliorare la possibilità di accesso alle cure.

Rispetto alla salute mentale sono state identificate distinte categorie di strumenti on-line: siti web, che includono sia risorse con informazioni statiche sia programmi interattivi che aiutano a monitorare i sintomi, forniscono guide *self-help* e terapie on-line; applicazioni mobili fruibili attraverso smartphone e tablet; interventi attraverso i *social media* come i forum, in cui gli utenti condividono esperienze e opinioni su determinate problematiche o i blog in cui le persone attraverso diari on-line postano la loro vita personale, infine negli ultimi anni anche la realtà virtuale e la realtà aumentata sono diventati strumenti utilizzabili all'interno delle terapie. In questo lavoro ci concentreremo su interventi tramite *social media*, sull'*Internet delivered cognitive therapy* e sull'utilizzo della realtà virtuale per le terapie di esposizione.

Interventi tramite *social media*

I *social media* comprendono piattaforme che promuovono interazione sul web, come ad esempio Facebook o Twitter, i forum di discussione e i blog.

I forum sono siti di discussione on-line che raccolgono messaggi pubblicati da vari utenti. Per poter inviare un messaggio è solitamente necessario iscriversi e creare un account; i moderatori, se presenti, monitorano i messaggi e rimuovono quelli ritenuti dannosi, fuorvianti oppure non pertinenti.

I blog sono pagine web personali e completamente personalizzabili usate per pubblicare opinioni, informazioni, immagini e collegamenti.

Tali strumenti possono migliorare l'efficacia dei trattamenti tradizionali: il web può essere, infatti, usato per contattare con più facilità i professionisti, per connettersi con altre persone con problematiche comuni, per ricercare informazioni e favorire il trasferimento delle conoscenze.

Interessante è l'utilizzo di tali strumenti come risorse di riflessione in concomitanza con la terapia; in questo caso essi costituiscono un'opportunità per condividere successi e difficoltà, per ricevere sostegno sociale e dimi-

nuire lo stigma influenzando in tal modo l'aderenza al trattamento (Farrand *et al.*, 2010).

A causa della popolarità generale di tali approcci, sono stati fatti numerosi tentativi al fine di sviluppare strumenti di *E-health* per i *social media* e applicazioni dedicate al sostegno psicologico e al supporto in terapia come le schede di registrazione dell'umore o le tracce di meditazione.

Purtroppo nonostante il crescente sviluppo di tali applicazioni e la diffusione che esse hanno raggiunto tra il pubblico, quasi nessuna ricerca è stata pubblicata per stabilirne l'efficacia (Procacci e Semerari, 2019).

Internet delivered cognitive therapy

Le terapie on-line consistono in trattamenti per problematiche specifiche forniti attraverso la rete, basati su programmi di auto-aiuto; possono o meno prevedere il contatto con un terapeuta (tramite telefono, email o chat), sono generalmente sviluppate a partire da manuali di trattamento o di auto-aiuto e presentano un'interfaccia on-line con funzionalità aggiuntive caratterizzate da interattività, come test, video e forum.

Gli interventi on-line sembrano offrire una serie di vantaggi rispetto alle forme tradizionali di trattamento quali la possibilità di un'accessibilità immediata, la standardizzazione di interventi di psico-educazione e di concetti terapeutici, la flessibilità temporale e l'accessibilità economica (Yuen *et al.*, 2012). Negli ultimi anni, diversi studi hanno dimostrato l'efficacia dei programmi *Internet based* su una varietà di disturbi, quali la depressione (Christensen, Griffiths e Jorm, 2004), il disturbo di panico (Carlbring *et al.*, 2005), il disturbo d'ansia sociale (Titov *et al.*, 2008; Carlbring, Andersson e Kaldo, 2011), l'abuso di alcool (Cunningham *et al.*, 2009).

L'uso di programmi di terapia cognitivo-comportamentale (iCBT) basati su Internet risulta un mezzo economico e veloce per aumentare la qualità del trattamento disponibile e raggiungere le popolazioni sotto-servite

Il trattamento basato su Internet offre molti vantaggi rispetto alla tradizionale modalità faccia a faccia, come alta fruibilità, maggiore accessibilità e costi ridotti per i pazienti (Andersson e Cuijpers, 2009).

Diversi studi hanno cercato di valutare l'efficacia dell'utilizzo di iCBT nei pazienti con ansia sociale (Andersson *et al.*, 2006; Berger *et al.*, 2009; Titov *et al.*, 2008; Andersson *et al.*, 2014).

Proprio per le caratteristiche caratterizzanti questo disturbo, i pazienti che ne soffrono sembrano mostrare una maggior difficoltà nella ricerca e nell'accesso alle cure e gli interventi on-line sembrano ovviare in parte a questo problema.

Elena Grassi, Nicola Marsigli

In una revisione di 21 studi (N = 1.801) di iCBT sia guidata che non guidata, sono stati riportati ampie effetti di miglioramento sulla sintomatologia e superiorità nei risultati rispetto alla lista di attesa (Boettcher *et al.*, 2013).

I risultati del trattamento sono stati mantenuti anche quando misurati da 3 mesi a 5 anni dopo il trattamento (Hedman *et al.*, 2011b).

Le ricerche suggeriscono che l'iCBT può produrre effetti comparabili alla CBT faccia a faccia (Andrews *et al.*, 2011; Hedman *et al.*, 2011a).

I dati ad oggi presenti supportano l'efficacia di iCBT per il disturbo d'ansia sociale nel ridurre i sintomi di ansia sociale, l'angoscia, gli evitamenti e i sintomi depressivi. (Andersson e Hedman, 2013; Hedman *et al.*, 2013; Hedman *et al.*, 2014; Mewton *et al.*, 2012; Newby *et al.*, 2014; Williams e Andrews, 2013).

Questi risultati completano le scoperte iniziali sulla trasferibilità degli effetti di iCBT da studi controllati e forniscono un supporto incoraggiante per l'integrazione di iCBT per l'ansia sociale nelle cure di routine.

Realtà virtuale e realtà aumentata

L'evitamento degli eventi e delle situazioni ansiogene è un fattore di mantenimento del disturbo d'ansia sociale per questo motivo una delle tecniche d'elezione del trattamento comportamentale della fobia sociale consiste nell'esposizione graduale, sia in immaginazione sia *in vivo* (Procacci, Popolo, Marsigli, 2011; Heimberg *et al.*, 1985; Ponniah e Hollon, 2008). L'esposizione consiste in una serie di tecniche che si basano sul principio dell'estinzione delle risposte di evitamento alle situazioni temute.

L'obiettivo è di far prendere coscienza al paziente della diminuzione d'ansia durante l'esercizio e della sua estinzione finale dopo la ripetizione dell'esercizio stesso. Infatti, l'esposizione, attiva processi di abitudine che consentono una progressiva diminuzione delle risposte fisiologiche (riduzione della frequenza del battito cardiaco, sudorazione, tachicardia ecc.), comportamentali e cognitive solitamente elicitate dalle situazioni problematiche (Marsigli, 2018).

Idealmente l'esposizione dovrebbe essere graduale, ripetuta e prolungata e questo non è sempre possibile o facilmente attuabile, soprattutto nei pazienti con ansia sociale.

Nonostante la loro comprovata efficacia, esistono alcune limitazioni da tenere in considerazione nelle tecniche di esposizione tradizionali, come ad esempio una limitata possibilità di controllo della situazione, la riluttanza

dei pazienti a esporsi in ambiente naturale, l'impossibilità di replicare determinate situazioni e di avere accesso a determinati stimoli.

Negli ultimi anni, le terapie di esposizione che utilizzano la realtà virtuale (VRET) sono diventate un'integrazione interessante all'esposizione *in vivo* e in immaginazione soprattutto nel trattamento dei disturbi d'ansia e delle fobie specifiche (Emmelkamp, Meyerbroeker e Morina, 2020).

La realtà virtuale (VR) è un'interfaccia uomo-computer che consiste in un ambiente multidimensionale generato dal computer e in una serie di periferiche d'interfaccia tecnologica che consentono agli utenti di immergersi e interagire con oggetti e altri abitanti dell'ambiente virtuale. Nella creazione dell'ambiente virtuale vengono coinvolti una serie di dispositivi hardware e software quali visori VR, joystick, guanti, piattaforme di vibrazione ecc. che interagiscono tra loro in modo da creare un realistico senso di "presenza" all'interno dell'ambiente, permettendo all'utilizzatore di immergersi completamente all'interno del mondo virtuale (Repetto e Riva, 2011).

Questo tipo di tecnologia offre diversi vantaggi in ambito clinico e per quanto riguarda la salute mentale può essere efficacemente utilizzata come passaggio di esposizione intermedio prima dell'uscita nel mondo reale (Emmelkamp, 2005).

La realtà virtuale offre la possibilità di avere un controllo sistematico degli stimoli, un'osservazione precisa dei comportamenti del paziente e consente di ripetere l'esposizione secondo necessità, personalizzando le situazioni.

Lo psicoterapeuta può realizzare l'*assessment* con il paziente, costruendo la gerarchia degli stimoli ansiosi all'interno degli scenari virtuali, per poi pianificare ed effettuare programmi di desensibilizzazione, esponendo il soggetto all'interno di ambienti virtuali protetti (Riva, 2007, 2008).

Lo svolgimento delle attività in ambienti virtuali permette al terapeuta di trattare nell'immediato il disputing sulle credenze disfunzionali, più accessibili e vivide durante l'esposizione piuttosto che in un colloquio classico. Nel caso dei disturbi fobici, il cui trattamento è basato sull'esposizione, l'utilizzo della realtà virtuale consente di fare esperienze altrimenti quasi impossibili, basti pensare alla fobia di volare, dei serpenti o degli insetti (Riva, 2011).

Per quanto riguarda i pazienti con DAS, l'esposizione *in vivo* richiede un grande sforzo temporale e non sempre è praticabile, si pensi ad esempio alla difficoltà di ricreare accuratamente situazioni interpersonali che provochino il livello appropriato di risposta alla paura nei pazienti (ad es. per condurre una terapia di esposizione per un paziente con paura di parlare in pubblico, bisognerebbe raccogliere un pubblico e regolare le reazioni).

Nel trattamento dell'ansia sociale, gli studi sull'esposizione in realtà virtuale si sono così focalizzati sulla paura di parlare in pubblico e gli ambienti virtuali utilizzati potevano essere costituiti da un pubblico posi-

tivo, neutro oppure negativo, davanti al quale l'utente doveva fare un discorso.

Studi recenti sull'efficacia dell'esposizione in VR hanno evidenziato che il sottoporsi all'esposizione in ambiente virtuale era associato a miglioramenti significativi rispetto ai gruppi di controllo (Pertaub *et al.*, 2002; Robillard *et al.*, 2010). In una recente meta analisi (Horigome *et al.*, 2020), gli autori hanno trovato come la VR sia un trattamento efficace se comparato alla esposizione *in vivo* sebbene presenti una minor efficacia nelle valutazioni ai *follow-up*. Altri studi hanno invece concentrato la loro attenzione sull'alleanza di lavoro individuando risultati non-lineari (Emmelkamp *et al.*, 2020)

Oltre che nel trattamento dell'ansia sociale l'utilizzo della realtà virtuale si è dimostrato efficace anche per altre tipologie di disturbo.

Per il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo l'applicazione della realtà virtuale si basa su un'esposizione vicaria agli stimoli ansiogeni (spesso legati alle contaminazioni) con prevenzione del rituale compulsivo. Inoltre in ambito di disturbi alimentari, la realtà virtuale è considerata un possibile strumento per la modifica di un'immagine corporea negativa (Riva, 2011). Tramite gli ambienti virtuali è possibile, infatti, porre a confronto due immagini corporee: quella reale, ottenuta dalla misurazione oggettiva del corpo del paziente, e quella che il soggetto percepisce, derivante cioè da come il paziente si vede.

Una soluzione ancora più innovativa rispetto alla realtà virtuale è rappresentata dalla realtà aumentata (AR). Tale tecnica consente di sovrapporre livelli informativi alla realtà circostante tramite l'uso di testi, video, foto o suoni attraverso adeguati strumenti digitali. Differisce dalla realtà virtuale per il fatto che l'esperienza si svolge in una combinazione tra ambiente fisico e virtuale. La AR, infatti, consente di accedere e utilizzare informazioni integrative, direttamente nel contesto reale, sovrapponendo livelli di informazione digitale allo spazio fisico. Le prime applicazioni utilizzabili su smartphone si limitavano a integrare l'immagine della fotocamera con delle informazioni.

Nel campo della salute mentale la AR è stata utilizzata nella cura delle fobie specifiche da un team di psicologi spagnoli dell'Università di Jaumea (Riva *et al.*, 2016). Tramite un casco munito di una telecamera e di un monitor, all'ambiente reale veniva aggiunta l'immagine di scarafaggi digitali, le cui dimensioni e quantità potevano essere modificate a piacimento da chi controllava l'esperimento.

La AR offre dunque notevoli potenziale per aiutare l'esposizione *in vivo* modulando l'esperienza del paziente anche in pazienti con disturbo da stress post-traumatico associato a paura ed evitamento di luoghi pubblici affollati.

Programmi di AR potrebbero essere utilizzati per incrementare gradualmente la misura in cui gli spazi disponibili vengono occupati dalle persone, inoltre sarebbe possibile aggiungere anche caratteristiche specifiche, come individui che indossando abiti tradizionali mediorientali o con caratteristiche che comunque consentirebbero ai pazienti di avvicinarsi il più possibile ad una rappresentazione specifica rispetto alle loro fobie e traumi (Botella *et al.*, 2010).

Così come per la realtà virtuale anche con la realtà aumentata è possibile infatti creare esposizioni che in ambiente naturale non sarebbero possibili.

Discussione

Una vasta parte della popolazione nei paesi in via di sviluppo non ha accesso a cure per la salute mentale (Nazioni Unite, 2020), mentre nei paesi sviluppati una larga parte della popolazione non è in grado di accedere a trattamenti *evidence-based* per la salute mentale (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2019). I pazienti con disturbo d'ansia sociale sembrano scontare un ulteriore problema connesso, come già descritto, al disturbo stesso e alle contingenze sintomatologiche, rendendo molto complicato per questi pazienti l'accesso alla terapia.

Appare sempre più imperativo per la psicoterapia trovare una soluzione per questo problema, non sottovalutando gli elevati costi sociali dell'ansia sociale (Dams *et al.*, 2017; Stuhldreher *et al.*, 2014).

Sarebbe davvero importante se lo sviluppo tecnologico potesse permettere un accesso diretto e a costi contenuti per i pazienti con disturbo d'ansia sociale ad un primo livello di terapia, quella on-line.

Si potrebbero ipotizzare diversi scenari in funzione del diverso livello di gravità del paziente con ansia sociale.

Come già descritto un elevato numero di persone che soffrono di ansia sociale mostra difficoltà nell'accesso alle cure. Per facilitare tale processo sarebbe auspicabile rendere facilmente accessibili e conosciuti i trattamenti on-line, quali l'iCBT, che dovrebbero però prevedere una maggior presenza e disponibilità di un terapeuta così da abituare gradualmente il paziente all'interazione sociale. Questo potrebbe favorire un più facile passaggio dove necessario alla terapia *vis à vis*.

Quando invece si ha a che fare con pazienti la cui ansia sociale è così grave da sconfinare nel ritiro sociale l'uso delle nuove tecnologie diventa quasi imprescindibile. Nei casi di ritiro sociale o di ansia sociale severa, la presa in carico è un lavoro decisamente complesso e delicato. Nella stragrande maggioranza dei casi non sono i pazienti a richiedere aiuto e a recarsi

dallo psicologo, ma i familiari che, dopo svariati tentativi di forzare la persona a interrompere l'isolamento e a rientrare nel mondo sociale, si rivolgono ai professionisti. E anche nel caso in cui sia il paziente stesso a contattare lo specialista, i primi contatti e l'aggancio sono passaggi estremamente delicati. Infatti raramente questo tipo di pazienti è disposto a incontrare personalmente il terapeuta e tanto meno ad uscire dal proprio "rifugio.

Stabilire un contatto via e-mail o Skype o sms, può essere un primo passo; utilizzare le nuove tecnologie di comunicazione può essere una soluzione momentanea per ridurre gradualmente l'ansia del primo incontro. (Procacci e Semerari, 2019). La speranza è che questa prima tipologia di accesso possa aiutare questi pazienti a entrare in comunicazione con un professionista, ridurre il livello sintomatologico e familiarizzare con alcune delle tecniche tipiche della terapia cognitivo-comportamentale. Sarebbe altresì auspicabile che dopo un miglioramento sintomatologico tali pazienti sentissero possibile contattare direttamente un terapeuta e accedere ad una terapia tradizionale.

Conclusioni

La psicoterapia rimane tradizionalmente legata all'incontro fisico tra paziente e terapeuta, alla definizione di un *setting* nel quale avviene l'incontro. In effetti la psicoterapia, fin dai tempi del suo inizio con la psicoanalisi freudiana, è sempre stata effettuata dando per scontato che i partecipanti alla terapia stessa, si incontrassero fisicamente in uno spazio comune, solitamente lo studio del terapeuta. Questa condizione è sempre stata universalmente accettata da tutti i tipi di approccio psicoterapeutico, pur presentando differenze nella gestione del *setting* stesso.

Questa caratteristica tipica e per certi versi fondante della pratica psicoterapica sembra aver resistito ai cambiamenti tecnologici che, come descritto precedentemente, possono offrire differenti possibilità nella gestione del rapporto terapeuta paziente. Appare plausibile che tale resistenza sia anche da attribuire al fatto che gli psicoterapeuti, data l'età media, non siano nativi digitali e quindi ancora legati ad un certo modello clinico e culturale, nel quale la tecnologia non ha molto spazio. Ovviamente viene altrettanto facile supporre che la prossima generazione di terapeuti sarà del tutto nativa digitale e dunque assolutamente usa a comunicare attraverso gli strumenti che Internet propone.

D'altronde una possibile anticipazione di uno scenario futuro, ci è offerto dalla necessità imposta dalla pandemia di Covid-19 di usare programmi di video comunicazione per continuare le terapie in essere o cominciarne di

nuove. Pur essendo indubbiamente uno strumento che offre determinati vantaggi (per esempio, la riduzione dei tempi per accedere alla terapia non dovendosi recare il paziente presso lo studio del terapeuta), appare evidente che l'uso di tali software sia più frutto di una necessità che non di una possibilità o di una scelta.

In ogni caso, appare evidente che le prossime generazioni di psicoterapeuti, proprio perché nativi digitali, saranno sempre più a loro agio con tali strumenti esattamente come lo saranno le prossime generazioni di pazienti. Questo aprirà sicuramente ad un'evoluzione del modello della psicoterapia per come la conosciamo oggi ed è immaginabile che tale evoluzione sarà richiesta sia dai terapeuti che dai pazienti. È infatti pensabile che lo sviluppo di Internet, della velocità di connessione, dei device e dei software permetterà scenari diversi nel *setting* terapeutico. Forse in futuro assisteremo a sedute di psicoterapia anche attraverso la cosiddetta "*Social Virtual Reality*", grazie alle quale terapeuta e paziente, usando la realtà virtuale, si possono incontrare virtualmente in uno "studio digitale" interagendo attraverso i loro avatar: Ci muoveremo così in uno spazio virtuale, nel quale, grazie all'uso di visori per la RV, potremo effettivamente incontrare il paziente che vedremo nella sua interezza grazie alla creazione del proprio avatar, con il quale interagiranno.

Come già evidenziato, i vantaggi maggiori sono soprattutto in termini di accessibilità e fruibilità della psicoterapia, mentre lo svantaggio maggiore sembra essere a discapito del contatto interpersonale diretto e quindi di una maggiore difficoltà ad interagire con il paziente e forse a trasmettere calore ed empatia, oltre che a poter intervenire con alcune tecniche psicoterapiche, come ad esempio un intervento EMDR. Ma forse questo è un disagio che non sarà ritenuto tale dalla futura generazione, la cui abitudine alla digitalizzazione dei rapporti interpersonali renderà usuale anche una psicoterapia via Internet.

Un altro aspetto da considerare circa la terapia on-line è sicuramente relativo alla relazione terapeutica e all'alleanza di lavoro. Questi due fenomeni sono ovviamente centrali nel lavoro clinico e sono oggetto di indagine e studio fin dagli albori della psicoterapia. Vi è ormai unanime consenso sul fatto che entrambi siano elementi centrali e necessari per la buona riuscita della psicoterapia stessa. Occorre, comunque, domandarsi se l'uso di strumenti di videochiamata può alterare la percezione e l'efficacia di tali fenomeni. A nostra conoscenza, sono presenti alcuni studi che hanno cercato di investigare questo aspetto. In una *review* su 24 studi, Simpson e Reid (2014) trovano che non vi sia una differenza sostanziale tra terapie con l'uso di strumenti di video chiamata e *setting vis à vis*; ugualmente in un altro studio (Reese *et al.*, 2016), nel quale sono stati comparati psicoterapia *vis à vis*, per

telefono e in videochiamata, non si sono evidenziate differenze nella percezione della relazione terapeutica. In effetti, appare molto fondata la convinzione che la relazione terapeutica non sia danneggiata nella psicoterapia on-line e che anzi, quest'ultima possa diventare uno strumento stabile e non soltanto prodotto dalle necessità attuali.

BIBLIOGRAFIA

- Aderka M.A., Haker A., Marom S., Hermesh H. (2012). Information-Seeking Bias in Social Anxiety Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1). DOI: 10.1037/a0029555
- Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S., Bryson H., De Girolamo G., De Graaf R., Demyttenaere K., Gasquet D., Haro J.M., Katz S.J., Kessler R.C., Kovess Y., Lépine J.P., Ormel J., Polidori G., Russo L.J., Vilagut G., Vollebergh W.A.M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement, 109(420): 21-27. DOI: 10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x
- Alonso J., Vilagut G., Adroher N.D., Chatterji S., He Y., Andrade L.H., Kessler R.C. (2018). Disability mediates the impact of common conditions on perceived health. *PLoS One*, 8(6): e65858. DOI: 10.1371/journal.pone.0065858
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.* Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.* Washington, DC: Author.
- Andersson G., Carlbring P., Holmstrom A., Sparthar E., Furmark T., Nilsson-Ihrfelt E., Ekselius L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74: 677-686. DOI: 10.1037/0022-006X.74.4.677
- Andersson G., Carlbring P., Furmark T. (2014). *Internet-delivered treatments for social anxiety disorder*. In: Weeks J. (ed.), *The Wiley Blackwell Handbook of Social Anxiety Disorder*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Inc. DOI: 10.1002/9781118653920.ch26
- Andersson G., Carlbring P., Holmström A., Sparthar E., Furmark T., Nilsson-Ihrfelt E. et al. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74: 677-686. DOI: 10.1037/0022-006X.74.4.677
- Andersson G., Carlbring P., Ljotsson A., Hedman C. (2013). Guided Internet-Based CBT for Common Mental Disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(4). DOI: 10.1007/s10879-013-9237-9
- Andersson G., Cuijpers P. (2009). Internet-based and other computerized psycho-

- logical treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38: 196-205. DOI: 10.1080/16506070903318960
- Andersson G., Estling F., Jakobsson E., Cuijpers P., Carlbring P. (2011a). Can the patient decide which modules to endorse? An open trial of tailored Internet treatment of anxiety disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40: 57-64. DOI: 10.1007/s10879-013-9237-9
- Andersson G., Hedman E. (2013). Effectiveness of guided Internet-delivered cognitive behaviour therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie*, 23: 140-148. DOI: 10.1159/000354779
- Andersson G., Hesser H., Hummerdal D., Bergman-Nordgren L., Carlbring P. (2013a). A 3.5-year follow-up of Internet-delivered cognitive behaviour therapy for major depression. *Journal of Mental Health*, 22: 155-164. DOI: org/10.1007/978-3-319-06083-5_2
- Berger T., Hohl E., Caspar F. (2009). Internet-based treatment for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65: 1021-1035. DOI: 10.1002/jclp.20603
- Boettcher J., Carlbring P., Renneberg B., Berger T. (2013). Internet-based interventions for social anxiety disorder – an overview. *Verhaltenstherapie*, 23: 160-168. DOI: 10.1159/000354747
- Botella C., Breton-Lopez J., Quero S., Banos R., Garcia-Palacios A. (2010). Treating cockroach phobia with augmented reality. *Behavioural Therapy*, 41(3): 401-13. DOI: 10.1016/j.beth.2009.07.002
- Botella C., Perez-Ara M.A., Breton-Lopez J., Quero S., Garcia-Palacios A., Banos R.M. (2013). In vivo versus augmented reality exposure in the treatment of small animal phobia: a randomized controlled trial. *PLoS One*, 11(2). DOI: 10.1371/journal.pone.0148237
- Carlbring P., Andersson G., Kaldov V., Hesser H., Gustafsson T., Lundén C., Henriksson O., Fattahi K., Johnsson E., Westin V. Z., Mäki-Torkko E. (2012). A randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy in the treatment of tinnitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4): 649-661. DOI: 10.1037/a0027021
- Carlbring P., Nilsson-Ihrfelt E., Waara J., Kollenstam C., Buhrman M., Kaldov V., Soderberg M., Ekselius L., Andersson G. (2005). Treatment of panic disorder: Live therapy vs. self-help via Internet. *Behaviour Research and Therapy*, 43: 1321-1333. DOI: 10.1016/j.brat.2004.10.002
- Coelho H.F., Cooper P.J., Murray L. (2007). A family study of co-morbidity between generalized social phobia and generalized anxiety disorder in a non-clinic sample. *Journal of Affective Disorder*, 100(1-3): 103-113. DOI: 10.1016/j.jad.2006.10.001
- Cox B.J., Fleet C., Stein M.B. (2004). Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorder*, 15, 82(2): 227-34. DOI: 10.1016/j.jad.2003.12.012
- Cuijpers P., Donkers T., van Straten A., Li J., Andersson G. (2010). Is guided self-

- help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40(12): 1943-57. DOI: 10.1017/S0033291710000772
- Cunningham A.E., Zibulsky J., Callahan M. (2009). Starting small: Building pre-school teacher knowledge that supports early literacy development. *Reading and Writing*, 22: 487-510. DOI: 10.1007/s11145-009-9164-z
- Dams J., König H.H., Bleibler F., Hoyer J., Wiltink J., Beutel M.E., Salzer S., Hertz S., Willutzki U., Strauß B., Leibing E., Leichsenring F., Konnopka A. (2017). Excess costs of social anxiety disorder in Germany. *Journal of Affective Disorder*, 15: 213:23-29. DOI: 10.1016/j.jad.2017.01.041
- Emmelkamp P.M. (2005). Technological innovations in clinical assessment and psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 74: 336-43. DOI: 10.1159/000087780
- Emmelkamp P., Meyerbröker K., Morina N. (2020). Virtual Reality Therapy in Social Anxiety Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 22. DOI: 10.1007/s11920-020-01156-1
- Farrand P., Bennet-Levy J., Richards D.A. (2010). *Low intensity CBT interventions: a revolution in mental health care*. In Bennett-Levy J., Richards D.A., Farrand P., Christensen H., Griffiths K.M., Kavanagh D.J., Klein B., Lau M.A., Proudfoot J., Ritterband L., White J., Williams C. (eds.), *Oxford guides in cognitive behavioural therapy. Oxford guide to low intensity CBT interventions*. Oxford: Oxford University Press, pp. 3-18. DOI: 10.1093/med:psych/9780199590117.003.0001
- Goetter E., Frumkin M., Palitz S., Swee M., Baker A., Bui E., Simon N. (2018). Barriers to Mental Health Treatment Among Individuals With Social Anxiety Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *Psychological Services*, 17. DOI: 10.1037/ser0000254
- Griffiths K., Christensen H., Jorm A. (2004). Predictors of Depression Stigma. *BMC Psychiatry*, 8: 25. DOI: 10.1186/1471-244X-8-25
- Hedman E., Andersson G., Ljotsson B., Andersson E., Ruck C., Asmundson G. J.G. et al. (2011a). Internet-based cognitive behavioural therapy for severe health anxiety: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 198: 230-236. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.086843
- Hedman E., Andersson E., Ljotsson B., Andersson G., Ruck C., Lindefors N. (2011b). Cost-effectiveness of Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49: 729-736. DOI: 10.1016/j.brat.2011.07.009
- Hedman E., Andersson E., Lindefors N., Andersson G., Ruck C., Ljotsson B. (2014). Cost-effectiveness and long-term effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety. *Psychological Medicine*, 43: 363-374. DOI: 10.1017/S0033291712001079
- Hedman E., Ljotsson B., Ruck C., Bergstrom J., Andersson G., Kaldo V., Jansson E., Andersson E., Andersson E., Blom K., El Alaoui S., Falk L., Ivarsson J.,

- Nasti B., Rydh S., Lindefors N. (2013). Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(6): 457-67. DOI: 10.1111/acps.12079
- Heimberg R.G., Becker R.E., Goldfinger K., Vermilyea J.A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring and homework assignments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(4): 236-245. DOI: 10.1097/00005053-198504000-00006
- Hofmann S.G., Wu J.Q., Boettcher H. (2015). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 82(6): 1228. DOI: 10.1037/a0035491
- Issakidis C., Andrews G. (2002). Service utilisation for anxiety in an Australian community sample. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 37: 153-163. DOI: 10.1007/s001270200009
- Kashdan T.B., Roberts J.E. (2011). Comorbid social anxiety disorder in clients with depressive disorders: predicting changes in depressive symptoms, therapeutic relationships, and focus of attention in group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 49(12): 875-84. DOI: 10.1016/j.brat.2011.10.002
- Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R.W.E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62: 593-602. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kushner M.G., Abrams K., Borchardt C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20(2): 149-71. DOI: 10.1016/s0272-7358(99)00027-6. PMID: 10721495
- Levinson C., Rodebaugh T. (2012). Social anxiety and eating disorder comorbidity: The role of negative social evaluation fears. *Eating Behaviors*, 13: 27-35. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2011.11.006
- Levinson C.A., Rodebaugh T.L., White E.K., Menatti A.R., Weeks J.W., Iacovino J.M., Warren C.S. (2013). Social appearance anxiety, perfectionism, and fear of negative evaluation: distinct or shared risk factors for social anxiety and eating disorders? *Appetite*, 67: 125-133. DOI: 10.1016/j.appet
- Marsigli N. (a cura di) (2018). *Stop all'ansia sociale. Strategie per affrontare e gestire la timidezza*. Trento: Erickson.
- Mewton L., Wong N., Andrews G. (2012). The effectiveness of Internet cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder in clinical practice. *Depress Anxiety*, 29(10): 843-9. DOI: 10.1002/da.21995
- Newby J.M., Mewton L., Williams A.D., Andrews G. (2014). Effectiveness of transdiagnostic Internet cognitive behavioural treatment for mixed anxiety and depression in primary care. *Journal of Affective Disorder*, 165: 45-52. DOI: 10.1016/j.jad.2014.04.037
- Olfson M., Guardino M., Struening E., Schneier F.R., Hellman F., Klein D.F. (2000). Barriers to the treatment of social anxiety. *Am. J. Psychiatry*, 157(4): 521-7. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.4.521

- Organizzazione Mondiale della Sanità (2019). *The WHO special initiative for mental health (2019-2023): Universal health coverage for mental health*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>
- Pertaub D.P., Slater M., Barker C. (2002). An Experiment on Public Speaking Anxiety in Response to Three Different Types of Virtual Audience. *Presence*, 11: 68-78. DOI: 10.1162/105474602317343668
- Ponniah K., Hollon S.D. (2008). Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: A qualitative review of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 38(1): 3-14. DOI: 10.1017/S0033291707000918
- Procacci M., Popolo R., Marsigli N. (a cura di) (2011). *Ansia e ritiro sociale. Valutazione e trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Procacci M., Semerari A. (a cura di) (2019). *Ritiro sociale. Psicologia e clinica*. Trento: Erickson.
- Reese R.J., Mecham M.R., Vasilj I., Lengerich A.J., Brown H.M., Simpson N.B., Newsome B.D. (2016). The effects of telepsychology format on empathic accuracy and the therapeutic alliance: An analogue counselling session. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(4): 256-265. DOI: 10.1002/capr.12092
- Repetto C., Riva G. (2011). From virtual reality to interreality in the treatment of anxiety disorders. *Neuropsychiatry*, 1: 31-43. DOI: 10.2217/npv.11.5
- Riva G. (2009) Virtual reality: an experiential tool for clinical psychology. *British Journal of Guidance and Counselling*, 37(3): 337-345.
- Riva G. (2011). Virtual reality: An experiential tool for clinical psychology. *British Journal of Guidance and Counselling*, 37(3): 337-345. DOI: 10.1080/03069880902957056
- Robillard G., Bouchard S., Dumoulin S., Guitard T., Klinger E. (2010). Using virtual humans to alleviate social anxiety: Preliminary report from a comparative outcome study. *Studies in Health Technology and Informatics*, 154: 57-60. DOI: 10.3233/978-1-60750-561-7-57
- Ruscio A.M., Brown T.A., Chiu W.T., Sareen J., Stein M.B., Kessler R.C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38: 15-28. DOI: 10.1017/S0033291707001699
- Simpson S., Reid C. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6): 280-299. DOI: 10.1111/ajr.12149
- Spek V., Cuijpers P., Nyklíček I., Riper H., Keyzer J., Pop V. (2007). Internet-based cognitive behavior therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37: 319-28. DOI: 10.1017/S0033291706008944
- Stuhldreher N., Leibing E., Leichsenring F., Beutel M.E., Herpertz S., Hoyer J., Konnopka A., Salzer S., Strauss B., Wiltink J., König H.H. (2014). The costs of social anxiety disorder: the role of symptom severity and comorbidities. *Journal of Affective Disorder*, 165: 87-94. DOI: 10.1016/j.jad.2014.04.039. Epub 2014 Apr 24. PMID: 24882183
- Thomas K., Ellis A., Konrad T., Holzer C., Morrissey J. (2009). County-level esti-

- mates of mental health professional short age in the United States. *Psychiatric Services*, 60(10): 1323-1328. DOI: 10.1176/ps.2009.60.10.1323
- Titov N., Andrews G., Schwencke G., Drobny J., Einstein D. (2008). Shyness 1: distance treatment of social phobia over the Internet. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 42: 585-594. DOI: 10.1080/00048670802119762
- United Nations (2020). *Policy Brief: Covid-19 and the Need for Action on Mental Health*. Retrieved from https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf
- Wang P.S., Berglund P., Olfson M., Pincus H.A., Wells K.B., Kessler R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62: 603-613. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.603
- Williams A.D., Andrews G. (2013). The effectiveness of Internet Cognitive Behavioural Therapy (iCBT) for depression in primary care: a quality assurance study. *PLoS ONE*, 8: e57447. DOI: 10.1371/journal.pone.0057447
- Yuen E.K., Goetter E.M., Herbert J.D., Forman E.M. (2012). Challenges and opportunities in Internet-mediated telemental health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(1): 1-8. DOI: 10.1037/a0025524