

La psicoterapia telematica: è meno efficace della terapia standard; incide negativamente sulla relazione terapeutica; è una terapia di serie “B”; necessita di una preparazione specifica
Sono assunzioni basate su evidenze o bias?

Giuseppe Femia, Claudia Perdighe, Andrea Gragnani, Marzia Albanese, Barbara Basile, Martina Giacobbi, Angelo M. Saliani, Erica Pugliese, Giuseppe Gagliardo, Francesco Mancini

In questa fase in cui la terapia on-line è inevitabilmente un tema caldo di confronto tra psicoterapeuti (*funziona? quali limiti? quanto si perde della relazione con il paziente? quali rischi?*), ci siamo chiesti quanto le nostre posizioni e idee sulla terapia on-line si basino su evidenze empiriche o quanto siano influenzate da pregiudizi, “bias” di ragionamento e credenze generalizzate (ad esempio: la credenza di avere maggiori difficoltà nella lettura della mente e nella comprensione degli stati mentali). L’ipotesi che ci ha guidato è che nel valutare la terapia on-line spesso si parta da un assunto non dimostrato, vale a dire: la terapia in modalità telematica è meno efficace della terapia vis a vis e la relazione con il paziente è di qualità peggiore.

Allo scopo di produrre una risposta alle diverse osservazioni raccolte e condivise fra colleghi, e cercando di fornire qualche indicazione di utilità e chiarezza clinica, da un lato abbiamo visionato la letteratura sull’argomento, e dall’altro, abbiamo impostato una ricerca che seguisse due binari di analisi paralleli: una linea qualitativa (analisi dei contenuti e della co-occorrenza delle opinioni) e una via quantitativa di analisi statistica, al fine ultimo di capire meglio quali possono essere i limiti e i vantaggi della terapia telematica (approfittando del fatto che la maggior parte di noi si è trovato a proporre a gran parte o tutti i pazienti seguiti questa modalità di intervento).

I dati non hanno naturalmente la pretesa di stabilire se è meglio o peggio della terapia face-to-face dal momento che non c’è un confronto, ma si pongono l’obiettivo di fornire qualche riflessione preliminare per promuovere un ragionamento orientato alla verifica empirica delle opinioni ed esperienze soggettive con particolare riferimento a quanto si possa mantenere (nel setting telematico) un clima di alleanza produttivo e orientato agli obiettivi clinici.

Le considerazioni che qui brevemente presentiamo riguardano un campione di 339 terapeuti, di cui 247 di orientamento CBT, che hanno compilato un questionario costruito ad hoc, che indagava diverse aree: *l’adesione al setting telematico, la percezione di efficacia da parte del terapeuta, le differenze nei metodi e negli obiettivi rispetto alla terapia standard, il rischio di drop-out, le differenze sulla base dei tratti personologici e della sintomatologia presentata.*

Tra i terapeuti che hanno compilato il questionario, il 55% dichiara che aveva già esperienze precedenti con la terapia online (seppure con una percentuale molto bassa di pz seguiti secondo questa modalità). Da un’analisi preliminare emergono quattro fenomeni cruciali:

- 1) Il coronavirus ha richiesto supporto e sostegno cambiando gli obiettivi terapeutici precedentemente stabiliti. Molti terapeuti riferiscono come, anche il proprio vissuto emotivo legato alla situazione contingente di pandemia, abbia giocato un ruolo nella relazione con il paziente, favorendo un clima di condivisione e sollecitando interventi di self-disclosure.
- 2) La relazione fra terapeuta e paziente sembra non essere cambiata in termini di qualità, condivisione, relazione, comprensione degli stati mentali e delle emozioni (questo avviene maggiormente nei casi in cui precedentemente vi era una relazione vis a vis).
- 3) La maggior parte dei terapeuti riconoscono un effetto benefico nella modalità telematica pur segnalando alcune difficoltà (sentimenti di inadeguatezza rispetto al “setting” telematico; timore di toccare temi nucleari e non riuscire a gestirli in questa modalità).
- 4) La maggior parte dei pazienti accettano la modalità telematica in quanto integrazione del “setting” standard, si adattano e non riferiscono ai terapeuti fenomeni emotivi negativi. Infatti il 79,55 dei terapeuti dichiara di non aver avuto nessun paziente che ha deciso di sospendere la terapia online una volta iniziata.

Nello specifico emergono le seguenti osservazioni:

- Adesione al trattamento online. A un mese dall'inizio del distanziamento, il 6% dei terapeuti dichiara di continuare a seguire in modalità online tutti i pazienti che seguiva prima, il 30% ne segue circa due terzi, il 20% circa la metà, il 22% circa un terzo, il 20% meno di un terzo. Le motivazioni principali addotte dai pazienti che non hanno aderito alla modalità online riguardano problemi legati alla possibilità di uno spazio riservato in casa (86%) problemi legati alla gestione del lavoro e della famiglia (29%) difficoltà economiche legate alla attuale situazione di crisi (35%).
Fra le ragioni psicologiche alla base della non adesione (il 29%) ricorrono invece: timori relativi a una minore efficacia; timori relativi all'uso di strumenti telematici; disagio circa la distanza fisica; la paura di avere poca dimestichezza con il mezzo. Un dato interessante indica come la difficoltà nell'adesione è soprattutto iniziale: una volta che i pazienti aderiscono a tale modalità, poi non sospendono tale modalità.
- Senso di efficacia. Il 76% dei terapeuti percepisce le terapie come efficaci in termini di agio esperito ed efficienza della comunicazione. Solo il 9% percepisce qualche aspetto di rottura nella relazione con qualche paziente e solo il 5,5% ha una percezione di nessuna o bassa efficacia.
- Strumenti e obiettivi della terapia online. I terapeuti dichiarano che nella gran parte di casi gli obiettivi e i metodi di intervento sono immutati e non sembrano emergere difficoltà specifiche con alcun tipo di metodo se non per le richieste e il tempo dedicato al tema della quarantena e della pandemia.
- Psicopatologia del paziente. Riguardo difficoltà connesse a caratteristiche del paziente, i disturbi che vengono indicati come più faticosi da trattare in modalità online sono i DOC (per la difficoltà di talune tecniche di esposizione enterocettiva), il disturbo depressivo maggiore e, tra i disturbi di personalità, il disturbo borderline e il disturbo paranoide.

I dati più interessanti, però, riguardano il confronto tra le risposte date dai "terapeuti che usavano la terapia online prima del covid" vs "terapeuti che non la usavano" (includendo nelle analisi solo i terapeuti TCC n= 247).

I dati segnalano come:

- 1) nel caso dei terapeuti che praticavano già la terapia online, oltre la metà o i 2/3 dei pz sono passati alla modalità virtuale, in misura significativamente maggiore rispetto ai colleghi che non la praticavano prima del covid;
- 2) chi faceva già terapia online attribuisce i drop out dei pz più al loro retaggio culturale/pregiudizio, di quanto non facciamo gli altri, sebbene non vi siano differenze tra i due gruppi rispetto alle cause del drop-out riportate dai pz. *(Cioè i terapeuti che facevano già terapia online riferiscono la motivazione del possibile pregiudizio o retaggio culturale del pz)*
- 3) i terapeuti con online expertise percepiscono la terapia online come più utile e applicabile anche in futuro e si percepiscono più efficaci e flessibili nel praticarla, rispetto agli altri; di contro chi non era abituato alla terapia online adesso ha più difficoltà nella comunicazione con i pz e crede di dover ri-adattare, focalizzandosi maggiormente sugli obiettivi a breve termine con i pz.
- 4) le differenze tra la terapia online e quella vis a vis rispetto alla praticabilità/applicabilità di tutte le metodiche di intervento, dipendono dall'esperienza del terapeuta: quelli che avevano già usato tale modalità di intervento, riportano una maggiore facilità nell'usare tutte le tecniche, rispetto ai colleghi non avvezzi alla modalità online;
- 5) non vi sono differenze rispetto allo stato d'animo esperito in seduta dal terapeuta, se non per il senso di efficacia percepito (maggiore negli "esperti"). A riguardo, i terapeuti abituati alla terapia

telematica, non solo si percepiscono come meno inadeguati, coerentemente, si dichiarano (con più probabilità rispetto agli altri) pronti ad usare internet per lavorare, anche dopo l'isolamento.

E cosa ci dice la letteratura sulla efficacia della terapia online? I nostri dati sono coerenti con altre ricerche?

Guardando a diverse ricerche e review, se non si può affermare con certezza che la terapia online ha lo stesso valore della terapia tradizionale (non ci sembra ci siano dati sufficienti), si può certamente dire che: non ci sono evidenze che la terapia online funzioni peggio. Per esempio, Barak, Hen, Boniel-Nisseem et al (2008), fanno una meta-analisi su 64 studi (con un campione complessivo di 9764 partecipanti), che riguardano diversi orientamenti e diversi tipi di disturbi, e trovano che l'efficacia complessiva è confrontabile a quella face-to-face (Mean effect size: 0.53, medium effect). Anche uno studio su CBT online diretta a pazienti con depressione maggiore o disturbi d'ansia, conclude che la CBT online è una buona alternativa a quella tradizionale confrontando costi e benefici (Heath Quality Ontario, 2019). Ancora, una review di Lewis, Roberts, Benthell et al (2018) che prende in esame studi che confrontano CBT tradizionale e online per PTSD, evidenzia alcune 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 efficace anche in situazioni critiche o di crisi, come disastri, traumi, comportamenti suicidari. Al contrario, interventi CBT online in situazioni di crisi come rivelano una buona efficacia (Silva, Siegmund, Bredemeier, 2015).

Non ci sono evidenze che le procedure esperienziali non siano applicabili e ugualmente efficaci in una terapia online. Al contrario, interventi basati sulla mindfulness online mostrano una efficacia che va da medium a large effect size (Ma, She, Zeng et al., 2018). Anche la Online Acceptance and Commitment Therapy, produce un miglioramento nello stress e nella depressione significativamente più alto che nel gruppo di controllo (Räsänen, Lappalainen, Muotka et al., 2016). L'aderenza è forse uno degli aspetti critici della terapia online: in base a una review di Beatty e Binnion (2016) non ci sono dati definitivi sulla minore o uguale aderenza nei due setting, ma solo che predittori di una più alta aderenza al setting telematico sono: sesso femminile, aspettative alte sulla terapia, disponibilità di tempo e personalizzazione del trattamento.

I dati riportati sembrano coerenti con quanto riportato dai terapeuti che hanno risposto al nostro questionario: una volta che i pazienti aderiscono al trattamento online, sembrano non mostrare difficoltà particolari e non riferire problemi relazionali; inoltre non si rilevano limiti nell'applicazione delle procedure CBT normalmente usate.

Il problema vero riguarda l'aderenza al trattamento da parte dei pazienti che possono non aderire sia per ragioni squisitamente psicologiche, sia soprattutto per ragioni attinenti alla difficoltà di organizzarsi con un setting online per mancanza di dimestichezza, di spazio, di privacy in casa e così via. In parte, probabilmente, la minore aderenza riguarda un'idea di minore efficacia e la presenza di un pregiudizio circa questo metodo.

L'aderenza (*osservazione questa per noi ancora più interessante*) potrebbe dunque riguardare anche i terapeuti. Infatti, se si guardano i nostri dati sulla differenza tra chi aveva esperienze precedenti e chi no, balza agli occhi che forse chi aveva già qualche esperienza di terapia online ha avuto maggiore facilità nell'aderire e favorire la compliance dei pazienti alla modalità online.

Infatti quella che abbiamo chiamato expertise, come visto, non riguarda ne formazione specifica su questa modalità ne una preferenza per questa modalità o un gran numero di pazienti seguiti, ma solo il fatto di aver già avuto occasione (anche solo una) di seguire terapeuti online.

Questo suggerisce che la maggiore percezione di efficacia è attribuibile più al pregiudizio favorevole del terapeuta.

Detto ciò, i limiti certi della terapia online forse riguardano da un lato la maggiore faticosità per il terapeuta e dall'altra alcune caratteristiche specifiche del paziente. Per esempio, un paziente con maggiori difficoltà con l'intimità, da un lato è molto favorito dalla terapia online (*e questo emerge anche in un secondo lavoro in corso: ci sono pazienti che si sentono maggiormente rassicurati e riescono con questa modalità più facilmente a far accedere il terapeuta a contenuti altamente emotigeni*), dall'altro, e forse per la stessa ragione, la terapia diventa meno un'esperienza di maggiore accettazione e familiarizzazione con gradi maggiori di intimità. Oppure, seguendo questa linea di analisi, la diffidenza culturale e la sospettosità di tipo personologico sono certamente delle caratteristiche che inibiscono e rendono complesso questo tipo di intervento.

Considerazioni ulteriori:

Alcune riflessioni possibili, da esplorare ulteriormente, ma su cui non abbiamo dati certi, riguardano il contesto non verbale, inteso come l'interazione dinamica di molti elementi, codici, messaggi, che influenzano e stimolano il sistema percettivo globale, con il quale entriamo in relazione con l'ambiente e in comunicazione con l'altro.

Fra questi elementi possiamo individuare quello gestuale, quello corporeo, del movimento, quello prossimale, (pensiamo a tutti gli studi di prossemica, da Stern in poi), della mimica, dell'odore, della temperatura, eccetera, oltre naturalmente a quello verbale. Forse, una drastica riduzione di questi elementi nell'interazione, ovvero il passaggio da una presenza prossimale (sebbene con limitazioni date dalla posizione e seduta bloccata e dal setting che adoperiamo, tranne quando facciamo pratiche che investano maggiormente il corpo) potrebbe determinare un'influenza sulla comunicazione in terapia, ma in realtà non sappiamo quanto questo fenomeno possa essere un limite, o semplicemente una trasformazione.

Infatti, seppure appare possibile attendersi che il canale telematico, comportando una focalizzazione dell'interazione attraverso il canale visivo e il campo di inquadratura della telecamera (o addirittura solo del canale audio, nelle telefonate, o solo del canale verbale scritto, nel caso delle chat) implichi delle differenze di approccio e interazione, ad oggi, non possiamo definire in che misura tali cambiamenti comportino delle reali controindicazioni in termini di efficacia.

Appare invece realistico pensare che tali variazioni giochino un ruolo rispetto:

- 1- alla maggiore faticosità testimoniata da tutti i terapeuti;
1. alla difficoltà di utilizzare alcune tecniche (che però sembra non emergere molto da questa prima ricognizione);
2. alle resistenze "psicologiche" di una parte dei pazienti, che di fatto scelgono di sospendere e non aderire alla terapia online;
3. ai "pregiudizi" di molti terapeuti, che ritengono la terapia online più complicata o forse meno efficace.

Il punto interessante è che non è affatto detto che questa importante differenza di setting comporti una riduzione generale dell'efficacia dell'intervento: come la letteratura e i nostri dati sembrano confermare (anche se sarà utile vedere i dati dal punto di vista dei pazienti, che stiamo raccogliendo).

Dunque, alla luce delle diverse osservazioni offerte, possiamo concludere affermando che tale modalità (seppure in quanto integrazione e prolungamento del setting classico) sembra preservare la funzione di cura, supporto e intervento anche in termini di relazione, sicurezza ed empatia, oltre a offrirsi come elemento di trasformazione, evoluzione e potenziamento della modalità standard di intervento psicoterapeutico.

Bibliografia

- Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M, Shapira N. A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. National Library of Medicine. PubMed Health. 2008 [cited 2015 Sep 26].
- Ma Y, She Z, Siu AF, Zeng X, Liu X. Effectiveness of online mindfulness-based interventions on psychological distress and the mediating role of emotion regulation. *Frontiers in psychology*. 2018;9:2090.
- Silva JA, Siegmund G, Bredemeier J. Crisis interventions in online psychological counseling. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2015 Dec;37(4):171-82.
- 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.
- 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. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12): CD011710.
- Räsänen P, Lappalainen P, Muotka J, Tolvanen A, Lappalainen R. An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*. 2016 Mar 1;78:30-42.
- Beatty L, Binnion C. A systematic review of predictors of, and reasons for, adherence to online psychological interventions. *International journal of behavioral medicine*. 2016 Dec 1;23(6):776-94.