



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia, e Psicologia Applicata - FISPPA

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche Sociali e del
Lavoro**

Elaborato finale

**“ANSIA SOCIALE E COMPROMISSIONI SULLA VITA
LAVORATIVA”**

“Social anxiety and work life difficulties”

**Relatore
Prof. Cutini Simone**

**Laureanda: Tihonov Alina
Matricola: 2056948**

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1. ANSIA E DISTURBO D'ANSIA SOCIALE	7
1.1 ANSIA	7
1.2 LE TEORIE DELL'ANSIA	9
1.3 DSM V: I DISTURBI D'ANSIA	12
1.4 SAD	15
CAPITOLO 2. COMPROMISSIONI FUNZIONALI DEL SAD	18
2.1 STRUMENTO DI VALUTAZIONE: LA SCALA DI LIEBOWITZ	18
2.2 SOTTOTIPI DI SAD	21
2.3 COMPROMISSIONI TRA GLI INDIVIDUI CON GSAD E NSAD	22
2.4 SAD NEL LAVORO	24
<i>2.4.1 Impatto del SAD sulla qualità della vita e sulla prestazione lavorativa</i>	<i>24</i>
<i>2.4.2 Dati economici e opportunità lavorative</i>	<i>25</i>
<i>2.4.3 Stabilità occupazionale</i>	<i>25</i>
<i>2.4.4 Work Withdrawal e coinvolgimento ridotto</i>	<i>26</i>
CAPITOLO 3. POSSIBILI TERAPIE	27
3.1 FARMACOTERAPIA	27
3.2 CBT: TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE	29
<i>3.2.1 Ristrutturazione Cognitiva</i>	<i>30</i>
<i>3.2.2 Allenamento delle Abilità Sociali (SST)</i>	<i>31</i>
<i>3.2.3 Terapia dell'Esposizione in Realtà Virtuale (VRET)</i>	<i>32</i>
CONCLUSIONI	33
BIBLIOGRAFIA	35

INTRODUZIONE

Il disturbo d'ansia sociale (Social Anxiety Disorder, SAD) rappresenta una delle condizioni psicologiche più diffuse e impattanti del nostro tempo. Questa patologia si manifesta con un'intensa paura di essere giudicati negativamente o di vivere situazioni sociali imbarazzanti, portando a un marcato evitamento e a compromissioni significative nella qualità della vita delle persone che ne soffrono. In un contesto moderno caratterizzato da crescenti aspettative sociali e lavorative, il SAD sta emergendo come una sfida importante sia in termini di salute mentale che di sostenibilità economica e sociale. Esso non solo limita le interazioni quotidiane e professionali degli individui, ma impatta anche sulla loro produttività, reddito e relazioni sociali, evidenziando l'urgenza di una maggiore consapevolezza e di strategie terapeutiche mirate.

Il presente lavoro di tesi si propone di analizzare il fenomeno del SAD attraverso un approccio compilativo, esplorando le sue caratteristiche, i suoi effetti e le possibili terapie. La trattazione è suddivisa in tre capitoli principali. Nel primo capitolo, vengono delineate le basi teoriche del disturbo, con un'attenzione particolare alla sua definizione, alle principali teorie che ne spiegano l'insorgenza e ai criteri diagnostici riportati nel DSM-V. Il secondo capitolo approfondisce le compromissioni funzionali associate al SAD, con un focus specifico sull'impatto che esso genera nel contesto lavorativo, come l'assenteismo, le difficoltà nel mantenere un'occupazione stabile e le ripercussioni economiche. Infine, il terzo capitolo esamina le principali strategie terapeutiche utilizzate nel trattamento del disturbo, con particolare riferimento alla terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e ai più recenti sviluppi, come l'utilizzo della realtà virtuale.

CAPITOLO 1

ANSIA E DISTURBO D'ANSIA SOCIALE

1.1 ANSIA

Il concetto di ansia affonda le sue radici in termini antichi di origine greca e latina, che evocano sensazioni di tensione e oppressione. Nella lingua inglese moderna, il termine ha acquisito significati distinti che spaziano dall'agitazione emotiva e uno stato di inquietudine, fino a un desiderio intenso di raggiungere un obiettivo o alla preoccupazione per eventi futuri (Jackson & Everts, 2010).

A discapito della centralità che questo fenomeno ricopre attualmente, in passato il concetto di ansia non ha ricevuto particolare attenzione. Rischio, paura e fiducia erano costrutti che ricorrevano maggiormente nelle ricerche degli studiosi, si osserva, inoltre, che ci fu poca discussione riguardo tale argomento anche tra i padri fondatori delle teorie sociali: Marx scrisse dell'alienazione ("Manoscritti economico-filosofici", 1844) e, Durkheim dell'anomia ("La divisione del lavoro sociale", 1893) e Weber del disincanto ("La scienza come professione", 1919). Fu solo con l'ascesa della psicanalisi Freudiana che si iniziò a considerare l'ansia come fenomeno psicosociale ("L'io, l'Es e altri scritti" nel 1917 e "L'io e l'Es. Inibizione, sintomo e Angoscia" nel 1926): Freud la definiva un fatto normale della vita quotidiana, piuttosto che una particolare afflizione individuale (Jackson, Everts 2010).

Ad oggi la definizione di ansia varia notevolmente nella letteratura scientifica (Perrotta, 2019), ma attraverso l'individuazione di caratteristiche distintive e facilmente riconoscibili, L'American Psychological Association (APA) la descrive come "un'emozione caratterizzata da apprensione e sintomi somatici di tensione in cui un individuo anticipa un pericolo imminente, una catastrofe o una sfortuna".

Viene definito come il fenomeno psicologico più pervasivo dei nostri tempi, oppure ancora, come l'emozione dominante della nostra epoca. Le manifestazioni legate all'ansia sono ormai onnipresenti e si riflettono nella letteratura, nelle arti, nella scienza e nella religione, così come in molti altri aspetti della nostra cultura. Essa comincia durante l'infanzia con la paura dell'ignoto e delle esperienze ancora sconosciute, attraversa poi nell'arco della vita innumerevoli eventi, e si conclude con la paura dell'ultimo ignoto, che è la morte (Levitt, 1980). La paura è un sentimento che viene comunemente associato al concetto di ansia, ed è un'emozione estremamente funzionale per la sopravvivenza dell'essere umano: grazie ad essa, fin dall'antichità, l'uomo è capace di innescare un meccanismo di reazione utile nelle situazioni di pericolo e minaccia. In modo analogo, l'ansia, se presente a livelli moderati, può essere adattiva, motivante e può aiutare a migliorare le prestazioni e l'attenzione (Levitt, 1980). Questa condizione diventa patologica quando la sua intensità e persistenza risultano eccessive rispetto al rischio reale, quando si manifesta in situazioni e contesti noti per essere sicuri, o in assenza di minacce evidenti. Il modo in cui si manifesta l'ansia patologica è vario: pensieri e sensazioni angoscienti, sintomi fisici come quelli cardiovascolari (tachicardia, palpitazioni e svenimento), respiratori (affanno e sensazione di soffocamento), gastrointestinali (nausea), neuromuscolari (tremore, tensione e debolezza), neurologici (vertigini), dermatologici (arrossamento o pallore del viso), insieme a comportamenti alterati quali agitazione e soprattutto evitamento (Perrotta, 2019). Si può dunque affermare che l'ansia è un'esperienza universale, e in quanto tale, fa parte della condizione umana (Noyes, Jr, Hoehn-Saric, 1998).

Data la complessità di questo fenomeno sono diverse le prospettive psicologiche che lo analizzano. Nonostante ciò la letteratura ci permette di classificarle in gruppi che

possiamo etichettare come teorie psicoanalitiche, dell'apprendimento/comportamentali, fisiologiche, fenomenologiche/esistenziali, cognitive e quelle che si basano sull'incertezza (concetto che accomuna tutte le teorie precedentemente elencate) (Strongman, 1995).

1.2 LE TEORIE DELL'ANSIA

Il paragrafo seguente si concentra sulla classificazione proposta da Strongman in “Le teorie dell'ansia” (1995), un contributo rilevante per comprendere meglio quali sono le varie prospettive che analizzano il costrutto di ansia.

1) TEORIE PSICOANALITICHE:

Questi assunti nascono con Freud e non hanno avuto un'evoluzione a seguire, tuttavia rimangono influenti soprattutto nei contesti clinici applicati. Freud articola il suo pensiero in due differenti teorie, rispettivamente del 1917 e 1926. Nella prima considera l'ansia come una trasformazione della libido per via delle repressioni di quest'ultima. Nella seconda formulazione inverte il nesso ansia-repressione: la minaccia di uno stimolo provoca ansia, che a sua volta, provoca nell'individuo uno stato di repressione volto alla difesa dell'individuo stesso da ciò che percepisce come pericoloso. Gli eventi rilevanti e capaci di scaturire uno stato d'ansia primario (ovvero dalla nascita) secondo questa prospettiva sono il trauma della nascita, la possibile perdita o il ritorno della madre, gli impulsi incontrollabili, o le minacce che potrebbero accadere in questo primo periodo di vita.

2) TEORIE DELL'APPRENDIMENTO/COMPORTAMENTALI:

I pionieri di questi paradigmi sono Pavlov e Watson che hanno sviluppato il concetto di condizionamento classico (nei primi anni del XX secolo). Secondo questa prospettiva, l'ansia viene appresa tramite un meccanismo di mediazione che deriva da esperienze di punizione o stimoli nocivi. Il principio di base è che un organismo impara ad evitare stimoli dolorosi attraverso l'associazione ripetuta di uno stimolo condizionato con uno stimolo incondizionato. In questo processo, l'organismo sviluppa una risposta condizionata che, in tale contesto, si manifesta come paura o ansia, queste ultime vengono quindi considerate come pulsioni secondarie acquisite attraverso il condizionamento.

3) TEORIE FISIOLOGICHE:

Sono basate sull'idea che specifiche parti del sistema nervoso centrale siano coinvolte nella regolazione delle emozioni, in particolare nella risposta di paura e ansia. Un contributo importante viene da Panksepp (1982), che ha studiato le basi neurofisiologiche delle emozioni, e da Gray (1981), che ha proposto una teoria basata sul sistema di inibizione comportamentale, situato principalmente nel complesso settale-ippocampale. Secondo Gray, questo sistema sopprime i comportamenti potenzialmente pericolosi e attiva l'ansia come risposta alla percezione di una minaccia. Inoltre, questo meccanismo è responsabile dell'integrazione tra emozione e cognizione, suggerendo una stretta interconnessione tra i processi fisiologici e cognitivi nelle risposte ansiose.

4) TEORIE FENOMENOLOGICHE/ESISTENZIALI:

Queste teorie sono profondamente radicate nel pensiero di Kierkegaard (1844), il quale vede l'ansia come una condizione naturale e inevitabile dell'essere umano, legata alla libertà e alla necessità di fare scelte nella vita. Questa prospettiva sostiene che l'ansia è strettamente connessa con la consapevolezza delle possibilità future e delle decisioni che ne derivano. Crescere significa affrontare continuamente l'ansia generata da queste scelte. Fischer ha ampliato questa teoria, descrivendo l'ansia come legata alla minaccia percepita di perdere elementi cruciali per l'identità dell'individuo, come relazioni o traguardi personali. L'ansia, in questo senso, è una risposta all'instabilità percepita nel proprio mondo di riferimento.

5) TEORIE COGNITIVE:

Sono sviluppate principalmente da autori come Eysenck (1990) e Öhman (1993), pongono l'accento sul ruolo dei processi cognitivi nella generazione e nel mantenimento dell'ansia. Eysenck, ad esempio, ha elaborato una teoria in cui il sistema cognitivo è strettamente collegato alla fisiologia, con differenze nei livelli di ansia tra individui che dipendono dal modo in cui le informazioni vengono immagazzinate nella memoria a lungo termine. Questo approccio suggerisce che le persone con un alto livello di ansia tendono ad avere preoccupazioni più frequenti e schemi cognitivi più negativi, che facilitano la percezione di minacce anche in situazioni ambigue. Öhman, invece, ha proposto una teoria dell'ansia basata sull'elaborazione delle informazioni, secondo cui l'ansia è il risultato di un'interazione tra percezione inconscia della minaccia e sistemi cognitivi coscienti. In questa teoria, i sistemi di rilevazione delle caratteristiche analizzano costantemente l'ambiente alla ricerca di minacce potenziali, che attivano una

risposta ansiosa se interpretate come pericolose.

6) TEORIE SULL'INCERTEZZA:

Le teorie dell'incertezza sono centrali nella comprensione dell'ansia, poiché molti teorici concordano sul fatto che l'ansia derivi dalla difficoltà di prevedere il futuro e di sapere come affrontare le minacce. Izard (1977), Lazarus (1991) e Mandler (1984) sono tra i principali esponenti di questa visione. Izard sostiene che l'ansia sia collegata a una serie di altre emozioni e che la sua natura derivi dall'incertezza intrinseca del futuro. Lazarus distingue l'ansia dalla paura, sottolineando che la prima è caratterizzata da una minaccia incerta e ambigua, mentre la seconda ha un oggetto concreto e noto. Infine, Mandler ha sviluppato una teoria in cui l'ansia è legata all'interruzione di sequenze di azioni o aspettative, creando una sensazione di impotenza che porta ad ulteriore ansia. L'elemento chiave dell'ansia è l'incertezza sulle azioni da intraprendere o sugli esiti futuri, che rende difficile per l'individuo trovare soluzioni o risposte adeguate.

1.3 DSM V: I DISTURBI D'ANSIA

Secondo i dati del *World Mental Health Survey* circa una persona su quattro (25%) ha attualmente un disturbo d'ansia o ne ha sofferto in passato (Kessler et al., 2007). Nell'Unione Europea (UE), oltre 60 milioni di persone sono affette da disturbi d'ansia in un dato anno, rendendoli le condizioni psicologiche più diffuse nell'UE (Rames et al., 2016). Inoltre, una metanalisi del 2013 pone in evidenza che i disturbi d'ansia colpiscono maggiormente le popolazioni di Europa e Stati Uniti rispetto ad altre aree geografiche, con un'incidenza globale stimata attorno al 12% (Baxter et al., 2013). L'età di esordio dei disturbi d'ansia varia molto, ma generalmente si manifesta durante l'infanzia,

nell'adolescenza o nella prima età adulta (Martin, 2003). Questi numeri mettono in luce la diffusione significativa dei disturbi d'ansia che spesso non vengono diagnosticati nonostante la loro elevata frequenza.

I disturbi d'ansia si differenziano tra loro per tipologia, natura e sintomatologia.

Quelli classificati dal DSM-V sono:

1. Disturbo d'ansia da separazione: consiste nell'ansia scaturita da una separazione da casa o da una figura di riferimento importante per il soggetto. Una prima forma di ansia di separazione si presenta già nei primi 8-10 mesi di vita, quando il bambino piange ed è preoccupato per la presenza di un estraneo, e fa parte del normale sviluppo dei bambini fino a 6 anni (Perrotta, 2019);
2. Il mutismo selettivo: è l'incapacità di parlare e comunicare in contesti sociali che il soggetto percepisce come minacciosi. Lo stato ansioso porta ad una completa paralisi (Perrotta, 2019);
3. Il disturbo fobico specifico: è la paura rivolta verso un oggetto, una persona o una situazione precisa e spesso si manifesta in comorbidità con altre patologie. Questo disturbo assume innumerevoli forme visto che deriva da altrettante fonti esterne, tra le più ricorrenti troviamo l'aracnofobia, la claustrofobia e l'acluofobia (Perrotta, 2019);
4. Il disturbo di panico: è caratterizzato da episodi ripetuti di attacchi di panico nel tempo. L'attacco di panico rappresenta l'espressione clinica di un'ansia profonda e non risolta, che non è mai stata affrontata o elaborata. Questi episodi possono insorgere inaspettatamente, anche in momenti apparentemente tranquilli, immobilizzando l'individuo (Perrotta, 2019);

5. L'agorafobia: è la paura irrazionale e intensa di trovarsi in luoghi aperti o sconosciuti, che induce l'individuo ad evitare situazioni pubbliche dalle quali potrebbe risultare difficile allontanarsi, come fare la fila o trovarsi in mezzo ad una folla (APA, 2023);
6. Disturbo d'ansia generalizzato: è uno stato d'ansia costante, incontrollabile e generalizzato, scatenato da una preoccupazione eccessiva per l'evento temuto. Le persone che soffrono di tale disturbo riferiscono un'incapacità generale di rilassarsi, oltre a manifestare sintomi specifici quali debolezza muscolare e irritabilità (APA, 2018);
7. Disturbo d'ansia sociale (SAD, *Social Anxiety Disorder*): è il timore di contesti sociali in cui si potrebbe provare imbarazzo (come avviare una conversazione o incontrare persone nuove) o in cui c'è la possibilità di ricevere giudizi negativi da parte degli altri (per esempio essere percepiti come sciocchi, vulnerabili o ansiosi) (APA, 2018).

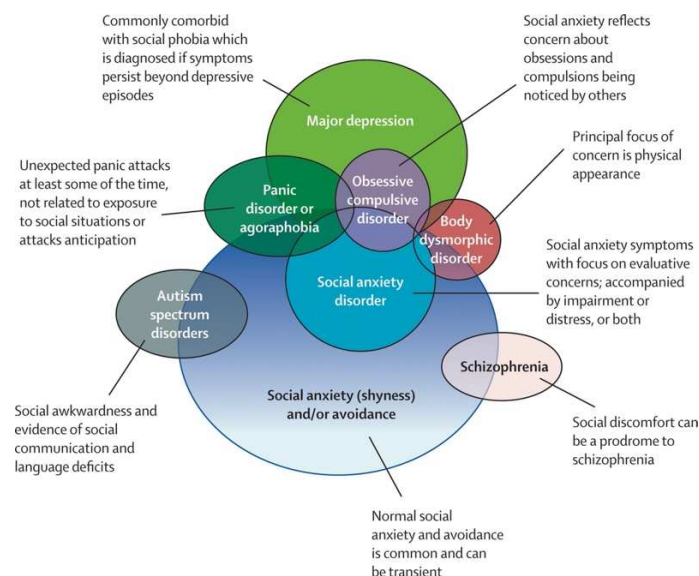


Fig. 1: rappresentazione della comorbidità del SAD con gli altri disturbi d'ansia individuati dal DSM-V, tratta da Murray B Stein, Dan J Stein (2008).

1.4 SAD

In passato il disturbo d'ansia sociale era largamente ignorato dalla comunità medica, ma ha iniziato a suscitare maggiore interesse solamente a partire dai primi anni 2000. Si tratta del disturbo d'ansia più diffuso, tende a manifestarsi precocemente (ad 11 anni in circa il 50% e all'età di 20 anni in circa l'80% degli individui) e può avere effetti negativi sul decorso di altri disturbi mentali. La *National Comorbidity*

Survey-Replication stima che abbia una prevalenza del 7,1% su base annuale e del 12,1% nell'arco dell'intera vita con una prevalenza superiore nelle donne (Stein e Stein, 2008).

È collegato ad una maggiore probabilità di persistenza dell'abuso di sostanze e a un decorso più grave della depressione, che include rischio suicidario, compromissione delle capacità nei ruoli sociali (come la produttività lavorativa e la qualità delle relazioni sociali e sentimentali) e una minore propensione a cercare supporto (Leichsenring et al., 2017).

Le cause del SAD sono complesse e ancora poco chiare. Tuttavia, studi recenti hanno iniziato a identificare diversi fattori, tra cui genetici, ambientali e neurobiologici, che possono influenzare il disturbo. Ricerche sui gemelli dimostrano che il SAD è fortemente influenzato sia dai fattori genetici che da quelli ambientali. Nei bambini, i fattori genetici sono responsabili del 53% del rischio di sviluppare il disturbo, mentre negli adulti questa percentuale scende al 27%. Ciò indica che, con l'età, le esperienze ambientali, come le relazioni sociali e i problemi di salute, diventano sempre più importanti. Le teorie sui fattori genetici sono ancora in fase di sviluppo, e tra i geni studiati, spiccano quelli associati alla regolazione della dopamina e della serotonina, con variazioni genetiche correlate a tratti come l'introversione e una maggiore sensibilità emotiva. Un modello teorico suggerisce che la predisposizione genetica aumenti il rischio di sviluppare il SAD, ma che il disturbo si manifesti solo in presenza di altri fattori, come il condizionamento e

l'apprendimento per osservazione. In questo contesto, i comportamenti genitoriali rivestono un ruolo cruciale: un padre che incoraggia il figlio a intraprendere attività rischiose può ridurre il rischio di SAD, mentre l'ansia sociale dei genitori è spesso predittiva di paura e evitamento nei bambini, nonché di una maggiore reattività autonoma, indicativa di vulnerabilità genetica. Dal punto di vista neurobiologico, le evidenze suggeriscono che vi siano alterazioni nei circuiti cerebrali che coinvolgono l'amigdala, l'insula, l'ippocampo e la corteccia orbitofrontale, tutte aree associate alla risposta alla paura e all'elaborazione sociale. In particolare, un'attività aumentata dell'amigdala in situazioni socialmente minacciose è correlata alla gravità dei sintomi d'ansia, così come l'attivazione della corteccia insulare bilaterale, implicata nell'elaborazione delle emozioni. Inoltre, studi sul sistema dopaminergico e sulla regolazione della serotonina hanno evidenziato cambiamenti associati al SAD, suggerendo che queste disfunzioni neurobiologiche possano avere un ruolo significativo (Stein e Stein, 2008; Leichsenring et al., 2017).

Alla luce delle informazioni esaminate finora, possiamo confrontare l'ansia con il SAD per evidenziare le differenze principali tra i due fenomeni. Si è visto che l'ansia è una reazione naturale e temporanea a situazioni stressanti o minacciose, che di solito svanisce una volta superata la fonte di minaccia. Non è rivolta a una situazione specifica, ma può manifestarsi in risposta a una varietà di preoccupazioni generali, rendendola meno focalizzata e più flessibile. Al contrario, il SAD è una condizione persistente, duratura e limitata ai soli contesti sociali (vedi tabella 1). A livello comportamentale il SAD porta all'evitamento delle situazioni ansiogene per l'individuo, mentre per l'ansia non è detto che ciò accada. E anche a livello sintomatico la specificità del SAD fa sì che sintomi fisici, come rossore, tremore o sudorazione, si presentino quasi esclusivamente durante le

interazioni sociali; nell'ansia invece, questi sintomi non sono legati ad un contesto specifico e possono variare.

Criteri diagnostici del SAD	
a.	Paura significativa e persistente (maggiore o uguale a 6 mesi) di dover affrontare situazioni sociali o di performance, soprattutto in presenza di estranei o sotto osservazione, temendo di essere giudicati negativamente;
b.	Ansia di poter agire in modo goffo o di apparire ansiosi di fronte ad altri;
c.	Consapevolezza che la paura è eccessiva rispetto alla situazione reale: la persona riconosce che l'intensità della sua ansia non è giustificata;
d.	Evitamento delle situazioni temute o sopportazione con grande disagio, con la conseguente limitazione delle attività sociali o delle situazioni di prestazione;
e.	Interferenza significativa con la vita quotidiana: l'ansia o l'evitamento disturbano il normale funzionamento nella vita professionale, scolastica, nelle relazioni o nelle attività quotidiane, o causano un forte malessere;

Tab. 1: criteri diagnostici per il SAD secondo il DSM V.

CAPITOLO 2

COMPROMISSIONI FUNZIONALI DEL SAD

2.1 STRUMENTO DI VALUTAZIONE: LA SCALA DI LIEBOWITZ

La Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) è uno degli strumenti più utilizzati nella valutazione dell'ansia sociale, specificamente progettata per misurare due componenti principali del disturbo: l'ansia in situazioni sociali e la paura della performance. È stata sviluppata da Michael R. Liebowitz nel 1987, originariamente per essere somministrata da clinici, ma successivamente adattata anche in forma di autovalutazione (LSAS-SR). Si compone di 24 item che descrivono una serie di situazioni sociali comuni come ad esempio parlare in pubblico, partecipare a riunioni, interagire con estranei. Per ciascuna situazione, vengono valutate due dimensioni: la paura provata e l'evitamento di quella situazione, su una scala da 0 (nessuna paura/evitamento) a 3 (paura/evitamento elevato). Questo consente di esplorare la natura bifattoriale del disturbo, distinguendo tra l'ansia legata all'interazione sociale e quella legata alla performance. Un punteggio totale complessivo viene poi generato sommando le valutazioni di paura ed evitamento per tutti gli elementi, ed è comunemente utilizzato nella valutazione delle farmacoterapie per il SAD. Diversi studi hanno dimostrato l'elevata affidabilità della scala. Ad esempio, Heimberg e colleghi (1999) hanno evidenziato la forte consistenza interna e affidabilità test-retest, sia per la versione clinica che per quella di autovalutazione. La validità strutturale della LSAS è stata confermata da ulteriori ricerche, che hanno dimostrato una buona correlazione tra i punteggi della scala e i sintomi di ansia sociale misurati con altre metodologie. Inoltre, studi come quelli condotti da Cox e colleghi (1998) hanno mostrato che la LSAS-SR mantiene una buona corrispondenza con la versione clinica, fatta eccezione per alcune differenze nel punteggio relativo alla paura delle situazioni

performative.

La LSAS è stata adattata per diverse popolazioni e culture. Ad esempio, la versione per bambini e adolescenti (LSAS-CA), oppure la versione giapponese (LSAS-J), ed entrambe dimostrano un'elevata affidabilità e validità, sia nella forma clinica che in quella di autovalutazione. Questa scala viene ampiamente utilizzata sia per la diagnosi che per la valutazione della gravità del disturbo, in particolar modo nei seguenti ambiti:

- Diagnosi clinica: è utilizzata dai clinici per identificare i livelli di ansia sociale e per distinguere tra i vari tipi di ansia, tra cui ansia da interazione sociale e ansia da prestazione. Il fatto che valuti sia la paura che l'evitamento consente di ottenere un quadro completo delle difficoltà del paziente, migliorando l'accuratezza della diagnosi. Studi hanno dimostrato che la LSAS è efficace nel misurare la gravità del SAD e nell'indirizzare il trattamento più appropriato;
- Monitoraggio dei trattamenti: Viene comunemente usata per monitorare i progressi durante trattamenti farmacologici e psicoterapeutici. Ad esempio, è spesso impiegata per valutare l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), mostrando miglioramenti significativi nei punteggi della scala durante il trattamento;
- Ricerca scientifica: La LSAS è ampiamente utilizzata negli studi empirici per valutare l'ansia sociale in diverse popolazioni, incluse le popolazioni non cliniche. Ad esempio, è stata utilizzata in studi transculturali per esaminare l'ansia sociale in diverse nazioni, confermando la sua validità in contesti culturali diversi.

In sintesi, la LSAS è uno strumento estremamente rilevante e diffuso nella pratica clinica e nella ricerca, grazie alla sua capacità di misurare in modo dettagliato le diverse dimensioni dell'ansia sociale e la sua adattabilità in diversi contesti. Tuttavia, è importante considerare i suoi limiti, in particolare per quanto riguarda la validità costruttiva e le differenze tra versioni autovalutate e cliniche (Heimberg et al., 1999; Baker et al., 2002; Mennin et al., 2002).

Liebowitz Social Anxiety Scale

Instructions: The first column describes a situation. In the second column, rate how anxious or fearful you feel in the situation. In the third column, rate how often you avoid the situation. If a statement describes a situation you do not ordinarily experience, imagine "what if" you were faced with that situation. Base your ratings on the way each situation has affected you in the last week. Under "Fear," put the number that indicates your level of fear or anxiety, with 0 = None, 1 = Mild, 2 = Moderate, and 3 = Severe. Under "Avoidance," put the number that indicates how often you experience each situation, with 0 = Never, 1 = Occasionally, 2 = Often, and 3 = Usually.

Situation	Fear	Avoidance
Using a telephone in public		
Participating in a small group activity		
Eating in public		
Drinking with others		
Talking to someone in authority		
Acting, performing, or speaking in front of an audience		
Going to a party		
Working while being observed		
Writing while being observed		
Calling someone you don't know very well		
Talking face-to-face with someone you don't know very well		
Meeting strangers		
Urinating in a public bathroom		
Entering a room when others are already seated		
Being the center of attention		
Speaking up at a meeting		
Taking a test of your ability, skill, or knowledge		
Expressing disagreement or disapproval to someone you don't know very well		
Looking someone who you don't know very well straight in the eyes		
Giving a prepared oral talk to a group		
Trying to make someone's acquaintance for the purpose of a romantic/sexual relationship		
Returning goods to a store for a refund		
Giving a party		
Resisting a high-pressure salesperson		
Total score for each column (add up the numbers):		

Fig. 2: Liebowitz Social Anxiety Scale, tratta da Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999).

2.2 SOTTOTIPI DI SAD

Il SAD è tradizionalmente suddiviso in due sottotipi nel DSM-III-R e DSM-IV: il generalizzato (GSAD) e il non generalizzato (NSAD). Il GSAD è caratterizzato da una paura diffusa di molte situazioni sociali, che compare precocemente e ha un forte impatto funzionale, con maggiore compromissione nelle relazioni sociali e personali. Le persone con GSAD tendono a evitare gran parte dei contesti sociali e riportano livelli elevati di ansia, depressione e paura di essere giudicate negativamente. In contrasto, l'NSAD si limita a situazioni specifiche, come parlare in pubblico, e ha un impatto meno esteso sulla vita quotidiana (Mennin et al., 2002). Eng e colleghi, tramite l'utilizzo della LSAS, hanno individuato tre sottotipi di SAD, portando a una revisione della classificazione del DSM-IV. I primi due sottotipi corrispondono al GSAD e all'NSAD del DSM-IV; il terzo sottotipo, invece, unisce il SAD con il Disturbo Evitante di Personalità (APD), questi individui non solo manifestano una paura generalizzata, ma presentano anche tratti evitanti di personalità, come la convinzione di inadeguatezza sociale che li porta a un isolamento estremo.

La differenza principale tra le classificazioni del DSM-IV e quelle della LSAS è l'introduzione del sottotipo SAD+APD, che rappresenta una forma più grave di ansia sociale, con una compromissione maggiore. Mentre il DSM-IV riconosce l'associazione tra il disturbo evitante di personalità e il SAD, non considera questa combinazione come un sottotipo separato. L'introduzione del SAD+APD nella ricerca suggerisce la necessità di trattamenti mirati per questo gruppo, con una maggiore attenzione alla gravità e alle caratteristiche specifiche del disturbo (Eng et al., 2000).

2.3 COMPROMISSIONI TRA GLI INDIVIDUI CON GSAD E NSAD

I dati del National Comorbidity Survey indicano come il disturbo d'ansia sociale sia una fonte significativa di disabilità e sofferenza psicologica. Studi condotti hanno evidenziato che chi soffre di questo disturbo tende a raggiungere livelli più bassi di istruzione (è una delle principali cause di rifiuto scolastico nei bambini piccoli e l'unico disturbo dell'umore o d'ansia che si collega costantemente all'abbandono scolastico precoce), a registrare redditi inferiori rispetto alla popolazione generale e ad avere difficoltà nel mantenere relazioni strette come ad esempio amicizie e rapporti familiari. Tale condizione si manifesta con particolare frequenza tra persone non sposate, studenti, individui disoccupati o non coinvolti in percorsi educativi e tra coloro che vivono ancora con i genitori. (Mendlowicz e Stein, 2000; Stein e Stein, 2008). La classificazione dei diversi sottotipi di SAD ha contribuito alla ricerca, permettendo di identificare quali profili siano più predisposti a specifiche difficoltà nei vari ambiti della vita. In particolare, in un'ottica di compromissione, questa suddivisione suggerisce come il GSAD possa comportare un maggiore impatto nelle relazioni sociali, mentre il sottotipo NSAD risulti associato a una compromissione più marcata nelle aree lavorative e accademiche. A supporto di queste ipotesi Aderka e colleghi hanno svolto uno studio su un campione di 216 persone sottoposte a trattamento. Di questi, il 55,6% (120 partecipanti) presenta una diagnosi comorbida: il 40,7% (88 individui) con un disturbo d'ansia, e il 22,7% (49 individui) con un disturbo dell'umore. L'81% (175 partecipanti) ha il SAD generalizzato, mentre il 19% (41 partecipanti) ha il SAD non generalizzato. È stata condotta un'analisi cluster in due fasi per identificare gruppi con diversi profili di compromissione. Per i livelli di compromissione, L'analisi ANOVA mostra differenze significative tra i domini di vita (vita sociale, lavoro/studio e vita familiare). La compromissione nel lavoro/studio

($M = 7,16$, $SD = 2,13$) e nella vita sociale ($M = 7,31$, $SD = 2,38$) è significativamente superiore rispetto alla vita familiare ($M = 3,15$, $SD = 3,00$). Queste differenze rimangono stabili anche per depressione e comorbidità con altri disturbi d'ansia. Per quanto riguarda gli effetti del sottotipo i dati mostrano che il GSAD comporta una compromissione complessiva significativamente maggiore ($M = 6,23$, $SE = 0,13$) rispetto al sottotipo non generalizzato ($M = 4,38$, $SE = 0,26$). Chi ha il SAD generalizzato mostra compromissione maggiore nella vita sociale ($M = 7,79$, $SE = 0,16$) rispetto al lavoro/studio ($M = 7,38$, $SE = 0,16$), seppur con un effetto minimo (fig. 3).

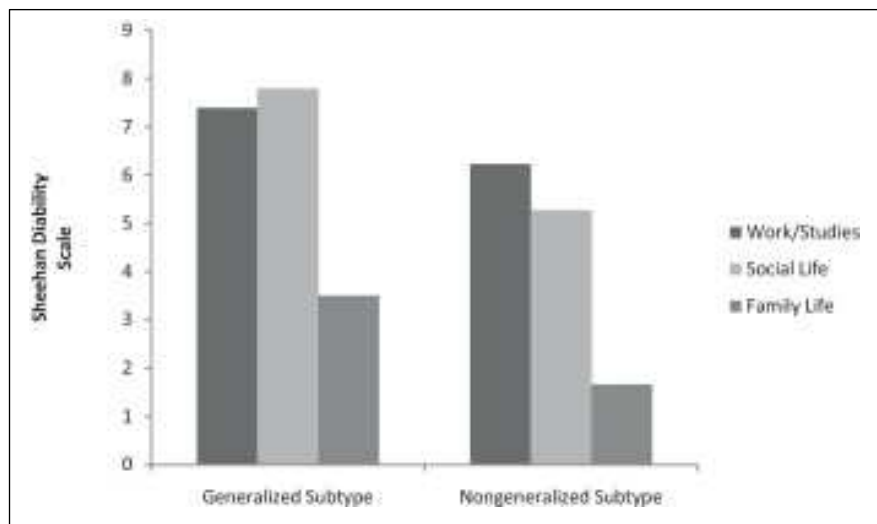


Fig. 3: Compromissione tra gli individui con GSAD e NSAD nei tre domini della vita, tratta da Idan M. Aderka, Stefan G. Hofmann, Angela Nickerson, Aggeo Ermete, Eva Gilboa Schechtman, Sofi Marom (2012).

Si può quindi affermare che il SAD è associato a compromissioni significative nelle funzioni sociali e lavorative, che variano in base al sottotipo del disturbo e alla comorbidità con disturbi dell'umore. L'analisi cluster dimostra che il SAD presenta profili di compromissione eterogenei, suggerendo che una valutazione accurata della compromissione nei diversi ambiti di vita potrebbe migliorare la personalizzazione dei

trattamenti per questa condizione (Aderka et al., 2012).

2.4 SAD NEL LAVORO

Negli Stati Uniti, i disturbi d'ansia rappresentano un costo annuale stimato di 42,3 miliardi di dollari. Tale cifra comprende i costi indiretti, che riflettono, tra gli altri, la perdita di produttività lavorativa e i salari inferiori. Questi costi sono particolarmente significativi per valutare l'impatto del disturbo d'ansia sociale (SAD).

2.4.1 Impatto del SAD sulla qualità della vita e sulla prestazione lavorativa

Wittchen e Beloch (1996) mostrano in modo preciso come il disturbo d'ansia sociale impatti sulla vita professionale e sociale delle persone affette. Nel loro studio, il 60% dei partecipanti evita situazioni sociali che coinvolgono il contesto lavorativo, con il 70% che riporta gravi difficoltà a instaurare relazioni con i colleghi. Questo evitamento sociale non è una scelta personale ma deriva da sintomi quali paura del giudizio, difficoltà nel parlare in pubblico e paura delle critiche. Tale evitamento comporta una diminuzione significativa nella soddisfazione e nella qualità della vita, contribuendo a un aumento dell'assenteismo e a un calo nelle performance lavorative. I dati indicano che questi individui sono più propensi a preferire mansioni solitarie o ruoli che richiedono minori interazioni sociali, limitando fortemente le loro possibilità di crescita e avanzamento professionale.

2.4.2 Dati economici e opportunità lavorative

Lo studio di Moitra et al. (2011) amplia l'analisi con un focus sugli effetti economici del SAD: il 50% delle persone con SAD ha riportato una stabilità lavorativa minore rispetto a individui senza questo disturbo, e guadagna mediamente il 20% in meno. Questo differenziale salariale è legato alla tendenza a evitare ruoli che comportano esposizione pubblica, lavoro di squadra o posizioni di leadership, limitando così l'accesso a ruoli meglio remunerati. La paura del giudizio e dell'interazione sociale impedisce di accettare promozioni o nuove responsabilità, il che riduce ulteriormente le possibilità di avanzamento e di accesso a benefit economici.

Steven et al. (2009) contribuiscono ulteriormente alla comprensione delle opportunità limitate legate al SAD. In un campione di adulti impiegati, circa il 35% delle persone affette ha una probabilità minore di ottenere promozioni, specialmente in posizioni con una forte componente comunicativa o relazionale. I datori di lavoro, infatti, percepiscono come poco adeguati i lavoratori che mostrano insicurezze o difficoltà nelle interazioni sociali, specialmente in settori come il commercio, la consulenza e i servizi, dove le competenze sociali sono considerate essenziali. In questo contesto, le persone con ansia sociale finiscono per rimanere bloccate in ruoli che non sfruttano pienamente le loro capacità e che offrono un minore ritorno economico.

2.4.3 Stabilità occupazionale

Nel vasto studio di coorte svedese riportato su *Psychological Medicine*, basato su oltre 200.000 individui seguiti nel corso di decenni, si evidenzia che le persone con disturbo d'ansia sociale presentano un rischio maggiore del 40% di cambiare lavoro frequentemente e del 25% di sperimentare periodi di disoccupazione prolungata. Questo

turnover è legato non solo alle difficoltà di adattamento a nuovi ambienti sociali ma anche allo stigma associato ai disturbi d'ansia, che limita le opportunità lavorative e crea barriere nei percorsi di carriera. I soggetti con SAD spesso si sentono intrappolati in ruoli che non valorizzano le loro abilità e affrontano discriminazioni sottili (come mancanza di considerazione per promozioni o riduzione delle responsabilità), che li costringono a lasciare l'impiego.

2.4.4 Work Withdrawal e coinvolgimento ridotto

Un altro aspetto è trattato dallo studio di *Frontiers in Psychology*, che si concentra su ciò che viene definito "*work withdrawal*" o distacco emotivo e fisico dal lavoro. Qui, è stato osservato che individui con SAD mostrano una tendenza a evitare incarichi con esposizione pubblica, preferendo attività autonome. Circa il 45% degli intervistati ha dichiarato di sentirsi emotivamente distaccato dal lavoro, con un conseguente calo della produttività e della soddisfazione personale. Il "*work withdrawal*" ha conseguenze negative non solo sul rendimento individuale ma anche sull'ambiente lavorativo generale, aumentando i costi aziendali legati all'assenteismo e alla formazione di nuovo personale per compensare la bassa produttività.

Questi dati mettono chiaramente in luce come il SAD comporti una serie di limitazioni specifiche e quantificabili per chi ne soffre, impattando direttamente sia sugli aspetti economici sia sulle possibilità di realizzazione personale e professionale. Questo approccio permette di evidenziare l'estensione delle difficoltà vissute dai soggetti, mostrando come il disturbo influenzi vari aspetti della vita lavorativa, dalla retribuzione all'avanzamento, fino alla stabilità a lungo termine.

CAPITOLO 3

POSSIBILI TERAPIE

3.1 FARMACOTERAPIA

Il trattamento farmacologico del SAD si è evoluto nel tempo, con approcci che spaziano dai farmaci ansiolitici a lungo termine come gli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI) e gli Inibitori della Ricaptazione della Serotonina e della Norepinefrina (SNRI), fino a farmaci a breve termine come le benzodiazepine. Ciascuna di queste classi farmacologiche ha un meccanismo d'azione specifico, vantaggi e limitazioni che devono essere valutati in base al profilo del paziente e alla gravità dei sintomi.

Gli SSRI sono ampiamente considerati come il trattamento farmacologico di prima linea per il trattamento del SAD, grazie alla loro efficacia nel migliorare i sintomi ansiosi e alla relativa sicurezza rispetto ad altre classi di farmaci. Agiscono inibendo la ricaptazione della serotonina, un neurotrasmettitore coinvolto nella regolazione dell'umore, del comportamento sociale e dell'ansia. Aumentando la disponibilità di serotonina nelle sinapsi cerebrali, questi farmaci favoriscono l'equilibrio neurochimico che aiuta a ridurre i sintomi di ansia sociale, come il timore del giudizio degli altri e l'evitamento sociale. Studi controllati randomizzati hanno evidenziato una riduzione significativa dei sintomi rispetto al placebo, con tassi di risposta che raggiungono l'80% (Muller et al., 2005). Tra i farmaci più comunemente prescritti vi sono la sertralina, la paroxetina, l'escitalopram e la fluoxetina. Studi clinici e meta-analisi hanno dimostrato che questi farmaci sono efficaci nel ridurre i sintomi del SAD, migliorando significativamente la qualità della vita dei pazienti. La sertralina, ad esempio, è stata oggetto di diversi studi che ne hanno confermato l'efficacia nel ridurre il timore sociale e nel migliorare le interazioni sociali quotidiane (Blanco et al., 2013).

Gli SNRI sono farmaci che inibiscono la ricaptazione di due neurotrasmettitori cruciali per il trattamento dei disturbi d'ansia: la serotonina e la norepinefrina. Questo approccio combinato può essere particolarmente utile nei pazienti che non rispondono agli SSRI o che soffrono anche di sintomi depressivi. Gli SNRI più noti per il trattamento del SAD includono la venlafaxina e la duloxetina. La venlafaxina agisce sia sul sistema serotoninergico che noradrenergico, contribuendo a una riduzione significativa dei sintomi già dalla terza settimana di trattamento. La sua efficacia è comparabile a quella degli SSRI, ma il suo effetto principale sembra dipendere maggiormente sulla modulazione serotoninergica, mentre il contributo della noradrenalina è meno rilevante per il SAD. Tuttavia, gli SNRI non sono privi di effetti collaterali. L'aumento della pressione sanguigna è, ad esempio, uno degli effetti collaterali che può manifestarsi con dosi elevate di venlafaxina, specialmente nei pazienti con preesistenti fattori di rischio cardiovascolare (Davidson, 2006).

Uno degli aspetti fondamentali per garantire l'efficacia di questi farmaci è la durata del trattamento: approcci prolungati, superiori ai 12 mesi, sono essenziali per ridurre il rischio di ricadute. Studi a lungo termine hanno dimostrato che il trattamento con SSRI riduce significativamente i tassi di ricaduta, che possono variare tra il 4% e il 14%, rispetto al 36%-39% osservato nei pazienti trattati con placebo (Stein et al., 2006).

Le benzodiazepine, come clonazepam e alprazolam, offrono un sollievo rapido dai sintomi del SAD grazie alla loro azione sul sistema GABAergico, il principale sistema inibitorio del cervello. Sono particolarmente utili in pazienti con sintomi gravi o in contesti che richiedono un intervento immediato. Tuttavia, il loro utilizzo è generalmente considerato di seconda linea e limitato a breve termine o in combinazione con altre terapie, a causa del rischio di tolleranza, dipendenza e sintomi di astinenza.

Studi clinici hanno dimostrato l'efficacia del clonazepam nel trattamento del SAD. Ad esempio, Muller et al. (2005) tramite uno studio condotto nell'arco di 10 settimane su 75 pazienti, dimostrano che il farmaco ha ridotto significativamente i sintomi, con miglioramenti osservati già nelle prime settimane (con una dose media utilizzata di 2,4 mg/die). Nonostante l'efficacia nel breve termine, le benzodiazepine non sono consigliate come trattamento primario a lungo termine per il SAD, poiché non affrontano le comorbidità depressive e possono compromettere la memoria e la coordinazione motoria. Recenti evidenze indicano che il rischio di abuso è relativamente basso in assenza di disturbi da uso di sostanze, ma l'attenzione clinica rimane essenziale (Starcevic, 2014).

3.2 CBT: TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE

La CBT si basa su un approccio strutturato e limitato nel tempo, che promuove una collaborazione attiva tra il paziente e il terapeuta. Contrariamente a molti altri approcci psicoterapeutici, la CBT si concentra principalmente sul presente, piuttosto che sul passato, e mira a modificare i pensieri disfunzionali e i comportamenti evitanti che alimentano l'ansia sociale (Stein e Stein, 2008). Questo approccio si distingue per la sua capacità di intervenire in modo diretto e mirato sui pensieri automatici negativi e sui comportamenti che perpetuano il ciclo di ansia sociale. Gli interventi tipici della CBT includono componenti come la psicoeducazione, il rilassamento muscolare progressivo, la formazione delle abilità sociali, l'esposizione immaginaria e in vivo, e la ristrutturazione cognitiva. Per quanto riguarda il SAD, la CBT è stata adattata secondo modelli cognitivi che evidenziano la relazione tra le credenze disfunzionali (ad esempio, il timore di essere giudicati negativamente) e il comportamento di evitamento sociale. Nonostante l'efficacia dimostrata, la questione su quale componente della CBT risulti

essere migliore è ancora oggetto di dibattito. Recenti evidenze, tuttavia, suggeriscono che l'inclusione di elementi cognitivi sia cruciale per ottenere risultati terapeutici positivi (Hofmann et al., 2012). In particolare, la terapia individuale sembra essere più efficace rispetto alla terapia di gruppo, probabilmente per la possibilità di personalizzare gli interventi e per l'intensità dell'approccio terapeutico (Stein e Stein, 2008). Sebbene la CBT abbia prodotto risultati promettenti anche nei bambini e adolescenti con SAD, ci sono evidenze che suggeriscono che il trattamento precoce, in un contesto di alta vulnerabilità come quello adolescenziale, possa anche prevenire l'insorgere di conseguenze a lungo termine del disturbo (Hirshfeld-Becker et al., 2008). Tuttavia, sono necessari ulteriori studi per valutarne l'efficacia in contesti naturali e nel lungo periodo, per comprenderne meglio l'impatto e per perfezionare l'approccio terapeutico (Stein e Stein, 2008).

3.2.1 Ristrutturazione Cognitiva

Ha l'obiettivo di modificare i pensieri automatici negativi che alimentano l'ansia sociale. I pazienti con SAD tendono a interpretare le interazioni sociali come catastrofiche, sviluppando convinzioni irrazionali come ad esempio: "Se sbaglio, tutti penseranno che sono incompetente". La ristrutturazione cognitiva mira a identificare e modificare questi schemi cognitivi disfunzionali per ridurre l'intensità dell'ansia sociale.

Le fasi tipiche della ristrutturazione cognitiva includono: l'identificazione dei pensieri disfunzionali, dove il paziente impara a riconoscere i pensieri automatici che emergono in situazioni ansiogene, e la valutazione critica dei pensieri attraverso il dialogo socratico, un processo in cui il terapeuta aiuta il paziente a sfidare la validità dei pensieri, analizzando le prove a favore e contro tali convinzioni (Beck et al., 2024). Infine, si arriva

alla sostituzione di questi pensieri con interpretazioni più equilibrate e adattive, riducendo così l'intensità dell'ansia sociale. Gli studi scientifici supportano l'efficacia della ristrutturazione cognitiva, specialmente se combinata con l'esposizione graduale alle situazioni sociali. Una meta-analisi ha mostrato che la combinazione di ristrutturazione cognitiva ed esposizione può ridurre significativamente i sintomi del SAD, con una diminuzione fino al 70% dell'intensità dell'ansia sociale (Hambrick et al., 2003). Questo approccio si è dimostrato particolarmente utile nel ridurre l'evitamento sociale e nel migliorare la qualità della vita dei pazienti (Butler et al., 2022).

3.2.2 Allenamento delle Abilità Sociali (SST)

Si concentra sull'insegnamento di comportamenti adattivi e funzionali in contesti sociali. I pazienti con SAD tendono a evitare le interazioni sociali perché percepiscono di non avere le competenze necessarie per gestirle. L'allenamento delle abilità sociali affronta queste lacune comportamentali e mira a migliorare le abilità interpersonali attraverso esercizi pratici e simulazioni.

Le componenti principali dell'SST includono: l'insegnamento di abilità pratiche, come il mantenimento del contatto visivo, la gestione dei silenzi e la risposta assertiva; il role-playing, in cui i pazienti simulano situazioni sociali reali, e ricevono un feedback immediato per migliorare progressivamente; e l'esposizione in contesti reali, dove i pazienti sono incoraggiati a mettere in pratica le abilità apprese nella vita quotidiana, riducendo così l'evitamento sociale. Uno studio di Halford e Foddy (1982) ha documentato un miglioramento significativo nelle abilità sociali dei pazienti, con una riduzione dell'evitamento sociale e un miglioramento del 60% nelle competenze interpersonali (Butler et al., 2021).

3.2.3 Terapia dell'Esposizione in Realtà Virtuale (VRET)

Negli ultimi anni, la terapia dell'esposizione ha visto l'introduzione della realtà virtuale (VRET), che offre una modalità innovativa per il trattamento del SAD. L'esposizione, un elemento centrale della CBT, si basa sul principio di estinzione pavloviana, che mira a ridurre l'associazione tra situazioni sociali e ansia. La VRET rappresenta un'evoluzione di questa tecnica tradizionale, poiché consente ai pazienti di confrontarsi con ambienti sociali simulati, ma controllati, che replicano situazioni reali senza i rischi di una esposizione diretta (Chowdhury & Khandoker, 2023).

Studi recenti hanno mostrato che la VRET è altrettanto efficace della terapia in vivo nel trattamento del SAD, con il vantaggio di essere una soluzione più accessibile per pazienti che affrontano difficoltà logistiche o che temono l'esposizione diretta a situazioni sociali (Williams et al., 2020). Inoltre, la VRET ha il potenziale di ridurre l'ansia in un ambiente sicuro e controllato, migliorando gradualmente la capacità del paziente di affrontare situazioni sociali reali.

CONCLUSIONI

Il presente elaborato ha offerto un'analisi approfondita sul disturbo d'ansia sociale (SAD), evidenziando il suo impatto crescente nella società contemporanea e le complesse dinamiche che lo caratterizzano. Partendo dalla distinzione tra ansia e disturbi d'ansia, è emerso come l'ansia, pur essendo una reazione fisiologica e adattiva a situazioni di minaccia, diventi patologica quando supera determinate soglie di intensità, frequenza e durata, sfociando in disturbi specifici come il SAD.

Il SAD si distingue per la sua natura cronica e pervasiva, limitata ai contesti sociali, dove il timore di essere giudicati negativamente porta a comportamenti di evitamento e a una compromissione significativa della qualità della vita. In particolare, la distinzione tra il SAD generalizzato (GSAD) e non generalizzato (NSAD) ha permesso di evidenziare come il primo presenti un impatto più severo, estendendosi a molteplici aspetti della vita sociale e lavorativa, rispetto al secondo, che si limita a situazioni più specifiche.

Gli effetti di questo disturbo sono molteplici: dalla riduzione delle opportunità lavorative al calo della produttività, dall'isolamento sociale a una minore qualità delle relazioni interpersonali. I dati analizzati dimostrano che il SAD è un fattore di rischio per altre condizioni psicologiche, come depressione e abuso di sostanze, e che contribuisce in modo significativo all'assenteismo e al turnover lavorativo, con costi economici rilevanti per le società moderne. Basti pensare che negli Stati Uniti, si stima che i disturbi d'ansia generino un costo annuale di 42,3 miliardi di dollari, cifra che comprende anche i costi indiretti legati alla ridotta produttività e ai salari inferiori. Questi aspetti risultano particolarmente significativi per valutare l'impatto economico del disturbo d'ansia sociale, poiché evidenziano come le difficoltà psicologiche possano tradursi in rilevanti perdite economiche, sia per gli individui che per il sistema lavorativo nel suo complesso.

(Moitra et al., 2011).

Le strategie terapeutiche esaminate hanno mostrato l'efficacia di approcci farmacologici e psicoterapeutici, con un'enfasi particolare sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT). Quest'ultima, grazie a tecniche come la ristrutturazione cognitiva, l'esposizione graduale e l'allenamento delle abilità sociali, si è rivelata un'opzione valida e versatile per alleviare i sintomi del disturbo e migliorare il funzionamento globale dei pazienti. La continua evoluzione delle terapie, come l'introduzione della realtà virtuale (VRET), apre inoltre nuove prospettive per rendere i trattamenti più accessibili e personalizzati.

A livello personale, questa analisi ha evidenziato l'urgenza di ampliare le conoscenze sul SAD e di implementare interventi mirati nei contesti lavorativi e sociali. In particolare, sarebbe auspicabile promuovere una maggiore sensibilizzazione nelle aziende, con programmi che favoriscano l'inclusività e riducano lo stigma associato ai disturbi d'ansia. Interventi mirati potrebbero includere l'adattamento dei ruoli lavorativi, la formazione dei manager sul tema della salute mentale e l'introduzione di supporti specifici per i lavoratori con SAD.

Un'altra area di ricerca da sviluppare riguarda il ruolo della prevenzione e dell'intervento precoce, in particolare nei giovani, per ridurre l'insorgenza di forme severe di SAD e migliorare la qualità della vita futura dei pazienti. Investire in queste direzioni non solo diminuirebbe il peso individuale del disturbo, ma contribuirebbe anche a ridurre il suo impatto economico e sociale a lungo termine.

BIBLIOGRAFIA

Aderka, I. M., Hofmann, S. G., Nickerson, A., Hermesh, H., Gilboa-Schechtman, E., & Marom, S. (2012). Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 26(3), 393-400.

APA, APA Dictionary of Psychology (2023)

APA, APA Dictionary of Psychology (2018)

Baker, S. L., Heinrichs, N., Kim, H. J., & Hofmann, S. G. (2002). The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behaviour research and therapy*, 40(6), 701-715.

Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological medicine*, 43(5), 897-910.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2024). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Publications.

Blanco, C., Bragdon, L. B., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2013). The evidence-based pharmacotherapy of social anxiety disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 16(1), 235-249.

Butler, R. M., O'Day, E. B., & Heimberg, R. G. (2022). *Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Being flexible while maintaining fidelity*.

Charney, M., Bui, E., Goetter, E., Salzman, C., Worthington, J., Marques, L., ... Simon, N. (2021). Anxiety Disorders. In A. Walker, S. Schlozman, & J. Alpert (Eds.), *Introduction to Psychiatry* (pp. 128–145). chapter, Cambridge: Cambridge University Press.

Chowdhury, N., & Khandoker, A. H. (2023). The gold-standard treatment for social anxiety disorder: A roadmap for the future. *Frontiers in Psychology*, 13, 1070975.

Cox, B. J., Ross, L., Swinson, R. P., & Direnfeld, D. M. (1998). A Comparison of Social Phobia Outcome Measures in Cognitive-Behavioral Group Therapy. *Behavior Modification*, 22(3), 285-297.

Davidson, J. R. (2006). Pharmacotherapy of social anxiety disorder: what does the evidence tell us? *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 20.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, Text Revision (DSM-5-TR), American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, pp 229-235.

Eng, W., Heimberg, R. G., Coles, M. E., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2000). An empirical approach to subtype identification in individuals with social phobia. *Psychological Medicine*, 30(6), 1345–1357.

Freud, S. (1990). *L'Io e l'Es, e altri scritti, 1917-1923*. P. Boringhieri.

Freud, S. (2010). *L'Io e l'Es. Inibizione, sintomo e angoscia (Vol. 121)*. Newton Compton editori.

Hambrick, J. P., Weeks, J. W., Harb, G. C., & Heimberg, R. G. (2003). Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Supporting Evidence and Future Directions. *CNS Spectrums*, 8(5), 373–381.

Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz social anxiety scale. *Psychological medicine*, 29(1), 199-212.

Hirshfeld-Becker, D. R., Micco, J. A., Simoes, N. A., & Henin, A. (2008). High risk studies and developmental antecedents of anxiety disorders. In *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics (Vol. 148, No. 2, pp. 99-117)*. Hoboken: Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36, 427-440.

Jackson, P., & Everts, J. (2010). Anxiety as Social Practice. *Environment and Planning A: Economy and Space*, 42(11), 2791-2806.

Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., DE Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., ... Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 168–176.

Leichsenring, F., & Leweke, F. (2017). Social anxiety disorder. *New England Journal of*

Medicine, 376(23), 2255-2264.

Levitt, E.E. (1980). *The Psychology of Anxiety: Second Edition* (1st ed.). Routledge.

Martin, P. (2003). The epidemiology of anxiety disorders: a review. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 5(3), 281–298.

Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of Life in Individuals with Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 669–682.

Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Davies, S. O., & Liebowitz, M. R. (2002). Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of anxiety disorders*, 16(6), 661-673.

Moitra, E., Beard, C., Weisberg, R. B., & Keller, M. B. (2011). Occupational impairment and social anxiety disorder in a sample of primary care patients. *Journal of affective disorders*, 130(1-2), 209-212.

Muller, J. E., Koen, L., Seedat, S., & Stein, D. J. (2005). Social anxiety disorder: current treatment recommendations. *CNS drugs*, 19, 377-391.

Noyes, R., & Hoehn-Saric, R. (1998). Normal Anxiety and Fear: psychological and biological aspects. *The Anxiety Disorders*. Cambridge: Cambridge University, 1-37.

Perrotta, G. (2019). Anxiety disorders: definitions, contexts, neural correlates and strategic therapy. *J Neur Neurosci*, 6(1), 042.

Remes, O., Brayne, C., Van Der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and behavior*, 6(7), e00497.

Starcevic, V. (2014). The reappraisal of benzodiazepines in the treatment of anxiety and related disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 14(11), 1275–1286.

Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The lancet*, 371(9618), 1115-1125.

Stein, M. B., Seedat, S., & Gelernter, J. (2006). Serotonin transporter gene promoter polymorphism predicts SSRI response in generalized social anxiety disorder. *Psychopharmacology*, 187, 68-72.

Strongman, K. T. (1995). Theories of anxiety. *New Zealand Journal of Psychology*, 24(2), 4-10.

Williams, T., McCaul, M., Schwarzer, G., Cipriani, A., Stein, D. J., & Ipser, J. (2020). Pharmacological treatments for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Acta Neuropsychiatrica*, 32(4), 169-176.

Wittchen, H. U., & Beloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *International clinical psychopharmacology*, 11, 15-23.