

LA TERAPIA *ONLINE*: INNOVAZIONE E INTEGRAZIONE TECNOLOGICA NELLA PRATICA CLINICA

Federica Mancuso^o

^o Università degli studi dell'Aquila

Corrispondenza

E-mail: federicamancuso1@gmail.com

Riassunto

Questo studio ha come oggetto d'indagine la terapia online, una modalità di assistenza psicologica remota che utilizza tecnologie di comunicazione virtuale. Grazie all'analisi della recente letteratura, è stato possibile delineare i campi di efficacia dell'intervento psicologico a distanza e le possibilità di integrazione con la consulenza e terapia tradizionale. Si è reso necessario analizzare il fenomeno poiché il contesto circostante è in continuo cambiamento a causa dell'evolvere repentino delle tecnologie, portando con sé cambiamenti significativi non solo nelle modalità di gestione delle relazioni tra individui, ma anche nelle possibilità di intervento di diverse figure lavorative (inclusa l'attività dello psicologo e psicoterapeuta). La terapia online permette infatti di ovviare a problematiche di tipo logistico, raggiungendo persone che hanno difficoltà a rivolgersi personalmente ad un professionista. Nonostante ciò, alcuni casi risultano essere più delicati, e richiedono il contatto vis-à-vis tra le due parti per essere trattati. Sussistono, inoltre, problematiche di tipo legislativo che possono ostacolare la fruizione del servizio di terapia a distanza. La modalità online e quella tradizionale differiscono in alcuni fondamentali aspetti, come l'essenza stessa della comunicazione. Sono stati analizzati tali ambiti, evidenziando i limiti e i benefici per il paziente, per cercare di delineare un quadro chiaro di un fenomeno che si sta proponendo sempre di più anche in Italia..

Parole chiave: terapia online, internet, innovazione tecnologica

ONLINE THERAPY: INNOVATION AND TECHNOLOGICAL INTEGRATION IN THE CLINICAL PRACTICE

Abstract

The object of the investigation is online therapy, a therapeutic modality of psychological assistance that uses technology to be conducted. Through the analysis of the recent relevant literature, it has been possible to outline the fields of effectiveness of remote psychological intervention and the possibilities of integration with traditional counseling and therapy. The necessity to analyze the phenomenon arose because the surrounding context is constantly evolving due to the continuous and fast-paced technological developments, that bring about significant changes not only in the ways relationships are managed, but also in the possibility of intervention of different working figures, such as mental health professionals. As a

DOI: 10.36131/COGNCL20190206

SOTTOMESSO MARZO 2019, ACCETTATO NOVEMBRE 2019

matter of fact, online therapy makes it possible to overcome logistical problems, reaching individuals who have difficulty contacting a psychologist or psychotherapist. Despite this, some cases appear to be more delicate, and require in-person contact between the practitioner and the patient to be treated. There also exist legislative problems that may hinder the use of the distance therapy service. The online and traditional strategies differ in some fundamental aspects, like the very essence of communication. These areas were analyzed and the limits and benefits for the patient highlighted, trying to depict a clear picture of a phenomenon that is becoming increasingly relevant in Italy.

Key words: online therapy, internet, technological innovation

Introduzione

Il termine “terapia *online*” include ogni tipologia d’interazione terapeutica professionale e qualificata che utilizza il mezzo di internet per connettere professionisti della salute mentale e i destinatari del servizio (Bloom 1998; Rochlen et al. 2004).

La terapia *online* può essere condotta in diverse modalità, come ad esempio la videoconferenza, che permette una comunicazione di tipo sincronico o la *chat* e le *e-mail*, di tipo asincronico (Suler 2000).

I servizi di supporto psicologico presentano un gran numero di vantaggi, i quali permettono di superare i limiti insiti nelle sedute faccia a faccia (Maheu e Gordon 2000; Alleman 2002): è possibile incrementare la possibilità di accesso all’assistenza psicologica, allargando l’offerta anche a coloro che dispongono di mobilità limitata, restrizioni temporali, logistiche e fisiche di vario genere. La terapia *online*, dunque, potrebbe permettere di porre rimedio alle lunghe liste d’attesa dei servizi pubblici ed evitare il peggioramento di alcune diagnosi nel caso di impossibilità a rivolgersi ad un terapeuta *vis-à-vis*. Il supporto e la prevenzione, in particolare nei casi più gravi, è fondamentale (APA 2014)

Inoltre, attraverso la modalità *online* è possibile eludere situazioni di timore di giudizio e stigmatizzazione (come nel caso della consulenza sessuologica): la rete permette di accedere ad un servizio di supporto in maniera veloce e senza spostamenti ulteriori, garantendo in questo senso una maggiore privacy del paziente. Nei primi anni 2000 è stato analizzato un fenomeno noto come “effetto di disinibizione *online*” (Suler 2004), per il quale sul web gli individui tendono ad esprimersi e agire più intensamente che di persona. Lo schermo si frappone tra l’individuo e il mondo *online*, creando una barriera che può fungere da protezione. In questo caso è generalmente più facile per un paziente aprirsi con un professionista della salute mentale, in quanto la distanza fittizia data dalla modalità online permette di percepire meno l’eventuale difficoltà del confronto con il professionista, più evidente in un incontro *vis-à-vis*.

Un target di individui adatto alla terapia *online* è composto dagli adolescenti, in quanto i giovani tendenzialmente sono più propensi all’utilizzo della tecnologia (Sweeney et al. 2016). Tuttavia, non tutte le persone sono indicate per usufruire di questi tipi di servizi: non risultano essere soggetti adatti alla terapia a distanza pazienti gravi con problemi legati all’esame di realtà o di ideazione suicidaria (Stoffe 2001). Questi casi sono estremamente delicati e necessitano della presenza fisica del terapeuta, specialmente per gestire eventuali comportamenti pericolosi. Occorre condurre un’attenta valutazione dei pazienti, sia nella fase di consulenza che di effettiva presa in carico. L’*International Society for Mental Health Online* (ISMHO), organizzazione non-profit fondata nel 1997 per promuovere la comprensione, l’uso e lo sviluppo della comunicazione *online*, ha proposto delle linee guida per il trattamento delle situazioni di emergenza, che è possibile consultare sul sito www.ishmo.org: si richiede al terapeuta di acquisire dati sensibili

del paziente, come nome e indirizzo, e prendere contatti con un professionista locale per un eventuale invio.

Un ulteriore elemento critico riguarda la comunicazione (Gupta e Agrawal 2012): il linguaggio del corpo e i segnali non verbali sono poco disponibili durante le videochiamate e ne può conseguire un incremento delle incomprensioni o difficoltà di comunicazione. Inoltre, i vari dispositivi di comunicazione potrebbero andare incontro a malfunzionamento ed alterare la qualità della seduta. È dunque di importanza fondamentale essere abili nell'utilizzo del computer, possedere una buona connessione ad Internet e avere la disponibilità di un luogo tranquillo e riservato.

Altra criticità è che lo sviluppo tecnologico non necessariamente segue quello legislativo. In Italia sono nati negli ultimi anni diversi servizi di assistenza psicologica *online* (come SIPO, Servizio Italiano di Psicologia Online, e Psicoadvise), che basano la loro legittimità su alcune linee guida proposte dal Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (CNOP). L'Ordine degli psicologi della Lombardia (OPL) ha successivamente arricchito le indicazioni proposte dal CNOP: è possibile richiedere alcuni documenti aggiuntivi a quelli emanati, come ad esempio il “*kit pronto all'uso per lo psicologo online*”, creato nel 2012 a seguito del notevole aumento di richieste di prestazioni psicologiche *online*. Tuttavia, nell'ambito delle attività più strettamente cliniche (psicoterapia, psicodiagnosi), il CNOP indica di utilizzare i dispositivi di comunicazione a distanza solo dopo l'instaurazione di un rapporto diretto (Consiglio Nazionale Ordine Psicologi 2013).

La ricerca inoltre conferma che la terapia *online* può essere utilizzata come vero e proprio veicolo di supporto psicologico per determinate categorie di pazienti, e che essa risulta efficace tanto quanto la terapia tradizionale (Barak et al. 2008; Wagner et al. 2014; Moritz et al. 2012).

1. Società in trasformazione nel mondo digitale

1.1. Utilizzo di internet nel mondo e relazioni in movimento

Internet, al giorno d'oggi, è nelle mani e alla portata della quasi totalità della popolazione: dal report del *Global Digital 2018*, indagine condotta su 239 paesi da *We are Social* in collaborazione con *Hootsuite*, è emerso che il numero degli individui provvisti di connessione ad Internet ha superato la soglia dei 4 miliardi. Il tempo trascorso connessi è di circa 6 ore al giorno, di cui 2 sono dedicate all'utilizzo dei *social media*, in particolare YouTube e Facebook (numero di utenti +15% rispetto al 2017), nonostante Instagram sia in crescita costante tra gli adolescenti.

Secondo i dati del report, in Italia gli utenti del web sono aumentati di 4 milioni (10%) rispetto al 2017, con il 73% della popolazione che ha completo accesso ad Internet. Il mondo digitale, dunque, è ormai parte integrante del tessuto della società, divenendo sempre di più un supporto imprescindibile alla quotidianità. L'atteggiamento rispetto alla tecnologia, inoltre, è tendenzialmente positivo: il 53% degli italiani ritiene che le nuove tecnologie offrano più opportunità che rischi; il 54%, se possibile, preferisce completare incarichi in modo digitale.

Il rapporto Istat del 2018 sull'utilizzo delle ICT (Information Communication Technology) in Italia evidenzia un divario importante tra le generazioni nell'utilizzo di Internet, tanto che i nati dopo il 1995 sono definiti “nativi digitali”. Gli utenti regolari di internet di questa fascia di età, infatti, superano del 90% gli appartenenti alla generazione precedente, i nati tra il 1981 e il 1995 (*Millenials*). È interessante notare come le tecnologie tendano ad integrarsi sempre di più alle generazioni più giovani, che per questo vengono chiamate *IGeneration* (generazione delle reti).

I dati Istat evidenziano inoltre che, in aggiunta alle modalità di accesso ad Internet, le

generazioni si differenziano anche per l'uso che ne fanno. Nonostante l'utilizzo della rete per comunicare sia trasversale, quella dei *Millennials* è la generazione più dedicata alle attività di commercio elettronico, mentre le generazioni meno giovani (*baby boomers*, tra il 1946 e il 1964 e la *X-generation*, 1960–1980) utilizzano maggiormente la rete per svolgere attività ludiche o culturali. Tuttavia, è bene sottolineare che il grado di istruzione può rendere evanescenti i divari tra generazioni, poiché sempre più lavori di alta responsabilità richiedono un contatto diretto con le tecnologie.

I recenti sviluppi tecnologici hanno reso Internet una delle strade privilegiate per la comunicazione tra persone vicine e lontane, intime ma anche estranee. Nell'ultima decade i *social media* hanno costituito un vero e proprio fenomeno, e i dati delle ricerche citate mostrano che la quasi totalità degli utenti attivi del web utilizza piattaforme come *Facebook*, *Twitter*, *Instagram* per creare o coltivare le relazioni. Non solo *social media*, ma anche *app* di messaggistica istantanea, che facilitano la comunicazione immediata: *WhatsApp*, prima per popolarità, vanta 1,5 miliardi di utenti attivi a febbraio 2018, ed il dato mira a crescere (La Repubblica, 1 febbraio 2018).

1.2. Salute e frontiera digitale

Uno studio di Eysenbach e Kohler (2003) ha riportato che, negli Stati Uniti, ogni giorno vengono effettuate 6.75 milioni di ricerche a tema salute. In Italia la situazione non differisce: da un questionario realizzato dal Centro Medico Santagostino (2018) è emerso che il 97,6% delle persone ricerca in modo autonomo informazioni sul web per ciò che concerne la propria condizione fisica. La ricerca di informazioni avviene quasi esclusivamente in maniera passiva, ed infatti i forum di pazienti e gruppi salute non godono di grande popolarità in Italia. Ciò che maggiormente si ricerca sono i sintomi (75,9%), patologie (73,9), domande sui farmaci (67,6%). Si classifica in ultima posizione la ricerca di informazioni riguardanti gli esami e l'interpretazione dei referti. La ricerca citata conferma che le comunità virtuali e i forum sono una realtà consolidata, dove è possibile chiedere aiuto e supporto, apprendere utili informazioni o strategie di *coping*, con il risultato che l'individuo possa sentirsi più in controllo della propria condizione patologica (in particolare nel momento che segue la diagnosi).

La rivoluzione digitale non ha unicamente modificato l'approccio del singolo alla salute, ma tutto il settore sanitario è in via di profonda trasformazione. Vi è una diffusione sempre più marcata di *app* dedicate alla salute: una ricerca dell'Osservatorio "Innovazione Digitale in Sanità" della *School of Management* del Politecnico di Milano (2016), ha rilevato il punto di vista dei cittadini italiani sull'utilizzo di tecnologie digitali per ciò che riguarda l'accesso a servizi e informazioni legati alla salute. Dall'indagine è emerso che gli italiani preferiscono i servizi fisici piuttosto che quelli *online*, ma una tendenza che si va rafforzando è quella dell'utilizzo di *app* per ricercare farmacie di turno o per informarsi sui farmaci. In fase di diffusione sono anche le *app* di *coaching* per monitorare lo stile di vita o i parametri vitali.

La sanità mobile, o *mHealth*, intesa come "*pratiche cliniche e di salute pubblica supportate dai dispositivi mobili*" (DoRs 2017) comprende anche il mondo della telemedicina, che permette, attraverso tecnologie d'avanguardia, l'incontro virtuale tra medico e paziente distanti tra loro. Si distinguono, in particolare, servizi di telemedicina specialistica (visita, consulto, assistenza primaria nei pazienti affetti da patologie croniche). Rientra in questa categoria la terapia *online*.

2. Terapia online

2.1. Una definizione

La terapia *online* è stata definita come:

“Una nuova modalità terapeutica improntata all’assistenza e alla cura della sofferenza psichica attraverso vie virtuali, sincroniche o asincroniche. Si tratta di un processo di interazione tra terapeuta e paziente mirato al trattamento di problematiche di vita, con la particolarità che i due attori sono in luoghi separati o remoti ed utilizzano la via digitale per comunicare tra di loro” (Olasupo e Atiri 2013)”.

La comunicazione asincrona utilizza le tecniche di *start/stop*, secondo cui per la trasmissione di un messaggio non è necessario che mittente e destinatario siano contemporaneamente attivi o collegati. Tra gli strumenti più utilizzati che rientrano in questa modalità comunicativa troviamo la posta elettronica.

Nella comunicazione sincrona, invece, i partecipanti alla relazione interagiscono tra loro in modalità simultanea. Tra gli strumenti che permettono questo tipo di trasmissione di informazioni vi sono le *live chat* (interazione in tempo reale), applicazioni per lo *smartphone*, conferenze audio-video e *webcam*. Suler, già nel 2000, ha permesso di creare un modello di classificazione delle diverse modalità di terapia *online*:

- a) Testo-*chat*
- b) *Chat* multimediale
- c) Telefonate in internet
- d) Conferenze audio-video
- e) Messaggi istantanei
- f) *E-mail*
- g) Diari di bordo

È possibile condurre la terapia *online* in più modalità. Il servizio può essere inoltre fornito non solo come unica modalità di “incontro”, ma anche in aggiunta al tradizionale lavoro clinico.

2.2. Studi sull’efficacia della terapia online

Carenza di linguaggio non verbale, diverse regole di vicinanza rispetto alle sedute tradizionali, rottura dei confini e quindi possibili contatti con individui di ogni luogo e cultura: la sola idea di terapia *online* pone una lunga serie di sfide, oltre alle questioni etiche e legislative. Gli studi mirati a provare l’efficacia della terapia *online* sono in costante crescita ed alcuni ricercatori si sono occupati di avvalorare l’efficacia della terapia *online* per disturbi specifici (Bergström et al. 2010; Postel et al. 2011; Vaart et al. 2014).

Una ricerca di Wagner et al. (2014), nell’ambito del trattamento della depressione, dimostra come le differenze in termini di risultati tra l’efficacia della terapia *online* e *offline* non siano significative. Lo studio è stato condotto su 62 partecipanti, di cui 32 sono stati affidati alla terapia faccia a faccia e 32 alla modalità *online*. Entrambi i gruppi sono stati sottoposti ad 8 settimane

di terapia cognitivo comportamentale, con risultati incoraggianti in tutti e due i casi in termini di miglioramento di sintomi e benessere psichico.

Ciò che emerge da un ulteriore studio del 2012 (Moritz et al.) è che i pazienti con una depressione moderata mostrano una risposta migliore alla terapia *online* rispetto ai soggetti con depressione maggiore. Le analisi quantitative sono state eseguite attraverso l'utilizzo del *Beck Depression Inventory (BDI)*, *Dyadic Adjustment Scale (DAS)*, *The World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL-BREF)* e *Selfesteem Scale (RSE)*.

Dai risultati ottenuti è possibile trarre alcune conclusioni: è vero che la terapia *online* si è rivelata non particolarmente efficace per i soggetti con depressione maggiore, però un lieve miglioramento dei sintomi rispetto ai pazienti meno gravi è stato in ogni caso riscontrato.

La terapia *online*, in questa circostanza specifica, potrebbe essere adottata come veicolo per quella tradizionale, soprattutto per i soggetti che a causa di ragioni personali o logistiche non possono farvi ricorso. Queste evidenze scientifiche suggeriscono l'integrazione tra le due modalità, piuttosto che la preferenza netta per l'una o l'altra.

Un ulteriore studio è stato condotto da Vaart et al. nel 2014, in cui è risultato che la mescolanza di supporto *online* e faccia a faccia abbia prodotto risultati positivi nei pazienti affetti da depressione. La combinazione delle due modalità, inoltre, è stata accolta positivamente dai partecipanti allo studio, che riferirono di sentirsi più fiduciosi nella riuscita del trattamento grazie all'integrazione tra più strumenti.

Da alcuni studi emerge che gli adolescenti rivestono la fetta di popolazione più sensibile agli effetti della terapia *online*, soprattutto per quanto riguarda il trattamento delle dipendenze (Gainsbury e Blaszczynski 2011). La seduta virtuale incute meno timore nei più giovani, soprattutto per affrontare tematiche particolarmente delicate come quelle legate alla sessualità. In uno studio che ha analizzato un gruppo di adolescenti australiani, il 72% del campione riferì di sentirsi motivato nell'affidarsi ad un terapeuta *online* nel caso di bisogno. Il 32% ha mostrato di preferire la modalità *online* rispetto a quella tradizionale (Sweeney et al. 2016)

Gli studi sono incoraggianti anche per quanto riguarda il disturbo di panico. In una ricerca di Bergström et al. (2010) viene riportato uno studio condotto su 113 pazienti affetti da frequenti attacchi di panico. I soggetti sono stati suddivisi in due gruppi, di cui uno fu sottoposto a 10 settimane di psicoterapia *online*, mentre l'altro ad una terapia tradizionale della stessa durata. Successivamente è stato effettuato il *follow-up* per 6 mesi. I risultati non hanno evidenziato differenze significative tra i due gruppi, e in entrambi si è verificata una riduzione degli attacchi di panico e dei sintomi agorafobici.

L'attenzione scientifica si sta concentrando anche sul rapporto tra terapia *online* e disturbi alimentari. Uno studio importante risale al 2008 (Robinson e Serfaty), effettuato su 97 studenti di una università di Londra con disturbi alimentari. Ad una parte di essi (gruppo sperimentale) venne somministrata la *eBT, e-mail bulimia therapy*, in cui i soggetti vennero seguiti da terapeuti esperti in comunicazione asincronica. I risultati evidenziarono una diminuzione dei sintomi (secondo i criteri del DSM-5) rispetto al gruppo di controllo (nessun trattamento).

2.2 Alleanza terapeutica nella terapia *online*

Diversi ricercatori si sono interrogati circa l'alleanza terapeutica nella modalità *online*, poiché tale costrutto è considerato la base della riuscita di qualsiasi psicoterapia, indipendentemente dall'orientamento (Horvath e Luborsky 1993).

A tal proposito, in uno studio (Hanley 2009) sono state condotte analisi quantitative (*Therapeutic Alliance Quality Scale*) e qualitative (interviste) su un gruppo di soggetti impegnati

in una psicoterapia *online*, ed i risultati sono stati generalmente positivi. Tre quarti dei partecipanti riportarono una qualità media o alta di alleanza terapeutica.

La ricerca è stata condotta su soggetti adolescenti: i risultati risultano coerenti con quanto dichiarato circa la tendenza positiva dei giovani verso la terapia *online*. Le aspettative iniziali e la fiducia riposta nel clinico e nella modalità di conduzione della terapia sono fattori che aumentano la qualità dell'alleanza terapeutica, e di conseguenza la riuscita stessa del trattamento.

Anderson et al. (2012) condussero un ulteriore studio su soggetti adolescenti, al fine di valutare la qualità dell'alleanza terapeutica nella psicoterapia cognitivo comportamentale *online*. Nel primo studio, condotto su 73 ragazzi con disturbo d'ansia e i genitori di alcuni di essi, i partecipanti vennero assegnati in maniera casuale a condizioni di terapia online e terapia tradizionale. Dall'analisi dei risultati, per ciò che concerne gli adolescenti, non è stata riscontrata una differenza significativa tra i due gruppi, ed i miglioramenti in termini di sintomi sono stati evidenziati in entrambi i casi. L'alleanza terapeutica è risultata forte sia nella condizione di terapia online che in quella faccia a faccia.

In un secondo studio, 132 bambini e adolescenti con disturbo d'ansia vennero suddivisi in due gruppi. Ad uno fu assegnato un trattamento di terapia cognitivo comportamentale tradizionale, mentre il secondo gruppo venne trattato con il *minimal cbt program*, caratterizzato da comunicazione asincrona tra terapeuta e paziente attraverso lo scambio di *e-mail* settimanali, ed una sola condizione di comunicazione sincrona attraverso una breve chiamata. I risultati evidenziarono un decremento dei sintomi ansiosi in entrambe le condizioni, con una ottima qualità di alleanza terapeutica. Inoltre, nei casi in cui l'alleanza era più forte, si è verificato un decremento maggiore dei sintomi.

Questo studio mette in luce il fatto che l'alleanza tra terapeuta e paziente si modifica rispetto alle metodologie adottate per la conduzione della terapia. Nei casi in cui la comunicazione è asincronica, è possibile che si potenzino altri elementi della relazione, come la maggiore focalizzazione sugli obiettivi. Un ruolo importante è infatti giocato dalla motivazione del paziente (Abbott et al. 2008).

Una ricerca condotta su soggetti non adolescenti appartiene a Cook e Doyle (2002), condotta su 15 partecipanti tra i 19 e gli 80 anni, tutti impegnati in una terapia *online* al momento dell'indagine. È emerso che i pazienti dimostrarono di percepire una forte alleanza con il proprio terapeuta, in maniera del tutto simile a quanto è possibile riscontrare nelle terapie tradizionali. Ancora una volta è dimostrato che l'alleanza terapeutica e la relazione empatica possono svilupparsi indipendentemente dalla modalità di comunicazione.

È stato precedentemente riportato che la terapia cognitivo comportamentale *online* risulta efficace nel trattamento della depressione. Preschl et al. (2011) hanno quindi studiato le analogie e le differenze con la terapia tradizionale. La ricerca ha analizzato la qualità dell'alleanza terapeutica tra soggetti impegnati in un percorso di terapia cognitivo comportamentale *online* e uno seguito da terapeuti CBT tradizionali. Sono state svolte indagini durante e dopo il trattamento attraverso il *Working Alliance Inventory* e il *Beck Depression Inventory*. Entrambi i gruppi hanno ricevuto lo stesso trattamento di 8 settimane. I risultati non sono discrepanti con quanto precedentemente riscontrato: anche nel caso di soggetti depressi, l'alleanza terapeutica può essere di elevata qualità nel trattamento *online*.

Interessante è anche la ricerca di Sucala et al. (2013), che ha invece indagato la concezione dei clinici rispetto alla qualità dell'alleanza terapeutica *online*. Dallo studio è emerso che i terapeuti sono poco consapevoli di quali possano essere i risvolti della relazione *online*, sentendosi di conseguenza meno sicuri di sé in rete rispetto che faccia a faccia. Il problema si amplifica

ulteriormente negli interventi via *chat* ed *e-mail*, in cui la comunicazione asincrona pone ulteriori ostacoli e limiti allo sviluppo della relazione. Il vissuto dei terapeuti è comprensibile, perché in letteratura ci sono ancora pochi studi che trattano l'argomento.

3. Terapia 2.0: analogie e differenze tra online e offline

3.1 Nuova comunicazione

Online therapy non vuol dire semplicemente “fare terapia *online*”, emulando con la realtà “virtuale”, oggi permessa dalla rete, la situazione “reale” dell'incontro paziente-terapeuta, che quindi fornisce un elemento di paragone o modello che deve essere avvicinato il più possibile.

Un primo elemento che differenzia in modo profondo la terapia *online* da quella *offline* è l'essenza stessa della comunicazione.

Un metodo per costruire fiducia ed alleanza tra terapeuta e paziente, vista la mancanza o scarsità di comunicazione non verbale, è di spiegare apertamente al paziente le nuove regole del gioco, per evitare incomprensioni e frustrazione durante le sedute. Una buona prassi potrebbe essere quella di fornire al paziente un consenso informato in cui è specificato chiaramente come si svolgerà la seduta, e quali sono gli aspetti nuovi rispetto alla terapia tradizionale (Algeri et al. 2018).

Un elemento da tenere in considerazione nel contesto *online* è la caducità della connessione Internet che potrebbe essere bruscamente interrotta a causa di un *crash* di sistema, e la stessa APA, *American Psychological Association* (2002), propone di disporre con il paziente dei metodi alternativi di comunicazione, ovviando a problematiche di tipo tecnologico.

3.2 Nuovi setting

La ricerca prova che l'approccio cognitivo comportamentale risulta più indicato per la conduzione di una psicoterapia o consulenza *online* (Postel et al. 2011; Preschl et al. 2011; Wagner et al. 2014)

Nelle critiche alla *online therapy* si riscontra l'idea implicita che la modalità tradizionale sia l'unica via per garantire che il processo terapeutico conduca verso il benessere del paziente, definendo la modalità *online* una simulazione di terapia vera e propria (Psychology Today 2010)

Probabilmente il progredire della tecnologia permetterà un'esperienza ancora più immersiva rispetto a quella oggi possibile, in modo da superare (per quanto pensabile) i limiti insiti e donare un'esperienza più coinvolgente. Ad esempio, la realtà virtuale, tecnologia attraverso cui è possibile creare un ambiente grafico che doni all'utilizzatore la sensazione di esservi fisicamente immerso, può essere impiegata in psicoterapia per calare il paziente nel “realismo virtuale”, un contesto emozionalmente evocativo sentito come reale dal soggetto.

Il limite maggiore di questa tecnologia è che non vi è possibilità di interazione (Riva 2005).

Alcune ricerche stanno testando la VRET (*virtual reality exposure therapy*) per trattare alcuni disturbi, come il disturbo di ansia generalizzato e fobie. Dalla meta-analisi della letteratura condotta da Parsons e Rizzo (2008) su 52 studi, è emerso che il trattamento è risultato efficace nella riduzione dei sintomi e dei comportamenti evitanti tipici di questi due disturbi. Inoltre, un punto a favore della realtà virtuale riguarda i costi contenuti, rendendola un nuovo ed importante strumento da integrare nella clinica terapeutica.

3.3 Nuove abilità

Internet mette in comunicazione un clinico con potenziali pazienti provenienti da tutto il mondo, perché i confini spaziali e temporali vengono annullati, ponendo la questione di un approccio multiculturalmente.

Una abilità importante, quindi, è quella di riuscire a rapportarsi con un *background* culturale che può rivelarsi totalmente diverso rispetto al proprio. Un approccio in favore del multiculturalismo diventa base fondamentale (Chang 2005).

Tra le altre capacità che il professionista dovrà acquisire rientrano le competenze tecnologiche, non solo nell'utilizzo del computer, ma anche nel maneggiamento di software al fine di garantire la privacy del paziente per evitare che terze parti ricevano o rubino le informazioni condivise durante una sessione *online*. Si pone la necessità di trovare una modalità efficace per garantire la sicurezza, ad esempio servendosi di software che permettono di crittografare i dati trasmessi attraverso la connessione internet.

Nella terapia tradizionale può accadere che i terapeuti registrino gli incontri. In modo analogo, nella modalità *online* il professionista ha la possibilità di tenere traccia di conversazione via *chat* e *e-mail*. Il paziente deve essere informato per evitare fraintendimenti o tensioni che altererebbero la qualità della relazione terapeutica. La trasparenza e la sicurezza sono alla base delle sessioni *online* (Algeri et al. 2018).

3.4 Benefici per il paziente

Di seguito si riportano vantaggi e svantaggi della terapia *online*, come indicato da Rochlen et al. (2004).

Accesso facilitato: Persone in aree rurali possono entrare in contatto con esperti anche molto lontani da loro, facilitando enormemente il processo di scelta del professionista più adatto alle proprie esigenze. Il supporto psicologico *online* permette inoltre di raggiungere soggetti che sono costretti a viaggiare spesso per cause lavorative o chi presenta limitazioni fisiche che rendono difficoltosi gli spostamenti.

Possibilità di espressione in più canali: Un solo canale potrebbe non essere l'ideale per le esigenze di comunicazione di un paziente. Attraverso la terapia *online* è possibile adottare mezzi di comunicazione asincronici e sincronici, anche alternandoli tra loro.

Effetto di disinibizione online: Sul web gli individui si esprimono e agiscono più intensamente che di persona, e si verificano differenti livelli di disinibizione. In questo caso è generalmente più facile per una persona accettare di parlare dei propri problemi ad un esperto, perché la "presenza virtuale" è sentita come meno minacciosa della presenza reale.

3.5 Limiti per il paziente

Digital divide: Non tutti hanno accesso ad Internet, e con il termine *digital divide* si intende proprio il *gap* che si crea tra chi ha possibilità di utilizzare la tecnologia e le informazioni contenute in essa e chi ne è privo (Van Dijk 2006). Una statistica rinvenibile in una ricerca di Hoffman et al. (2000) afferma che, in America solo il 2% degli utilizzatori di Internet è

composto da afroamericani, nonostante essi costituiscano il 15% dell'intera popolazione. Si pone la necessità di fornire i servizi di Internet equamente, al fine di evitare la formazione di un *gap* troppo grande tra chi è *online* e chi non ha possibilità di connettersi. Anche lo psicologo/psicoterapeuta, inoltre, dovrebbe essere formato all'utilizzo delle tecnologie. Un'altra criticità è che molti stati non permettono la connessione fuori dai propri confini. In un articolo pubblicato sul sito di *American Psychological Association* è spiegato come in alcuni Stati è permesso ai professionisti di effettuare terapia *online* solo per un tempo limitato (di solito dai 10 ai 30 giorni all'anno). È opportuno, in ogni caso, far riferimento alla legislazione dello stato in cui si effettua la connessione.

Riservatezza: Vi è la possibilità che corrispondenze private possano essere *hackerate* e quindi accessibili a terzi, soprattutto nel caso in cui non si adottasse la crittografia *end-to-end* che permette di nascondere comunicazioni e dati creando una sorta di schermo crittografico. In questo modo solamente i due partecipanti della conversazione saranno in grado di leggere il contenuto del messaggio, mentre eventuali *hacker* che proveranno a inserirsi nella trasmissione della comunicazione riusciranno ad accedere unicamente a una lunga stringa di caratteri incomprensibili e indecifrabili.

Limiti nella presa in carico di pazienti gravi: Non risultano essere soggetti adatti alla terapia a distanza pazienti gravi con problemi legati all'esame di realtà, di ideazione suicidaria, vittime attuali di violenza o abusi sessuali e chi presenta disturbi di personalità gravi. Questi casi sono estremamente delicati e necessitano della presenza fisica del terapeuta, anche per gestire eventuali comportamenti pericolosi (Stofle 2001).

4. Normativa attuale e linee guida per il supporto psicologico a distanza

4.1. *Questioni giuridiche*

Nell'ambito della terapia *online* la questione legislativa è ancora ambigua. Con il trascorrere degli anni, organizzazioni professionali, come NBCC (*National Board for Certified Counselors*), APA (*American Psychological Association*) e ISMHO si sono caricate della responsabilità di stabilire un codice etico che moduli la terapia *online*.

4.2. *Standard europei e americani*

Vi sono differenti codici, basati in linea generale sugli stessi principi. Tra questi si annovera l'*International Society for Mental Health Online* (ISMHO, www.ismho.org), organizzazione *no profit* fondata nel 1997 per promuovere la comprensione, l'uso e lo sviluppo della comunicazione *online*. Alcuni degli obiettivi proposti dall'organizzazione sono: educare i professionisti della salute mentale sulle tecnologie di comunicazione ed informazione più attuali; esplorare e sviluppare l'uso del computer nell'ambito del lavoro di salute mentale; analisi delle questioni di privacy, pseudonimo e anonimità nel contesto *online*. Infine, lo sviluppo di linee guida per modulare le interazioni *online* tra professionisti della salute mentale e clienti (ISMHO 2000). Gli standard sono i seguenti:

Consenso informato. Il paziente dovrà essere informato sul processo, su chi è il professionista che lo prende in carico, i potenziali rischi e benefici del servizio *online*, come evitare situazioni

negative, oltre che informazioni su servizi alternativi alla terapia o consulenza *online*. È richiesto che nella sezione di presentazione dello psicologo o terapeuta sia indicato il vero nome e il percorso di formazione.

Dovere di avvertire. In aggiunta al consenso informato, i professionisti devono avvertire le autorità o terze parti nel caso in cui un paziente mostrasse di essere pericoloso per sé o per un altro individuo. Il dovere di avvertire ha il rischio di risultare particolarmente problematico *online* perché il professionista potrebbe non essere al corrente del nome reale o della locazione geografica del paziente. Ulteriore difficoltà riguarda il valutare la potenziale violenza di un individuo in parziale o totale assenza di linguaggio corporeo e segnali vocali, in particolare se la terapia avviene senza l'ausilio del video.

Procedure operative standard. In linea generale, il professionista deve seguire le stesse procedure quando fornisce un servizio *online* e uno faccia a faccia, come: praticare entro i confini delle proprie competenze, condurre un'analisi iniziale del paziente per accettarsi che sia adatto alla terapia *online* e, tra le altre cose, rifarsi alle linee guida di organizzazioni professionali rilevanti.

Emergenze. Questa sezione chiarisce le procedure da seguire nelle situazioni di emergenza, e la maggior parte andrebbero discusse con il paziente al momento del colloquio. Tra le opzioni è rinvenibile il contattare un professionista locale per prendere personalmente in carico il paziente. Un individuo con reali intenzioni suicidarie, per esempio, potrebbe aver bisogno di un servizio più intenso rispetto a quello offerto dalla terapia *online*.

4.3 Linee guida in Italia

Di seguito si riportano testualmente le linee guida che il CNOP sancisce per la prestazione psicologica via internet a distanza, aggiornate al 2017.

Etica

1. I principi etici e le norme del Codice deontologico si applicano anche nei casi in cui le prestazioni vengono effettuate con il supporto di tecnologie di comunicazione a distanza (cfr. art 1 del Codice deontologico). Tali principi e norme debbono essere esplicitati attraverso documenti presenti sul sito o sulla piattaforma del professionista che eroga la prestazione.

Adeguatezza

2. Responsabilità di ogni psicologo, prima di iniziare un intervento *online*, valutare l'adeguatezza di tale strumento in base alle caratteristiche dell'intervento e dei soggetti coinvolti.

Competenza

3. Gli psicologi dovranno fornire servizi *online* entro i limiti della loro competenza derivata dalla loro formazione, istruzione, esperienza di tirocinio, o altre esperienze professionali, e dovrebbero comprendere i limiti e le applicazioni delle diverse tecnologie.
4. Lo sviluppo delle tecnologie di comunicazione a distanza consente interventi di *e-health*

di carattere psicologico. Tali contesti applicativi, per la complessità e la specificità che li caratterizza, richiedono al professionista la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso di particolari competenze nel loro uso.

5. Gli psicologi dovranno rendere identificabili le loro competenze ai clienti, dichiarando la loro identità (ad esempio, specificando una posizione geografica) e fornendo prove della loro identità, comprese le qualifiche, l'esperienza in materia (tra cui esperienza nella fornitura di servizi *online*) e l'appartenenza a qualsiasi registro/albo ed eventuali organi sociali competenti, e guidare il cliente su come/dove possono verificare queste informazioni; i siti web degli psicologi dovrebbero anche trasmettere queste informazioni in modo professionale, grammaticalmente corretto e privo di gergo.
6. Gli psicologi dovranno assumersi la responsabilità di valutare continuamente le loro competenze in questo settore.
7. Lo psicologo che offre prestazioni via internet comunica al proprio ordine l'indirizzo web presso il quale svolge tale attività, la tipologia di strumentazione software e la tipologia di media utilizzati.

Aspetti Legali

8. Gli psicologi dovranno conoscere e rispettare tutte le leggi e i regolamenti, quando la fornitura di servizi *online* ai clienti attraversa i confini giurisdizionali e/o internazionali, incluso il determinare se l'intervento psicologico *online* è consentito in tale giurisdizione o se si applicano restrizioni.
9. Per la custodia dei dati e delle informazioni si applicano le norme previste dalla normativa vigente.
10. Gli psicologi dovranno esplicitare all'utenza che la propria abilitazione consente la prestazione di servizi *online*.

Riservatezza

11. Gli psicologi devono (aggiornandosi costantemente) prendere tutte le precauzioni (ad esempio, le misure di sicurezza informatica) per proteggere e mantenere la riservatezza dei dati e delle informazioni relative ai propri clienti, oltre a doverli informare riguardo le precauzioni prese, anche riguardo il potenziale aumento dei rischi sulla riservatezza, inerente le differenti tecnologie utilizzate (per esempio, email vs videoconferenze) nonché i limiti che ciascuna modalità offre alla riservatezza
12. Lo psicologo che si serve di tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza è tenuto a utilizzare sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.

Consenso

13. Gli psicologi devono ottenere e documentare accuratamente il consenso informato, per quanto possibile, conformemente a tutte le leggi e regolamenti in materia.
14. Il consenso per i servizi di *e-mental health* deve affrontare le questioni chiave relative alla tecnologia, nonché il processo dell'intervento, tra cui: la privacy e la riservatezza, la struttura e la durata (tempi) dei servizi forniti, i rischi potenziali, le limitazioni dei rispettivi mezzi di comunicazione utilizzati e per i quali il servizio sarà/può essere fornito *online*, le tasse, le misure di sicurezza adottate, l'affidabilità della connessione *online*,

le attrezzature tecnologiche e le competenze, i limiti riguardo la comunicazione e la possibilità per le incomprensioni che potrebbero verificarsi, la tenuta dei registri (come e dove le informazioni personali saranno registrate e conservate e chi avrà accesso ad esse), le strategie di gestione del rischio, le disponibilità (tempi e modalità) ad essere contattati, le regole di partecipazione/termine e le politiche di cancellazione, così come le alternative all'intervento psicologico *online*.

Gestione delle crisi

15. Gli psicologi dovrebbero fornire riferimenti a strutture cliniche nella posizione geografica del cliente in caso di emergenza, prima di iniziare l'intervento *online*

Conclusioni

Il mondo si trova, ad oggi, in un momento cruciale e di profonda trasformazione, causata dall'evolvere incessante delle nuove tecnologie. Tantissimi lavori sono sulla via della scomparsa, l'uomo viene sostituito dalla macchina, con il suo agire perfetto e puntuale; altre professioni, invece, possono ora utilizzare le innovazioni tecnologiche come trampolino di lancio per arrivare oltre quelli che fino a ieri erano limiti insormontabili.

È quest'ultimo uno dei possibili scenari del supporto psicologico. Il contesto circostante può essere integrato e sfruttato anche da una disciplina che si è servita da sempre della vicinanza fisica e potenza della comunicazione. Le insidie possono essere innumerevoli, ma per non mettere al rischio il futuro della psicologia in un modo che invece va sempre più veloce, si rende necessario un atteggiamento obiettivo ed aperto da parte di psicologi e psicoterapeuti nei confronti delle tecnologie.

L'identità di un individuo, d'altronde, si sviluppa anche grazie all'interazione con il contesto circostante, che è ad oggi per la gran parte digitalizzato. Le nuove generazioni sono già abituate ad instaurare relazioni utilizzando come tramite un *device* e la connessione ad Internet, ed è quindi importante che i giovani psicologi in questo preciso momento storico imparino a familiarizzare con le tecnologie, per non rischiare di essere travolti dal nuovo che non cessa di avanzare.

Bibliografia

- Abbott JAM, Klein B, Ciechomski L (2008). Best practices in online therapy. *Journal of Technology in Human Services* 26, 2-4, 360-375.
- Algeri D, Gabri S, Mazzucchelli L (2018). *Consulenza psicologica online: esperienze pratiche, linee guida e ambiti di intervento*. Giunti Psychometrics, Firenze.
- Alleman JR (2002). Online counseling: The Internet and mental health treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 39, 2, 199.
- American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *The American psychologist* 57, 12, 1060-1073.
- American Psychological Association (2014). Guidelines for prevention in psychology. *The American Psychologist* 69, 3, 285.
- Anderson RE, Spence SH, Donovan CL, March S, Prosser S, Kenardy J (2012). Working alliance in online cognitive behavior therapy for anxiety disorders in youth: comparison with clinic delivery and its role in predicting outcome. *Journal of medical Internet research* 14, 3, e88.
- Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M, Shapira NA (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internetbased psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human*

- services 26, 2-4, 109-160.
- Bergström J, Andersson G, Ljótsson B, Rück C, Andréewitch S, Karlsson A, Lindefors N (2010). Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomised trial. *BMC psychiatry* 10, 1, 54.
- Bloom JW (1998). The ethical practice of Web Counseling. *British Journal of Guidance and Counselling* 26, 1, 53-59.
- Chang T (2005). Online counseling: Prioritizing psychoeducation, self-help, and mutual help for counseling psychology research and practice. *The Counseling Psychologist* 33, 6, 881-890.
- Cook JE, Doyle C (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior* 5, 2, 95-105.
- Eysenbach G, Kohler C (2003). What is the prevalence of health-related searches on the World Wide Web? Qualitative and quantitative analysis of search engine queries on the internet. In *AMIA annual symposium proceedings* vol. 2003. American Medical Informatics Association, 225.
- Gainsbury S, Blaszczynski A (2011). A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clinical psychology review* 31, 3, 490-498.
- Gill MM (1984). Transference: A change in conception or only in emphasis? *Psychoanalytic Inquiry* 4, 3, 489-523.
- Gupta A, Agrawal A. (2012). Internet counselling and psychological services. *Social Science International* 28, 1, 105.
- Hanley T (2009). The working alliance in online therapy with young people: Preliminary findings. *British Journal of Guidance & Counselling* 37, 3, 257-269.
- Horvath AO, Luborsky L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology* 61, 4, 561.
- Maheu MM, Gordon BL (2000). Counseling and therapy on the Internet. *Professional Psychology: Research and Practice* 31, 5, 484.
- Moritz S, Schilling L, Hauschildt M, Schröder J, Treszl A (2012). A randomized controlled trial of internet-based therapy in depression. *Behaviour research and therapy* 50, 7-8, 513-521.
- Olasupo MO, Atiri OS (2013). E-therapy: contemporary tool in psychotherapy: child & adolescent therapy and e-therapy. *IFE Psychologia: An International Journal* 21, 3, 277-280.
- Parsons TD, Rizzo AA (2008). Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: A metaanalysis. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 39, 3, 250-261
- Postel MG, de Haan H., Ter Huurne ED, van der Palen J, Becker ES, de Jong CA (2011). Attrition in web-based treatment for problem drinkers. *Journal of medical Internet research* 13, 4, e117.
- Preschl B, Maercker A, Wagner B. (2011). The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive behavioral therapy for depression. *BMC psychiatry* 11, 1, 189.
- Riva G (2005). Virtual reality in psychotherapy. *Cyberpsychology & behavior* 8, 3, 220-230.
- Robinson P, Serfaty M (2008). Getting better byte by byte: a pilot randomised controlled trial of email therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association* 16, 2, 84-93.
- Rochlen AB, Zack JS, Speyer C (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of clinical psychology* 60, 3, 269-283.
- Stoffle GS (2001). *Choosing an online therapist: A step-by-step guide to finding professional help on the web*. White Hat Communications.
- Sucala M, Schnur JB, Brackman EH, Constantino M, Montgomery GH (2013). Clinicians' attitudes toward therapeutic alliance in E-therapy. *The Journal of general psychology* 140, 4, 282-293.
- Suler JR (2000). Psychotherapy in cyberspace: A 5-dimensional model of online and computermediated psychotherapy. *CyberPsychology and Behavior* 3, 2, 151-159.
- Suler JR (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology & behavior* 7, 3, 321-326.
- Sweeney GM, Donovan CL, March S, Forbes Y. (2016). Logging into therapy: Adolescent perceptions of online therapies for mental health problems. *Internet interventions* 15, 93-99

- van der Vaart R, Witting M, Riper H, Kooistra L, Bohlmeijer ET, van Gemert-Pijnen LJ (2014). Blending online therapy into regular face-to-face therapy for depression: content, ratio and preconditions according to patients and therapists using a Delphi study. *BMC psychiatry* 14, 1, 355.
- Van Dijk JA (2006). Digital divide research, achievements and shortcomings. *Poetics* 34, 4-5, 221-235.
- Wagner B, Horn AB, Maercker A (2014). Internet-based versus face-to-face cognitivebehavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of affective disorders* 152, 113-121.

Sitografia

- Bozzaotra A, Cicconi U, Di Giuseppe L, Manzo S, Pierucci L (2017). Raccomandazioni sulle prestazioni psicologiche attraverso tecnologie di comunicazione a distanze. https://www.psy.it/allegati/documenti_utili/Raccomandazioni_CNOP_prestazioni_on_line.pdf.
- DoRS (2017). Collegarsi, la sanità mobile (mHealth). http://www.aslto3.piemonte.it/news/2018/dwd/1_mHealth_EHN.pdf
- Essing T (2010 15 marzo). Be warned: “online therapy” is not therapy, not really. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/over-simulated/201003/be-warned-online-therapy-is-not-therapy-not-really>
- Giannelli G (2018 7 settembre). Psicoterapia e interventi online: efficacia, alleanza terapeutica, orientamenti teorici e implicazioni etico-legali. <https://www.stateofmind.it/2018/09/psicoterapia-online-efficacia/>
- Il Sole 24 ore (2016 4 maggio). Osservatorio innovazione digitale/ L’e-health in Italia vale 1,34 mld, ma il passo è lento. Il report del Politecnico di Milano. <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2016-05-04/osservatorio-innovazione-digitale-l-e-health-vale-134-mld-ma-passo-e-lento--103853.php?uuid=ADGp0J>
- International Society for Mental Health Online (2000). Suggested principles for the online provision of mental health services. <http://www.ismho.org>
- Istat (2018). Rapporto Annuale 2018. <https://www.istat.it/it/archivio/214230>
- La Repubblica (2018 1 febbraio). Whatsapp, crescono gli utenti: un miliardo e mezzo al mese. https://www.repubblica.it/tecnologia/social-network/2018/02/01/news/whatsapp_crescono_gli_utenti_un_miliardo_e_mezzo_al_mese-187789040/
- Santagostino Magazine (2018 15 gennaio). Dottor Google, sempre più ricerche, sempre più ansia. <https://magazine.cmsantagostino.it/sintomi-ricerche-online-internet/>
- We are Social (2018). Global Digital Report 2018. <https://digitalreport.wearesocial.com/>