

PSICOTERAPIA ONLINE: LIMITI E VANTAGGI. IL PUNTO DI VISTA DEI TERAPEUTI E DEI PAZIENTI

Giuseppe Femia¹, Andrea Gragnani¹, Isabella Federico¹, Vittoria Zaccari^{1,2}, Claudia Perdighe¹, Marzia Albanese¹, Giuseppe Gagliardo¹, Barbara Basile¹, Maurizio Brasini^{1,2}, Martina Giacobbi¹, Erica Pugliese¹, Angelo Maria Saliani¹ e Francesco Mancini^{1,2}

¹ Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva – Associazione di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

² Università Guglielmo Marconi, Roma, Italia

Corrispondenza

E-mail: femia@apc.it

Riassunto

Oggetto: Il presente lavoro si propone di esplorare il tema della psicoterapia online in quanto modalità di intervento resasi necessaria a causa dell'emergenza COVID-19. È stata condotta una ricerca con lo scopo di indagare, dal punto di vista di terapeuti e pazienti, la qualità, l'autoefficacia percepita e le difficoltà legate al setting online, evidenziandone, limiti e vantaggi.

Metodo: Due macro-campioni, un primo composto da terapeuti (Tp) (n = 364) e un secondo da pazienti (Pz) (n = 226) hanno compilato un questionario costruito ad hoc, inviato con un link da remoto che indagava diverse aree. Sono state effettuate analisi esplorative e parametriche e sui due campioni (Tp e Pz) ottenendo diversi confronti e correlazioni.

Risultati: Dal confronto operato tra il campione totale dei Tp e dei Pz su un set di variabili indagate (qualità dell'interazione/comunicazione, condivisione, percezione del setting, COVID *self-disclosure*, autoefficacia percepita, impotenza, frustrazione, ottimismo, disponibilità a continuare in modalità online) emerge che il gruppo dei Tp mostra punteggi più elevati, rispetto al gruppo di Pz, su tutte le variabili indagate, mantenendo un atteggiamento ottimistico e una disponibilità a continuare la psicoterapia con modalità online anche a seguito della quarantena. Dall'analisi di confronto tra Tp con expertise e senza, emerge minore impotenza nei primi rispetto ai secondi senza esperienza progressa nel setting online. Infine, emergono interessanti correlazioni significative fra il pregiudizio negativo dei Pz, l'andamento della terapia, i vissuti emotivi negativi del paziente e la percezione del terapeuta durante la terapia in modalità online.

Conclusioni: Questo studio mette in luce interessanti risultati, evidenziando il punto di vista di psicoterapeuti e Pz sulla psicoterapia online. A riguardo, emergono alcune difficoltà riscontrate sia nei Tp che nei Pz. Vale a dire le preoccupazioni dei Tp riguardo all'autoefficacia percepita rispetto all'intervento, alla qualità della comunicazione con i propri Pz, maggiori nei Tp senza esperienza di terapia online progressa. Inoltre, si osserva nei Tp un maggiore ricorso ad interventi di *self-disclosure* rispetto al tema del COVID-19 e in risposta alle difficoltà percepite. Inoltre, il pregiudizio e le credenze al negativo dei Pz sembrano avere un'influenza sulla percezione della qualità della terapia. Lo studio evidenzia i vantaggi del setting online come funzionale alla gestione dell'emergenza e come possibile alternativa al setting standard. Fornisce spunti di riflessione riguardo la gestione del setting online sottolineando

DOI: 10.36131/COGNCL20200204

SOTTOMESSO 21 OTTOBRE 2020, ACCETTATO 5 GENNAIO 2021

come le difficoltà riscontrate non siano solo dei Pz ma anche relative al vissuto dei Tp, entrambi costretti dall'emergenza COVID-19 ad adattarsi al cambiamento di setting.

Parole chiave: psicoterapia online, emergenza COVID-19, pazienti, terapeuti, autoefficacia percepita, relazione terapeutica, aderenza al setting online, pregiudizio

ONLINE PSYCHOTHERAPY: LIMITS AND ADVANTAGES. THE POINT OF VIEW OF THERAPIST AND PATIENTS

Abstract

Objective: The aim of this work is to explore the issue of online psychotherapy as a means of intervention which has become necessary due to the COVID-19 emergency. Research was conducted with the aim of investigating, from the point of view of therapists and patients, the quality, self-efficacy and difficulties related to the online setting, highlighting their limitations and advantages.

Method: Two macro-samples, a first composed by therapists (Tp) (n=364) and a second by patients (Pz) (n = 226) filled out a questionnaire built ad hoc, sent with a remote link that investigated different areas. Exploratory and parametric analyses were carried out on the two samples (Tp and Pz) obtaining different comparisons and correlations.-

Results: From the comparison made between the total sample of therapists and patients on a set of investigated variables (quality of interaction/communication, sharing, perception of setting, COVID self-disclosure, perceived self-efficacy, impotence, frustration, optimism, willingness to continue online) it emerges that the group of therapists shows higher scores, with respect to the group of patients, on all the variables investigated, maintaining an optimistic attitude and a willingness to continue psychotherapy with online modality also following the quarantine. The comparison analysis between therapists with expertise and without, shows less impotence in the former than in the latter without previous experience in the online setting. Finally, interesting meaningful correlations emerge between the negative prejudice of the patients, the course of the therapy, the negative emotional experiences of the patient and the perception of the therapist during the therapy in online mode.

Conclusions: This study highlights interesting results, highlighting the point of view of psychotherapists and patients on online psychotherapy. In this regard, there are some difficulties found in both therapists and patients. However, it highlights the difficulties encountered most in both therapists and patients. That is to say, the therapists' concerns about the perceived self-efficacy of the intervention, the quality of communication with their patients, greater in therapists without previous experience of online therapy. In addition, therapists see greater use of *self-disclosure* interventions than the COVID-19 issue and in response to perceived difficulties. Furthermore, the prejudice and negative beliefs of patients seem to have an influence on the perception of the quality of therapy. The study highlights the advantages of the online psychotherapy as functional to emergency management and as a possible alternative to the standard setting. It provides food for thought regarding the management of this type of setting emphasizing how the difficulties encountered are not only patients-experience-related but also therapists-experience-related, both forced by the emergency COVID-19 to adapt to this change of setting.

Key words: online psychotherapy, COVID-19 emergency, patients, therapists, perceived self-efficacy, therapeutic relationship, adherence to the online setting, prejudice

Vogliamo ringraziare le allieve Camilla De Lorenzi e Sofia Di Donna del 4° anno del corso di specializzazione in psicoterapia cognitiva gestito dalla Scuola Italiana di Cognitivismo clinico e l'allieva Ermelinda Orsini dall'Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva sede di Roma, per il contributo che hanno fornito alla realizzazione del presente lavoro.

Introduzione

A causa della pandemia da COVID-19 e il relativo lockdown, si è determinato un cambiamento del setting in psicoterapia; dai colloqui in presenza ci si sposta ad una piattaforma virtuale, che consente di mantenere attivo il sistema di cura e la connessione tra paziente e terapeuta in un momento di emergenza collettiva e di distanziamento sociale. Tale cambiamento ha sollecitato tutti i clinici ad un rapido adattamento alle necessità poste da un evento imprevedibile, con un'inevitabile riduzione delle distanze ideologiche rispetto alla purezza del setting ideale. Chiaramente, questa situazione sollecita diversi quesiti di natura clinica e metodologica. In questo periodo ci si chiede se questo tipo di psicoterapia funzioni, se assicuri una continuità efficace del trattamento in corso e se sia una valida alternativa al setting standard. In particolare, appare interessante anche interrogarsi circa i vissuti e i punti di vista dei terapeuti e dei tenendo conto della loro esperienza durante il lockdown e delle eventuali esperienze pregresse con il setting online, nonché sul ruolo che possono avere alcuni pregiudizi o credenze a riguardo.

Infatti, rispetto al setting online, ipotizziamo che vi siano diversi pregiudizi al negativo e credenze che sembrano precederlo, ad esempio, ritenere che questo setting possa: inibire il clima di alleanza a causa della distanza fisica; non favorire l'empatia, il clima di sicurezza, la comunicazione e l'interazione; minacciare la privacy; inibire la condivisione di alcuni vissuti; spersonalizzare il rapporto terapeutico; essere ostacolata dal mezzo telematico; non favorire l'impiego di alcune tecniche immaginativo-esperienziali o di talune tecniche basate sul corpo.

Tuttavia, nonostante queste credenze e pregiudizi siano diffusi, talvolta anche nei clinici, la letteratura documenta (Hanley & Reynolds, 2009; Beatty & Binnion, 2016; Wind, Rijkeboer, Andersson, & Riper, 2020; Hubley, Lynch, Schneck, Thomas, & Shore, 2016; Kramer, Mishkind, Luxton, & Shore, 2013) come la psicoterapia online sembra essere utilizzata efficacemente da anni, innanzitutto per rispondere ad un problema di accessibilità e "democraticità" della cura, ovvero raggiungere gli "irraggiungibili" geograficamente o per altri ostacoli di varia natura (Mancuso, 2019), ma anche con plurime prove in sostegno della non inferiorità (Yuen, Goetter, Herbert, & Forman, 2012; Berger, 2017; Berryhill et al., 2019; Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper, & Hedman-Lagerlöf, 2018; Hoffmann et al., 2019) anche durante il periodo di emergenza da COVID-19 (Bouchard et al., 2020; Liu et al., 2020; Chherawala & Gill, 2020; Simon, 2020; Chiauzzi, Clayton, & Huh-Yoo, 2020; Waller et al., 2020; Yu et al., 2020) dimostrandone l'efficacia in termini di intervento, sostegno e riduzione del sintomo. In particolare, nello studio di Bouchard e colleghi (2020) condotto su 71 partecipanti adulti con disturbo di panico e agorafobia, divisi in due sottogruppi, entrambi in trattamento CBT, il primo (n=40) trattato mediante setting online e il secondo (n=31) tramite setting standard (*face-to-face*), ha evidenziato un significativo miglioramento della sintomatologia da panico, agorafobica assieme ad una riduzione dei timori legati alle sensazioni fisiche e ad un miglioramento del tono dell'umore: tali risultati sono stati riscontrati anche a 12 mesi di follow-up in entrambi i gruppi. Dagli Autori (ibidem) è stata indagata inoltre l'alleanza di lavoro (*working alliance*), misurata tramite il Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989) che è risultata molto forte sia nel setting online che in quello standard, non riscontrando quindi differenze significative.

Diversi risultati empirici (Shore, Schneck, Mishkind, Caudill, & Thomas, 2020; Backhaus et al., 2012; Bengtsson, Nordin, & Carlbring, 2015; Ellis et al., 2019) discutono la sua efficacia. Infatti, allo stato attuale, sebbene non ci siano ancora dati sufficienti per affermare in modo certo che abbia in assoluto lo stesso valore della terapia standard in presenza, diverse ricerche e review (Andrews, et al., 2018; Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010) ne documentano l'efficacia.

Per esempio, da una metanalisi condotta da Barak, Hen, Boniel-Nissim e Shapira (2008) su 64 studi (campione complessivo di 9764 partecipanti), che riguardano diversi orientamenti e diversi tipi di disturbi, emerge che l'efficacia complessiva è confrontabile con quella face to face (Mean effect size: 0.53, medium effect). Anche uno studio sull'impiego della Terapia Cognitivo Comportamentale online (TCC online), diretta a pazienti con Depressione Maggiore o Disturbi d'Ansia, conclude che la TCC online è una valida alternativa a quella tradizionale confrontando costi e benefici (Health Quality Ontario, 2019). Ancora, una review di Lewis, Roberts, Bethell, Robertson e Bisson (2018), che prende in esame studi che confrontano TCC tradizionale e online per Disturbo Post Traumatico da Stress, evidenzia alcuni benefici della terapia online, anche se la qualità degli studi non consente conclusioni definitive sulla confrontabilità dei trattamenti. Non ci sono evidenze che la terapia online non sia una modalità valida di intervento anche in situazioni critiche o di crisi, come disastri, traumi, comportamenti suicidari. Al contrario, interventi TCC online in situazioni di crisi rivelano una buona efficacia (da Silva, Siegmund, & Bredemeier, 2015). Inoltre, non ci sono evidenze di quanto non siano applicabili alcune procedure esperienziali in una terapia online. Al contrario, interventi basati sulla mindfulness online (MBI online) mostrano un'efficacia che va da medium a large effect size (Ma, She, Siu, Zeng, & Liu, 2018). È stato riscontrato anche per l'*Acceptance and Commitment Therapy* online (ACT online), miglioramenti nella gestione dello stress e nella depressione, significativamente più alti rispetto al gruppo di controllo (Räsänen, Lappalainen, Muotka, Tolvanen, & Lappalainen, 2016).

Sebbene in letteratura sia comprovata l'efficacia di questa modalità di psicoterapia non vi sono studi che documentino in particolare i vissuti dei pazienti e dei terapeuti rispetto alla terapia online durante un periodo di pandemia e al cambiamento repentino che altera il percorso standard di terapia intrapreso. Inoltre, gli studi a disposizione si focalizzano maggiormente sul punto di vista dei terapeuti e non sui beneficiari mettendo in evidenza lacune relative al ruolo delle credenze e del pregiudizio dei pazienti ad affrontare un cambiamento di setting o ad intraprendere un percorso online. Infatti, l'aderenza al setting online, rappresenta uno degli aspetti della terapia online su cui non ci sono dati definitivi. Ad esempio, da una review, Beatty e Binnion (2016) elencano una serie di predittori di una più alta aderenza al setting online quali: sesso femminile, aspettative alte sulla terapia, disponibilità di tempo e personalizzazione del trattamento. Suler (2004), alcuni anni fa, introdusse un ulteriore aspetto interessante del setting online che riguarda i fenomeni della *disinibizione* o dell'*auto-rivelazione (self-disclosure)*, due fenomeni *ricorrenti agiti* all'interno di uno spazio virtuale contrariamente a quanto potrebbe accadere di persona, poi ripresi e osservati anche in diversi studi successivi (Rochlen, Zack, & Speyer, 2004; Jenkins-Guarnieri, Pruitt, Luxton, & Johnson, 2015; Wagner, Horn, & Maercker, 2014; Reynolds, Griffiths, Cunningham, Bennett, & Bennett, 2015; Reynolds, Stiles, & Grohol, 2006; Mancuso, 2019; Best, McConnell, Davidson, Badham, & Neill, 2019; EËk et al., 2020).

In generale, potremmo affermare che questo cambiamento repentino del setting ha prodotto effetti tanto sugli psicoterapeuti quanto sui pazienti, beneficiari della terapia; entrambi, infatti, si sono trovati ad affrontare necessariamente la modalità online, confrontandosi con i suoi limiti e i suoi vantaggi. A tale riguardo appare interessante, e forse doveroso, riflettere circa le implicazioni cliniche della psicoterapia in modalità online con particolare riferimento allo stato mentale e al punto di vista sia dei pazienti che dei terapeuti

Obiettivi

In generale, l'obiettivo di questo studio è quello di approfondire il tema della psicoterapia online, fortemente attuale, seppur molto dibattuto, in questo periodo di emergenza dovuta alla

pandemia COVID-19, osservando e valutando le “risposte” sia da parte dei terapeuti che dei beneficiari, i pazienti, rispetto a questa modalità di intervento. In particolar modo, l’intento è quello di conoscere il punto di vista tra terapeuta e paziente del cambiamento circa la modalità di condurre la terapia in situazioni di emergenza e in una modalità diversa da quella a cui entrambi (terapeuti e pazienti) siano abituati, osservando le loro opinioni e la loro esperienza relativa al periodo di lockdown.

Nello specifico, gli obiettivi alla base di questo studio intendono:

1. Condurre un’analisi esplorativa supportata da dati parametrici sull’impiego della psicoterapia online valutando il punto di vista dei terapeuti e dei pazienti con lo scopo di verificare se emergono delle differenze tra i due gruppi rispetto ad alcune variabili: qualità dell’interazione/comunicazione, condivisione, percezione del setting, self-disclosure, autoefficacia percepita, impotenza, frustrazione, ottimismo, disponibilità a continuare in modalità online.
2. Verificare le differenze nel gruppo dei terapeuti che avevano esperienza pregressa con il setting online, con expertise, vs il gruppo di terapeuti senza expertise che, invece, hanno aderito per la prima volta alla modalità online solo nel momento di emergenza da COVID-19, valutando come influisce l’esperienza, ovvero, se è un moderatore rispetto all’andamento della terapia e all’autoefficacia percepita da parte del terapeuta.
3. Verificare quanto le credenze e i pregiudizi al negativo dei pazienti verso la terapia online abbiano un’influenza nel determinare una mancanza di aderenza al trattamento, una compromissione della qualità e dell’alleanza terapeutica, della percezione del terapeuta, della risonanza emotiva e dei vissuti e, dunque, osservare come influiscono o moderano l’andamento della terapia.
4. Valutare quanto la *self disclosure* (auto-rivelazione) sia un fenomeno ricorsivo nel setting online nei terapeuti e nei pazienti in relazione al tema COVID-19.

Metodo

Procedura

La ricerca è stata condotta su due campioni italiani, un primo composto da terapeuti (Tp), un secondo da pazienti adulti (Pz) e articolata in due fasi. La maggior parte dei Tp che hanno preso parte al seguente studio afferiscono alla Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC) e alle Scuole di Psicoterapia Cognitiva APC e SPC e sono stati contattati tramite il servizio interno di psicodiagnostica dell’APC/SPC di Roma. I Pz sono stati reclutati dagli stessi Tp sulla base di chi aveva aderito al passaggio al setting-online e di chi aveva iniziato ex novo la terapia mediante il setting online dall’inizio del lockdown. Il reclutamento dei Tp è avvenuto tramite la divulgazione online dello studio su tutto il territorio nazionale italiano. In una prima fase della ricerca è stato divulgato il questionario tramite un link da remoto e da compilare in forma anonima a psicoterapeuti a prescindere dal loro orientamento teorico (cognitivo comportamentale, psicodinamico, sistemico-relazionale, strategico etc). In una seconda fase della ricerca, il medesimo questionario è stato sottoposto ai Pz indicati da alcuni psicoterapeuti; il questionario è stato compilato in forma anonima e successivamente le risposte dei terapeuti e quelle dei pazienti sono state messe a confronto. Entrambe le forme del questionario indagavano le medesime aree. All’inizio del questionario tutti i partecipanti hanno ricevuto informazioni circa lo scopo e le modalità di svolgimento dello studio, nonché relative a anonimato e privacy. Dunque, veniva richiesto ai soggetti di sottoscrivere un consenso informato scritto. L’intera procedura dello studio è conforme alle linee guida dell’Associazione Italiana di Psicologia.

Strumenti

Al fine di testare le nostre ipotesi, due questionari (uno per i Tp e l'altro per i Pz) sono stati creati appositamente per i fini dello studio e indagavano un set di variabili: a) informazioni generali; b) la valutazione e l'aderenza al setting online; c) le tecniche e le procedure di intervento (ovvero l'applicabilità in termini di differenze nei metodi e negli obiettivi rispetto alla terapia standard); d) l'autoefficacia percepita rispetto alla psicoterapia online; e) la risonanza emotiva (le emozioni); f) la relazione terapeutica; g) la difficoltà/facilità nel setting online sulla base della sintomatologia presentata (psicopatologia); h) la psicoterapia online vs la psicoterapia standard (ovvero la valutazione delle differenze, in termini di limiti e vantaggi percepiti, in coloro che passano dalla modalità standard a quella online).

Sono state indagate alcune variabili in entrambi i gruppi:

1. Variabili descrittive: È stato chiesto ai partecipanti di indicare genere, età e orientamento dell'approccio psicoterapeutico del trattamento.
2. Esperienza pregressa con la terapia online: questa variabile è stata indagata mediante una domanda (*"Ha mai effettuato terapie telematiche prima dell'attuale emergenza socio-sanitaria?"*) a risposta dicotomica Sì/No che chiedeva al soggetto di indicare se avesse avuto esperienze con la terapia online prima del confinamento dovuto all'emergenza COVID-19.
3. Pregiudizio relativo alla psicoterapia con modalità online: Al fine di misurare il livello di pregiudizio del paziente (Pz_pregiudizio), al partecipante è stata posta una domanda specifica (*"Rispetto alla terapia online pensa di avere un pregiudizio?"*). È stato chiesto, inoltre, di indicare se il pregiudizio rispetto alla terapia online fosse cambiato (Pz_pregiudizio_cambiamento) nel corso della stessa (*"Se sì, il suo pregiudizio è cambiato durante la psicoterapia online?"*). Le domande prevedevano una risposta su scala Likert da 0 (per nulla) a 6 (moltissimo).

Partecipanti

1) Campione Tp

Hanno risposto al questionario un totale di 364 psicoterapeuti di cui il 75 % ad orientamento cognitivo comportamentale, il 9,62% costruttivista, il 6,59% psicodinamico-psicanalitico, il 6,4% sistemico relazionali, 0,82% strategica, 0,82% gestalt, 0,27% transazionale, 0,81% altro. Il 50,5% del campione è rappresentato da soggetti di età compresa tra i 31 e i 40 anni, il 5,8% si colloca fino a 30 anni, il 29,4% tra i 41 e i 50 anni, il 10,4% tra i 51 e i 60 anni, il 3,8% tra i da 61 in poi. Le regioni italiane più rappresentative del campione sono il Lazio (28,85%), la Lombardia (11,26%), l'Emilia Romagna (10,44%), il Veneto (10,44%), la Toscana (7,69%), il restante (31,32%) si distribuisce in modo eterogeneo in tutta la nazione. Il 54,95% dichiara di avere già esperienze precedenti con la terapia online. Il 44,51% non riferisce esperienza pregressa; il restante 0,55% non dichiara tale informazione.

2) Campione Pz

Il campione dei Pz reclutati non è stato selezionato rispetto alla durata o alle diverse fasi del trattamento psicoterapeutico e nemmeno in base alla presenza/assenza di uno specifico quadro diagnostico. Il campione, pertanto si presenta eterogeneo rispetto a queste due variabili (fase di

trattamento e quadro sintomatologico).

Hanno risposto al questionario 226 persone. Solo 217 hanno fornito informazioni socio-demografiche. Il 64,1% di sesso femminile mentre il 35,9 % di sesso maschile. La gran parte sono Pz che effettuano una psicoterapia cognitivo comportamentale (80,97%); il 2,21% ad orientamento costruttivista, il 4,92% psicodinamico-psicanalitico, il 7,96% sistemico-relazionale, il 0,44% strategico. Il 3,98% non fornisce informazioni. Il 33,2% del campione è rappresentato da soggetti di età compresa tra i 31 e i 40 anni, il 23,5% si colloca tra i 26 e i 30 anni, il 20,7% tra i 18 e i 25 anni, il 14,3% tra i 41 e i 50 anni, il 6% tra i 51 e i 60 anni e il restante 2,3 % dai 61 anni in poi. Le tre regioni italiane più rappresentative del campione sono il Lazio (42,5%), la Toscana (20,8%) e la Calabria (12,4 %); il restante si distribuisce in modo eterogeneo in tutta la nazione. La regione maggiormente rappresentativa per entrambi i campioni (Tp e Pz) è il Lazio, probabilmente le altre regioni differiscono in quanto nel campione Pz la domanda era relativa alla regione di residenza (“Regione in cui vive”) mentre riguardo al campione dei Tp la domanda indaga la regione di svolgimento dell’attività professionale (“Regione in cui svolge la sua attività professionale”); non abbiamo dunque raccolto lo stesso tipo di dato, e questo potrebbe costituire un altro dei limiti dello studio.

La maggior parte del campione svolge una psicoterapia per: (1) ansia, paura e fobia; (2) processi di auto-conoscenza; (3) gestione dello stress; (4) conflitti familiari; (5) eventi e vissuti traumatici. I disturbi più frequentemente dichiarati sono: Disturbo d’Ansia Generalizzata (DAG), Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), Disturbo Depressivo (DD) e Disturbo di Panico (DP). Il 55,75% del campione dichiara di avere intrapreso o ripreso la psicoterapia nel periodo di pandemia, il restante (40,27%) non ha intrapreso o continuato in modalità online la terapia. Il 3,98% non fornisce questo dato. Fra questi, il 13,27 % dichiara di aver avuto già in passato esperienze con la terapia online. Le analisi sono state svolte solo su coloro che hanno intrapreso la terapia online ex novo a partire dal periodo di lockdown e su coloro che hanno proseguito la terapia online.

Analisi dei dati

Tutte le analisi statistiche sono state svolte con l’utilizzo del software SPSS v.23 per Windows. In primo luogo, sono state svolte analisi descrittive con il calcolo delle frequenze, delle medie e delle deviazioni standard. In seguito, una serie di analisi parametriche sono state eseguite al fine di testare le nostre ipotesi. Nello specifico, i confronti tra gruppi sono stati svolti mediante l’analisi della varianza (ANOVA) o t-test. Infine, è stato compiuto il calcolo dei coefficienti di correlazione *r* di Pearson.

Risultati

1) Confronto tra gruppi

Come illustrato in **tabella 1**, l’analisi della varianza ha evidenziato che il gruppo di Tp mostra punteggi più elevati, rispetto al gruppo di Pz, su tutte le variabili indagate, ad eccezione di quella riguardante la disponibilità a continuare la psicoterapia con modalità online. Questo dato potrebbe suggerire come il gruppo di Tp, nonostante riferisca una buona autoefficacia percepita, manifesti tuttavia difficoltà comunicative in questo tipo di setting rispetto al setting standard e come tali difficoltà alle volte siano legate alla situazione specifica del lockdown e richiedano

interventi di self-disclosure. Riguardo al quarto obiettivo del nostro studio, possiamo notare come gli interventi di self-disclosure siano maggiori nel gruppo di Tp rispetto al gruppo dei Pz riguardo al “topic” del COVID-19 e come, tuttavia, esso sia un fenomeno trasversale, nonostante le differenze osservate tra Tp e Pz, osservabile nel setting online.

Tabella 1. *Analisi della varianza (ANOVA)*

| | Tp (n=362) | | Pz (n=217) | | F | p |
|--|------------|---------------------|------------|---------------------|---------|-------|
| | Media | Deviazione Standard | Media | Deviazione Standard | | |
| INTERAZIONE/COMUNICAZIONE | 2,65 | 1,46 | 1,73 | 1,67 | 41,807 | <.001 |
| PERCEZIONE DEL SETTING | 3,25 | 1,65 | 2,18 | 2,14 | 39,757 | <.001 |
| CONDIVISIONE | 2,81 | 1,57 | 1,02 | 1,51 | 174,347 | <.001 |
| COVID_SELF-DISCLOSURE | 3,51 | 1,59 | 2,05 | 1,82 | 94,610 | <.001 |
| IMPOTENZA | 2,57 | 1,76 | 1,32 | 1,79 | 62,592 | <.001 |
| FRUSTRAZIONE | 2,62 | 1,77 | 1,71 | 1,84 | 30,255 | <.001 |
| AUTOEFFICACIA PERCEPITA | 3,65 | 1,23 | 3,12 | 1,84 | 11,806 | .001 |
| OTTIMISMO | 3,69 | 1,35 | 3,14 | 1,64 | 13,19 | <.001 |
| DISPONIBILITÀ A CONTINUARE CON MODALITÀ ONLINE | 2,69 | 1,65 | 3,14 | 1,91 | 14,62 | <.001 |

Note: Tp, Terapeuti; Pz, Pazienti
 $p < .001$.

2) Confronto tra sottogruppi di terapeuti

Come illustrato in **tabella 2**, dall’analisi di confronto tra gruppi tramite T-test, emerge come il primo gruppo terapeuti con expertise (Tp E) mostra livelli più bassi di impotenza rispetto al secondo gruppo ovvero ai terapeuti senza expertise (Tp NE), mentre per quanto riguarda la frustrazione il primo gruppo mostra livelli più elevati rispetto al secondo. Da tale confronto emerge come effettivamente coloro che avevano già dimestichezza con questo tipo di setting, quindi anche in tempi non pandemici, siano maggiormente facilitati nell’utilizzo di questa modalità riferendo un minor grado di preoccupazione e un sentimento di impotenza rispetto alla richiesta d’aiuto e alla necessità di dovervi rispondere in una nuova modalità di lavoro in maniera ugualmente adeguata. La percezione di frustrazione, invece, intesa come autopercezione di sopraffazione e costrizione in risposta all’utilizzo di tale modalità alternativa sembrerebbe essere causata non tanto dal mezzo telematico di per sé, in qualche senso padroneggiato, quanto piuttosto dai livelli di pregiudizio e dalle problematiche di interazione e di diffidenza rilevate nel campione dei pazienti.

Tabella 2. *Setting online e risonanza emotiva. T-test con i gruppi di terapeuti con expertise e terapeuti senza expertise*

| | Tp E*** (n=162) | | Tp NE*** (n=200) | | t | p |
|--|-----------------|---------------------|------------------|---------------------|------------------|------|
| | Media | Deviazione standard | Media | Deviazione standard | | |
| T_risonanza_impotenza rispetto al setting* | 2,56 | 1,86 | 2,60 | 1,67 | - ,199 -, 197 | .025 |
| T_risonanza_frustrazione rispetto al setting** | 2,64 | 1,90 | 2,63 | 1,65 | ,037 ,037 | .002 |

Note: Tp E, terapeuti con expertise; Tp NE, terapeuti senza expertise.

$p < .05$

* Impotenza: percezione di bassa autoefficacia o l'incapacità di assolvere alla propria funzione e di rispondere in modo adeguato e responsivo, rispetto alla richiesta di aiuto del paziente come nel setting standard.

** Frustrazione: percezione di sopraffazione e costrizione in risposta all'imposizione di lavorare in una modalità alternativa (setting online) fornendo un sostegno altrettanto valido rispetto a quello standard.

*** Expertise: terapeuti che dichiarano di aver avuto esperienza pregressa con la psicoterapia online prima del lockdown (rilevata con variabile dicotomica SI-NO).

*** Non-Expertise: terapeuti che dichiarano di non aver mai avuto esperienza pregressa con la psicoterapia online prima del lockdown.

3) Risultati nel sottogruppo dei Pz rispetto alle variabili legate al pregiudizio

Dall'analisi correlazionale effettuata tra un set di variabili relative al pregiudizio del paziente in relazione al cambiamento e alla percezione del terapeuta durante lo svolgimento della terapia in modalità online, riportata in **tabella 3**, emergono diverse correlazioni positive: il pregiudizio dei Pz verso la terapia online correla positivamente con il cambiamento dello stesso durante la terapia in questa modalità ($r = .548$; $p < .001$), con la volontà di ritornare ad una modalità standard in presenza ($r = .383$; $p < .001$), con maggiori difficoltà percepite nell'interazione con il terapeuta ($r = .317$; $p < .001$) e con la percezione di fatica nel proprio terapeuta ($r = .181$; $p < .001$); mentre si rileva una correlazione negativa con la percezione della capacità del terapeuta nel poter aiutare il paziente in questo tipo di modalità ($r = -.140$; $p < .05$). Inoltre, emerge una correlazione positiva, seppur più debole, tra il pregiudizio del paziente e la percezione di un terapeuta flessibile in relazione alla situazione attuale di pandemia ($r = .148$; $p < .05$).

Procedendo, si rilevano diverse correlazioni positive tra: il riferito del paziente rispetto al bisogno di ritornare ad una modalità vis à vis e le difficoltà percepite nell'interazione con il terapeuta in questa modalità ($r = .412$; $p < .001$), anche in relazione alla fatica percepita nel terapeuta ($r = .155$; $p < .05$), con la percezione del terapeuta come maggiormente flessibile ($r = .252$; $p < .001$). Mentre si rileva una correlazione negativa con la percezione di capacità del terapeuta ($r = -.189$; $p < .001$). Relativamente alle difficoltà del paziente esperite nell'interazione nella modalità online si rilevano correlazioni positive con la percezione di fatica nel terapeuta ($r = .327$; $p < .001$), la percezione di maggiore flessibilità nel terapeuta ($r = .152$; $p < .05$) e una correlazione negativa con la percezione di capacità nel terapeuta di trattare la problematica presentata in questa modalità ($r = -.239$; $p < .001$). Inoltre, la percezione di flessibilità del

terapeuta correla positivamente con una percezione del terapeuta maggiormente affaticato ($r = .259$; $p < .001$) e di contro la percezione di fatica nel terapeuta correla negativamente rispetto alla percezione della capacità del terapeuta ($r = -.193$; $p < .001$).

Tabella 3. Correlazioni Aree Pregiudizio-Cambiamento e Percezione del terapeuta

| Variabili | Pz_pre- giudizio | Pz_pre- giudizio_ cambia- mento | Pz_im- portan- za_VaV | Pz_dif- ficoltà | Pz_tera- peuta_ flessibile | Pz_tera- peuta_ fatica | Pz_tera- peuta_ capace |
|--------------------------------|---------------------|--|-----------------------------|--------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Pz_pregiudizio | - | | | | | | |
| Pz_pregiudizio_ cambiamento | .548** | - | | | | | |
| Pz_importanza_ VaV | .383** | .128 | - | | | | |
| Pz_difficoltà | .317** | .010 | .412** | - | | | |
| Pz_terapeuta_ flessibile | .148* | .108 | .252** | .152* | - | | |
| Pz_terapeuta fatica | .181** | .142 | .155* | .327** | .259** | - | |
| Pz_terapeuta_ca- pace | -.140* | .062 | -.189** | -.239** | .035 | -.193** | - |

Note: * $p < .05$; ** $p < .001$.

Dall'analisi correlazionale, riportata in **tabella 4**, emergono ulteriori correlazioni in relazione al pregiudizio del paziente e il clima di alleanza e alle difficoltà sia di ordine pratico sia di ordine clinico riscontrate nel setting online.

In particolare si rilevano correlazioni positive tra il pregiudizio del paziente e la percezione che la relazione terapeutica risenta del setting online ($r = .294$; $p < .001$), con la resistenza ad iniziare la terapia in questa modalità ($r = .562$; $p < .001$), con la difficoltà di trovare in casa il tempo necessario alla seduta ($r = .251$; $p < .001$), maggiori preoccupazioni che le proprie informazioni possano essere non coperte dalla privacy ($r = .213$; $p < .001$) o essere ascoltati da altri al di fuori del terapeuta ($r = .138$; $p < .05$) e, infine, con altre problematiche di ordine psicologico ($r = .322$; $p < .001$). Si rileva una correlazione negativa con la percezione di maggiore agio ($r = -.199$; $p < .001$).

Infine, indagando ulteriori correlazioni tra il pregiudizio dei Pz in relazione alla risonanza emotiva, ai vissuti, ai bisogni e ai vantaggi o svantaggi percepiti (**tabella 5**) emergono le seguenti correlazioni: si rilevano, in particolare, correlazioni negative con la percezione di minore agio all'interno del setting online ($r = -.274$; $p < .001$), con il continuare in questa modalità ($r = -.261$; $p < .001$), con i vantaggi rilevati ($r = -.185$; $p < .001$) e con la percezione di soddisfare i propri bisogni ($r = -.269$; $p < .001$). Inoltre, emergono delle correlazioni positive con la necessità di rincontrare il proprio terapeuta dal vivo ($r = .351$; $p < .001$), con la percezione di invasione del proprio spazio personale fino a creare un disagio ($r = .218$; $p < .001$) e con la percezione di avvertirsi trascurato e poco compreso ($r = .186$; $p < .001$).

Tabella 4. Correlazioni Aree Pregiudizio – Alleanza e Difficoltà

| Variabili | Pz_pre- giudizio | Pz_pre- giudizio_ cambia- mento | Pz_ relazione terapeu- tica | Pz_resist- enze_in- izio | Pz_dif- ficoltà_ tempo | Pz_pri- vacy_ dati | Pz_dif- ficoltà_ psi | Pz_ agio_ più |
|--------------------------------|---------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------|
| Pz_pregiudizio | - | | | | | | | |
| Pz_pregiudizio_ cambiamento | .548** | - | | | | | | |
| Pz_difficoltà | .317** | .010 | | | | | | |
| Pz_relazione terapeutica | .294** | -.054 | .665** | - | | | | |
| Pz_resistenza_ inizio | .562** | .321** | .353** | .290** | - | | | |
| Pz_difficoltà_ tempo | .251** | -.027 | .164* | .155* | .201* | - | | |
| Pz_privacy_as- colto | .138* | .070 | .288** | .208** | .162* | .108 | | |
| Pz_privacy_dati | .213** | .012 | .213** | .166* | .252** | .075 | .334** | - |
| Pz_difficoltà_psi | .332** | .021 | .362** | .459** | .500** | .160* | .162* | - |
| Pz_agio_più | -.199** | .039 | -.370** | -.426** | -.379** | -.399** | -.343** | -.380** |

Note: * $p < .05$; ** $p < .001$.

Tabella 5. Correlazioni Aree Risonanza e vissuti emotivi

| Variabili | Pz_pre- giudizio | Pz_pre- giudizio_ cambia- mento | Pz_agio | Pz_con- tuità | Pz_bi- sogno_ vivo | Pz_emozi- oni | Pz_inva- sione | Pz_vis- suto_ trascu- rato | Pz_Tele- van- taggi | Pz_ris- pos- ta_bi- sogni |
|--------------------------------|---------------------|--|---------|------------------|--------------------------|------------------|-------------------|-------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Pz_pregiudizio | - | | | | | | | | | |
| Pz_pregiudizio_ cambiamento | .548** | - | | | | | | | | |
| Pz_agio | -.274** | .101 | - | | | | | | | |
| Pz_continuità | -.261** | -.024 | .558** | - | | | | | | |
| Pz_bisogno_ vivo | .351** | .099 | -.508** | -.512** | - | | | | | |
| Pz_emozioni | -.164* | .099 | .615** | .393** | -.389** | - | | | | |
| Pz_invasione | .218** | -.005 | -.434** | -.208** | .243** | -.373** | - | | | |
| Pz_vissuto_ trascurato | .186** | -.011 | -.310** | -.237** | .217** | -.315** | .222** | - | | |
| Pz_Tele_van- taggi | -.185** | -.048 | .443** | .466** | -.322** | .175** | -.143* | -.034 | - | |
| Pz_risposta_bi- sogni | -.269** | .143 | .584** | .610** | -.462** | .516** | -.246** | -.289** | .364** | - |

Note: * $p < .05$; ** $p < .001$.

Discussioni

In generale, i risultati ottenuti dallo studio sollecitano diverse riflessioni cliniche e sembrano rispondere allo scopo principale del lavoro, ovvero quello di esplorare il punto di vista sia dei Pz che dei Tp rispetto al setting online e all'adattamento richiesto dalla situazione emergenziale dovuta a COVID-19.

In particolare, rispetto ai Tp possiamo osservare come, pur non divenendo esperti terapeuti online per stato di necessità, essi abbiano affrontato le difficoltà dovute alla situazione critica attuale adattandovisi nel migliore dei modi non subendo passivamente il cambiamento di setting. Tra questi, coloro che avevano una esperienza pregressa con la psicoterapia online sembrano aver riscontrato minori difficoltà nella gestione del setting e delle proprie competenze, seppur manifestando in modo paradossale un maggior grado di frustrazione. Questo dato sembra suggerire come, nonostante l'esperienza pregressa con il setting online abbia un ruolo rispetto ad una maggiore capacità di gestione del medesimo e comunque non neutralizza il processo telematico dalla presenza di difficoltà di interazione, plausibilmente ascrivibili alla maggiore faticabilità oppure alla gestione della diffidenza e del pregiudizio rilevato nel campione di Pz.

Invece, per quanto riguarda i Pz, appare evidente come, nonostante i pregiudizi pregressi relativi al setting online, essi abbiano beneficiato di diversi vantaggi a partire dalla possibilità di poter continuare il proprio percorso in un momento emergenziale sino a sentirsi sostenuti e supportati in modo empatico.

Nello specifico, l'analisi della varianza e il confronto fra i due gruppi, vale a dire i Pz e i Tp, segnala quanto entrambi rintraccino delle difficoltà relative alle variabili indagate.

In particolare, i Tp, nonostante riferiscano un grado significativo di autoefficacia percepita, si mostrano maggiormente preoccupati e rilevano difficoltà in relazione alla comunicazione, all'interazione e rispetto alla percezione del setting, ricorrendo maggiormente al tema del coronavirus mediante interventi di *self-disclosure*. Riguardo all'obiettivo di cercare di valutare quanto la *self disclosure* (auto-rivelazione) sia un fenomeno ricorsivo nel setting online nei Tp e nei Pz in relazione al tema COVID-19, plausibilmente i Tp vi fanno maggiore ricorso rispetto ai Pz allo scopo ultimo di riequilibrare la relazione e fronteggiare le difficoltà che sono state riscontrate con questa "nuova" modalità di setting. Plausibilmente, tale tendenza, potrebbe riflettere il tentativo da parte del Tp di favorire un clima di condivisione e dunque di alleanza con il Pz al fine di neutralizzare la diffidenza e le difficoltà di interazione. Tuttavia, sebbene essi abbiano ben rappresentate nella loro mente le difficoltà legate a questo tipo di setting, manifestano tuttavia un maggiore grado di ottimismo rispetto ai Pz in relazione alle sedute condotte in via telematica. Questi ultimi, d'altro canto (i Pz), si mostrano disponibili nel voler continuare in modalità online anche dopo il lockdown rispetto ai Tp i quali sembrano invece manifestare la volontà di ritornare alla modalità standard di lavoro. Questo dato sembra confermare quanto, in effetti, il cambiamento repentino del setting abbia generato negli specialisti il timore che la relazione terapeutica potesse risentirne e quanto questo tipo di adattamento non sia stato proprio semplice nella sua gestione. Tuttavia, è interessante notare come la disponibilità dei Pz a continuare in questo tipo di modalità, al di là della pandemia, disconfermi, seppur parzialmente, il pregiudizio di partenza secondo cui la terapia online corrisponderebbe ad una psicoterapia di "serie B".

Il secondo risultato ottenuto, in cui vengono confrontati i due sottogruppi dal campione dei Tp ossia quelli con expertise e senza expertise, appare rilevante in quanto denota come l'esperienza sia in effetti una variabile significativa nel determinare o meno vissuti emotivi di impotenza i quali si mostrano minori negli esperti che avevano già dimestichezza con il setting online. Tuttavia, in

modo controintuitivo, si nota come quelli con expertise manifestino anche un grado maggiore di frustrazione. Tale dato potrebbe essere legato a diverse variabili. Possibilmente, lo stress relativo alla costrizione pandemica, l'adattamento posto dalle restrizioni del lockdown, le difficoltà riscontrate nei Pz rispetto al setting online potrebbero aver avuto un impatto importante nell'elicitarne tale stato di frustrazione anche nei Tp esperti.

Invece, concentrandoci sul vissuto emotivo riferito maggiormente dai Pz, i risultati a partire dalla terza analisi condotta, ovvero una correlazione fra il pregiudizio e un set di variabili relative alla relazione terapeutica e al vissuto emotivo, evidenziano come i Pz che riferiscono di avere un pregiudizio, nonostante si dichiarino disposti a cambiare idea nel corso della psicoterapia, asseriscono di sentirsi comunque meno compresi dal proprio terapeuta rispetto al setting standard.

Nello specifico, il pregiudizio dei Pz sulla modalità online sembra giocare un ruolo circa la percezione del proprio psicoterapeuta; egli viene vissuto come maggiormente flessibile rispetto al setting, seppure meno capace di gestirlo, come se la ridotta capacità di far rispettare orari e regole della terapia possa essere legata alla percezione di maggior affaticamento e/o ad una ridotta capacità di fornire supporto adeguato rispetto alla problematica presentata.

Un altro elemento di rilevanza emerge nella relazione fra la percezione di difficoltà di interazione o di maggiore fatica, da parte del terapeuta, visibile a volte anche come tendenza a derogare dalle regole del setting (che può essere vista sia come maggiore flessibilità, sia come difficoltà ad assicurare e a trasmettere la stabilità, la sicurezza del setting terapeutico nella nuova condizione) che correla con il bisogno riferito da parte del paziente di tornare alla modalità *vis à vis*, e con una certa quota di difficoltà percepite dal paziente nella relazione con il proprio terapeuta in questa nuova modalità. Ciò evidenzia quanto tali sensazioni determinino sia una resistenza ad iniziare il percorso di psicoterapia online sia un sentimento di nostalgia del setting standard, dello spazio, della privacy e tutela dei dati che talvolta vengono avvertiti come minacciati dallo spazio virtuale di psicoterapia.

Dunque, il pregiudizio negativo e le credenze collegate sembrano indurre difficoltà rispetto all'adesione alla psicoterapia online, reclamando il setting standard, il bisogno di ritornare ad una psicoterapia in presenza a causa della percezione di difficoltà di interazione.

Questi primi dati, seppure parziali, indicano a nostro avviso l'opportunità, da parte del terapeuta, di prepararsi alla modalità online, studiando la letteratura e facendone esperienza diretta, per poter limitare gli effetti potenzialmente affaticanti e distorsivi del cambiamento di setting: si tratta, infatti, di una modalità la cui efficacia e qualità percepite sembrano migliorare nettamente con l'esperienza.

In particolare, i dati suggeriscono la necessità di tenere conto dei possibili effetti dei pregiudizi e delle credenze correlate, considerando tali aspetti in terapia in termini di valutazione condivisa con il paziente dell'esperienza reale, di meta-comunicazione sull'andamento dell'interazione nella modalità online e sulle difficoltà che possono emergere.

Da quanto emerso possiamo affermare che l'obiettivo di esplorare il punto di vista dei beneficiari della psicoterapia online sembra essere raggiunto. I risultati segnalano le maggiori difficoltà riscontrate nei Pz e nei Tp; i Pz sembrano essere condizionati da un grado di pregiudizio al negativo e dalla presenza di credenze e convinzioni secondo cui la psicoterapia online sia difficile e implichi una complicazione intrinseca di interazione anche in relazione allo spazio e alla tutela delle proprie problematiche. Infatti, chi dichiara di avere un pregiudizio riferisce maggiori problemi durante la psicoterapia in via telematica e si dichiara poco disponibile a intraprendere un percorso di psicoterapia on-line post quarantena. Queste osservazioni consentono di riflettere sulle difficoltà riscontrate e permettono, dunque, di capire quanto sia fondamentale intervenire in

modo preventivo sulla paura che il setting possa essere violato nella sua privacy fornendo un grado di sicurezza e una regolamentazione ufficiale dello stesso in modo da neutralizzare taluni timori.

Riflessioni conclusive

I risultati, in generale, oltre ad un offrire una interessante lettura dei punti di vista di Pz e Tp a confronto riguardo ad un tema contingente, ovvero il setting online indotto da pandemia da COVID-19, fornisce riflessioni cliniche circa temi quali la fiducia, l'alleanza terapeutica, la self-disclosure e l'importanza della relazione e del contratto terapeutico come ingredienti cruciali in relazione ad un trattamento che presenti, nonostante le difficoltà e i pregiudizi in merito, un buon livello di successo e si costituisca pertanto in quanto fattore di resilienza in un momento emergenziale connotato da stress e sofferenza.

In ultimo, appare fondamentale ricordare quanto la ricerca condotta durante il lockdown non consenta di asserire con certezza che tali fenomeni non siano determinati anche dalla costrizione e dall'obbligo della quarantena e, quindi, in qualche senso dipendenti da questa speciale situazione emergenziale.

Infine, possiamo concludere affermando che non è affatto detto che la differenza di setting comporti una riduzione generale dell'autoefficacia percepita riguardo l'intervento e la relazione terapeutica. Contrariamente da quanto si evince dalla letteratura e dai dati del nostro studio, sulla base di un'analisi del grado di autoefficacia percepita, la psicoterapia online non si mostra essere una psicoterapia di secondo ordine ma, viceversa, una valida alternativa.

Dunque, essa seppure in quanto integrazione e prolungamento del setting classico sembra preservare la funzione di cura, di supporto e intervento anche in termini di relazione, sicurezza ed empatia, oltre a offrirsi come spunto di riflessione, ridefinizione, trasformazione ed evoluzione della modalità standard di intervento psicoterapeutico.

Limiti

Sebbene questo studio abbia fornito risultati preliminari interessanti, vi sono alcuni limiti da contemplare. Un primo limite riguarda la numerosità del campione degli psicoterapeuti che, pur essendo rappresentativo rispetto all'approccio cognitivo comportamentale, non rappresenta, a livello quantitativo, gli altri approcci terapeutici che hanno partecipato allo studio (es. strategico, psicodinamico, sistemico-relazionale, etc). Sarebbe auspicabile, in futuro, riprendere lo studio ottenendo una numerosità adeguata anche per gli altri approcci psicoterapeutici. Un altro limite riguarda il campione dei Pz che non rappresenta l'intera gamma delle manifestazioni sintomatologiche. Un ulteriore limite è relativo ai tempi diversi di somministrazione del questionario nei due campioni.

Infine, per quanto riguarda il campione dei Pz, non è stato possibile analizzare le differenze tra i sottogruppi di Pz circa la continuazione/inizio in modalità online e il grado di familiarità con la medesima. Chiaramente queste differenze avrebbero potuto fornire informazioni rispetto a come un minor o maggior tempo di presa in carico, abbia influenza sulla percezione del terapeuta e del passaggio alla modalità online.

Allo stato attuale, la ricerca ha consentito la raccolta di molti dati. Nel presente studio sono stati selezionati solo quelli in linea con le ipotesi di indagine sulla base della loro significatività in termini statistici. Tuttavia, questo tipo di procedura rappresenta e rende lo studio debole rispetto a taluni criteri metodologici connotandolo di un carattere principalmente esplorativo e preliminare.

Conclusioni

Attraverso questo studio si è cercato di mettere in evidenza quale sia il punto di vista dei Pz e Tp rispetto all'approccio online della psicoterapia. I dati emersi sollevano diversi spunti di riflessione riguardo la gestione del setting online, sottolineando come le difficoltà riscontrate non siano solo dei Pz ma anche relative al vissuto dei Tp, entrambi costretti dall'emergenza COVID-19 ad adattarsi al cambiamento di setting. Sebbene siano state evidenziate delle difficoltà di approccio al setting online sia nei Tp che nei Pz, il dato interessante sembra essere ascrivibile al ruolo del pregiudizio che innesca nei Pz una minore percezione di autoefficacia.

In conclusione, i risultati ottenuti dalla prima analisi, dove emerge la percezione, da parte degli psicoterapeuti, di difficoltà relative al setting, alla comunicazione e all'interazione, meritano una riflessione che tenga conto della relazione con i dati raggiunti mediante le analisi correlazionali che mettono in risalto il pregiudizio dei Pz verso la psicoterapia online. Chiaramente, i due fenomeni sembrano essere connessi: alle resistenze dei Pz corrisponde una difficoltà percepita dagli psicoterapeuti e viceversa. In questa direzione, sarebbe opportuno, in futuro, studiare le mediazioni e gli effetti speculari fino ad ora osservati singolarmente e non nella loro interazione e verificare, con una ricerca di follow-up, se questi effetti tendono a diminuire progressivamente.

Sicuramente i risultati ottenuti meritano una riflessione più ampia che non trascuri il contesto di emergenza in cui tali interventi si collocano e il futuro della psicoterapia online, che probabilmente in una prossima generazione di Tp e Pz (magari nativi digitali) sarà molto più usuale. Inoltre, sebbene in tempi emergenziali come la pandemia da COVID-19 l'utilizzo dei questionari online si riveli particolarmente utile, non intende di certo soppiantare le preziose informazioni che potrebbero rivelarsi ad un'attenta e accurata osservazione clinica face-to-face, tuttavia si mostrano validi strumenti che hanno il fine di implementare e facilitare la raccolta di informazioni, e quindi anche di un'utenza, che altrimenti – in casi come questi – sarebbero difficili da raggiungere.

Appendici con item specifici per le etichette delle tabelle correlazionali (Tabelle 3; 4; 5)

Appendice Tabella 3. (Area indagata: Pregiudizio, Cambiamento e percezione che il paziente ha del terapeuta)

(Pz_pregiudizio): Rispetto alla terapia online pensa di avere un pregiudizio? Da 0 = per nulla a 6 = moltissimo

(Pz_pregiudizio_cambiamento): Se sì, il suo pregiudizio è cambiato durante la psicoterapia online? Da 0 = per nulla a 6 = moltissimo

(Pz_importanza_VaV): Quanto pensa che per lei sia importante tornare alla modalità “vis a vis” di psicoterapia? Da 0 = per nulla a 6 = moltissimo

(Pz_difficoltà): Vi sono nella modalità online delle difficoltà nell'interazione? Da 0 = per nulla a 6 = moltissimo

(Pz_terapeuta_flessibile): Percepisce il/la terapeuta più flessibile del solito nel tollerare eventuali cambiamenti (ritardi, interferenze, introduzione di altre abitudini, come mangiare o fumare in seduta)? Da 0 = per nulla a 6 = moltissimo

(Pz_terapeuta_fatica): Percepisce il/la terapeuta più affaticato/a del solito? Da 0 = per nulla a 6 = moltissimo

(Pz_terapeuta_capace): Quanto ritiene il/la terapeuta capace di aiutarla, nella modalità online? Da 0 = per nulla a 6 = moltissimo

Appendice Tabella 4. (Area indagata: Pregiudizio, Alleanza e difficoltà)

- (Pz_difficoltà):** Vi sono nella modalità online delle difficoltà nell'interazione? Da 0 = per nulla a 6 = moltissimo
- (Pz_relazione terapeutica):** La relazione terapeutica sta risentendo del setting online? Da 0 = per nulla a 6 = moltissimo
- (Pz_resistenza_inizio):** Inizialmente ha avuto delle resistenze verso questa modalità online? Da 0 = per nulla a 6 = moltissimo
- (Pz_difficoltà_tempo):** Non disporre in casa del tempo necessario (lavoro in smart working, gestione dei figli). Da 0=per nulla a 6= moltissimo
- (Pz_privacy_ascolto):** Ha il timore di poter essere ascoltato da altri al di fuori del suo/sua terapeuta. Da 0=per nulla a 6= moltissimo.
- (Pz_privacy_dati):** Teme che le sue informazioni possano essere rubate da altri attraverso gli strumenti telematici. Da 0= per nulla a 6= moltissimo
- (Pz_difficoltà_psi):** Per ragioni psicologiche. Da 0= per nulla a 6= moltissimo
- (Pz_agio_più):** Questa modalità la fa sentire a suo agio? Da 0= meno di prima a 6= più di prima

Appendice Tabella 5. (Area indagata: Pregiudizio, risonanza e vissuti emotivi)

- (Pz_agio):** Si sente a suo agio nella modalità online di psicoterapia? Da 0=per nulla a 6=moltissimo.
- (Pz_continuità):** Se potesse continuare in questa modalità, lo farebbe? Da 0=per nulla a 6=moltissimo.
- (Pz_bisogno_vivo):** Quanto le appartiene questa affermazione: “avverto il bisogno di rincontrare il mio psicoterapeuta dal vivo”. Da 0=per nulla a 6=moltissimo.
- (Pz_emozioni):** Riesce a parlare in modo esaustivo delle sue emozioni e bisogni con il/la terapeuta? Da 0=per nulla a 6=moltissimo.
- (Pz_invasione):** La modalità online invade il suo spazio personale fino a crearle disagio? Da 0=per nulla a 6=moltissimo.
- (Pz_vissuto_trascurato):** Si sente trascurato o non capito? Da 0 = per nulla a 6=moltissimo
- (Pz_tele_vantaggi):** Ci sono degli aspetti che ritiene attraenti e vantaggiosi in questa modalità di setting online? Da 0=per nulla a 6= moltissimo
- (Pz_risposta_bisogni):** Quanto ritiene che la terapia online risponda ai suoi bisogni? Da 0=per nulla a 6= moltissimo

Bibliografia

- Andrews, G., Bell, C., Boyce, P., Gale, C., Lampe, L., Marwat, O., Rapee, R., & Wilkins, G. (2018). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(12), 1109–1172. <https://doi.org/10.1177/0004867418799453>
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS one*, 5(10), e13196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N. M., Lohr, J., & Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: a systematic review. *Psychological Services*, 9(2), 111–131. <https://doi.org/10.1037/a0027924>
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. *National Library of Medicine*. PubMed Health.
- Beatty, L., & Binnion, C. (2016). A Systematic Review of Predictors of, and Reasons for, Adherence to Online Psychological Interventions. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(6), 776–794. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9556-9>
- Bengtsson, J., Nordin, S., & Carlbring, P. (2015). Therapists' Experiences of Conducting Cognitive Behavioural Therapy Online vis-à-vis Face-to-Face. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(6), 470–479. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1053408>
- Berger T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 27(5), 511–524. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1119908>
- Berryhill, M. B., Culmer, N., Williams, N., Halli-Tierney, A., Betancourt, A., Roberts, H., & King, M. (2019). Videoconferencing Psychotherapy and Depression: A Systematic Review. *Telemedicine Journal and e-Health: the Official Journal of the American Telemedicine Association*, 25(6), 435–446. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0058>
- Best, P., McConnell, T., Davidson, G., Badham, J., & Neill, R. D. (2019). Group based video-conferencing for adults with depression: findings from a user-led qualitative data analysis using participatory theme elicitation. *Research Involvement and Engagement*, 5, 40.
- Bouchard, S., Allard, M., Robillard, G., Dumoulin, S., Guitard, T., Loranger, C., Green-Demers, I., Marchand, A., Renaud, P., Cournoyer, L. G., & Corno, G. (2020). Videoconferencing Psychotherapy for Panic Disorder and Agoraphobia: Outcome and Treatment Processes From a Non-randomized Non-inferiority Trial. *Frontiers in Psychology*, 11, 2164. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02164><https://doi.org/10.1186/s40900-019-0173-z>
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
- Chherawala, N., & Gill, S. (2020). Up-to-date review of psychotherapy via videoconference: implications and recommendations for the RANZCP Psychotherapy Written Case during the COVID-19 pandemic. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 28(5), 517–520. <https://doi.org/10.1177/1039856220939495>
- Chiauzzi, E., Clayton, A., & Huh-Yoo, J. (2020). Videoconferencing-Based Telemental Health: Important Questions for the COVID-19 Era from Clinical and Patient-Centered Perspectives. *JMIR Mental Health*, 10.2196/24021. Advance online publication. <https://doi.org/10.2196/24021>
- da Silva, J. A., Siegmund, G., & Bredemeier, J. (2015). Crisis interventions in online psychological counseling. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(4), 171–182. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0026>
- EÉk, N., Romberg, K., Siljeholm, O., Johansson, M., Andreasson, S., Lundgren, T., Fahlke, C., Ingesson, S., Bäckman, L., & Hammarberg, A. (2020). Efficacy of an Internet-Based Community Reinforcement

- and Family Training Program to Increase Treatment Engagement for AUD and to Improve Psychiatric Health for CSOs: A Randomized Controlled Trial. *Alcohol and Alcoholism* (Oxford, Oxfordshire), 55(2), 187–195. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agz095>
- Ellis, M. J., Boles, S., Derksen, V., Dawyduk, B., Amadu, A., Stelmack, K., Kowalchuk, M., & Russell, K. (2019). Evaluation of a pilot paediatric concussion telemedicine programme for northern communities in Manitoba. *International Journal of Circumpolar Health*, 78(1), 1573163. <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1573163>
- Hanley, T., & Reynolds, D. J., Jr. (2009). Counselling psychology and the internet: A review of the quantitative research into online outcomes and alliances within text-based therapy. *Counselling Psychology Review*, 24(2), 4–13.
- Health Quality Ontario (2019). Internet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy for Major Depression and Anxiety Disorders: A Health Technology Assessment. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 19(6), 1–199.
- Hoffmann, M., Wensing, M., Peters-Klimm, F., Szecsenyi, J., Hartmann, M., Friederich, H., & Haun, M.W. (2019). Integration of mental health care within primary care via video consultation: A qualitative pre-implementation study exploring the perspectives of psychotherapists and psychiatrists (Preprint). *Journal of Medical Internet Research*.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Hubley, S., Lynch, S. B., Schneck, C., Thomas, M., & Shore, J. (2016). Review of key telepsychiatry outcomes. *World Journal of Psychiatry*, 6(2), 269–282. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i2.269>
- Jenkins-Guarnieri, M. A., Pruitt, L. D., Luxton, D. D., & Johnson, K. (2015). Patient Perceptions of Telemental Health: Systematic Review of Direct Comparisons to In-Person Psychotherapeutic Treatments. *Telemedicine Journal and e-Health: the Official Journal of the American Telemedicine Association*, 21(8), 652–660. <https://doi.org/10.1089/tmj.2014.0165>
- Kramer, G. M., Mishkind, M. C., Luxton, D. D., & Shore, J. H. (2013). Managing risk and protecting privacy in telemental health: An overview of legal, regulatory, and risk-management issues. In K. Myers & C. L. Turvey (Eds.) *Elsevier Insights. Telemental Health: Clinical, Technical, and Administrative Foundations for Evidence-Based Practice* (p. 83–107). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-416048-4.00006-3>
- Lewis, C., Roberts, N. P., Bethell, A., Robertson, L., & Bisson, J. I. (2018). Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), CD011710. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011710.pub2>
- Liu, L., Thorp, S. R., Moreno, L., Wells, S. Y., Glassman, L. H., Busch, A. C., Zamora, T., Rodgers, C. S., Allard, C. B., Morland, L. A., & Agha, Z. (2020). Videoconferencing psychotherapy for veterans with PTSD: Results from a randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(9), 507–519. <https://doi.org/10.1177/1357633X19853947>
- Ma, Y., She, Z., Siu, A. F., Zeng, X., & Liu, X. (2018). Effectiveness of Online Mindfulness-Based Interventions on Psychological Distress and the Mediating Role of Emotion Regulation. *Frontiers in Psychology*, 9, 2090. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02090>
- Mancuso, F. (2019). La terapia online: innovazione e integrazione tecnologica nella pratica clinica. *Cognitivismo clinico*, 16(2), 193–207.
- Räsänen, P., Lappalainen, P., Muotka, J., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2016). An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 78, 30–42. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.01.001>
- Reynolds, D. J., Jr., Stiles, W. B., & Grohol, J. M. (2006). An investigation of session impact and alliance in internet-based psychotherapy: Preliminary results. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6(3), 164–168. <https://doi.org/10.1080/14733140600853617>
- Reynolds, J., Griffiths, K. M., Cunningham, J. A., Bennett, K., & Bennett, A. (2015). Clinical Practice Models for the Use of E-Mental Health Resources in Primary Health Care by Health Professionals and Peer Workers: A Conceptual Framework. *JMIR Mental Health*, 2(1), e6. <https://doi.org/10.2196/mental.4200>
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates,

- and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 269–283. <https://doi.org/10.1002/jclp.10263>
- Searle, K., Blashki, G., Kakuma, R., Yang, H., Zhao, Y., & Minas, H. (2019). Current needs for the improved management of depressive disorder in community healthcare centres, Shenzhen, China: a view from primary care medical leaders. *International Journal of Mental Health Systems*, 13, 47. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0300-0>
- Shore, J. H., Schneck, C. D., Mishkind, M., Caudill, R., & Thomas, M. (2020). Advancing Treatment of Depression and Other Mood Disorders Through Innovative Models of Telepsychiatry. *Focus*, 18(2), 169–174. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190039>
- Simon P. D. (2020). A quick review of recommendations and evidences on telepsychotherapy and digital psychiatry for researchers and mental health professionals in the time of COVID-19. *The International Journal of Social Psychiatry*, 20764020962537. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/0020764020962537>
- Suler, J. (2004). The Online Disinhibition Effect. *Cyberpsychology & Behavior: the Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 7(3), 321-6. <https://doi.org/10.1089/1094931041291295>
- Wagner, B., Horn, A. B., & Maercker, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 113–121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.032>
- Waller, G., Pugh, M., Mulkens, S., Moore, E., Mountford, V. A., Carter, J., Wicksteed, A., Maharaj, A., Wade, T. D., Wisniewski, L., Farrell, N. R., Raykos, B., Jorgensen, S., Evans, J., Thomas, J. J., Osenk, I., Paddock, C., Bohrer, B., Anderson, K., Turner, H., ... Smit, V. (2020). Cognitive-behavioral therapy in the time of coronavirus: Clinician tips for working with eating disorders via telehealth when face-to-face meetings are not possible. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1132–1141. <https://doi.org/10.1002/eat.23289>
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The ‘black swan’ for mental health care and a turning point for e-health. *Internet interventions*, 20, 100317. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317>
- Yu, Z., Roberts, B., Snyder, J., Stuart, K., Wilburn, J., Pudwill, H., & Cortazzo, K. (2020). A Pilot Study of a Videoconferencing-Based Binge Eating Disorder Program in Overweight or Obese Females. *Telemedicine Journal and e-Health : the Official Journal of the American Telemedicine Association*, 10.1089/tmj.2020.0070. Advance online publication. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0070>
- Yuen, E. K., Goetter, E. M., Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2012). Challenges and opportunities in internet-mediated telemental health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(1), 1–8. <https://doi.org/10.1037/a0025524>