

Cosa ne sarà delle terapie online? Indagine sulle rappresentazioni degli psicologi durante la pandemia da COVID-19

Carmen Giorgio*, Laura Turuani*

*Psicoterapeuta, Minotauro

Riassunto

L'arrivo improvviso del Covid-19 ha costretto la maggior parte dei clinici ad utilizzare una diversa modalità di presa in carico rivedendo le proprie opinioni sull'utilizzo delle terapie da remoto. Nei mesi di febbraio e marzo 2021 è stata condotta un'indagine esplorativa tramite la diffusione online di un questionario realizzato con Google Moduli che ha raccolto le risposte di circa 400 terapeuti con l'obiettivo ultimo di esplorare vissuti e rappresentazioni sulle terapie online prima e durante la pandemia. L'esperienza maturata durante il corso di questa emergenza sanitaria sembra aver maggiormente legittimato la possibilità, per altro già esistente, di svolgere terapie a distanza, lasciando però aperte domande e riflessioni su come integrare questa modalità di lavoro nella propria pratica clinica e sull'eventuale necessità di una specifica formazione a riguardo.

Parole Chiave: *psicoterapie online, Covid-19, rappresentazioni*

Cos'è la terapia online?

Il progresso tecnologico, da sempre, comporta grandi innovazioni contribuendo ad ampi cambiamenti sociali. La diffusione di internet, in particolare, ha progressivamente rivoluzionato le nostre vite in modo esponenziale introducendo nuovi modi di interagire e conoscere la realtà. Per i nati prima degli anni '90, internet era ancora interpretabile come spazio in grado di dar vita ad un mondo virtuale contrapposto al reale. Da allora la distinzione tra reale virtuale è diventata progressivamente più fluida. La socialità, la conoscenza del mondo e la vita di tutti i giorni sono in continuità tra i due ambienti. Negli

anni antecedenti l'arrivo della pandemia, l'espansione di internet era già in costante incremento. Al 30 gennaio 2020 sono 4.54 miliardi le persone connesse ad internet, con un incremento del 7%, rispetto l'anno precedente mentre 3.8 miliardi, circa la metà della popolazione mondiale, utilizza regolarmente i *social* con un incremento del 9% (*We Are Social*, 2020). Anche l'Italia si conferma un paese con un'adozione in crescita sia per quanto riguarda internet che le piattaforme *social*. In rete si ricerca contatto, svago, intrattenimento, ma aumenta anche la richiesta di ciò che concerne la crescita personale e la salute (*We Are Social Italia*, 2020).

In particolare, lo sviluppo delle nuove tecnologie ha avuto delle progressive implicazioni anche nel modo di guardare alla professione psicologica e alla relazione con il paziente.

Internet ha cambiato il tradizionale appuntamento *vis à vis* introducendo la possibilità di incontrare i pazienti anche a distanza.

In letteratura esistono diverse definizioni di prestazioni psicologiche online. Con questa terminologia si fa riferimento a "ogni tipologia d'interazione terapeutica professionale e qualificata che utilizza internet per connettere un professionista della salute mentale con i suoi clienti" (Bloom, 1998; Rochlen et al.2004). In generale con tale dicitura si allude a tutte le azioni professionali volte al supporto, alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e all'informazione attraverso l'ausilio delle nuove tecnologie di comunicazione (Manzo et al.2015). Nello specifico, l'intervento psicologico online si distingue in due modalità: asincrona, quando si sceglie la comunicazione testuale tramite email e non è necessario che mittente e destinatario siano contemporaneamente collegati, o sincrona, basata su audio e video o solo audio, dove i partecipanti alla relazione interagiscono tra loro in modalità simultanea (Suler, 2000). Alcuni autori utilizzano il termine telepsicologia per indicare tutti i servizi psicologici dove la componente *vis à vis* è sostituita o mediata da altra tecnologia di comunicazione (Dielman et al.2010). La distinzione tra terapia e *counseling* è mantenuta anche online con l'utilizzo rispettivo dei termini *E-Therapy* e *E-Counseling*.

Diffusione e efficacia

Le prestazioni psicologiche online risultano essere una pratica abbastanza diffusa a livello globale, tuttavia sussistono interrogativi, ragioni implicite e aspetti concreti che animano il dibattito tra sostenitori e oppositori. Una questione riguarda l'assunto implicito della teoria della tecnica, secondo cui l'intervento psicologico necessita della simultanea presenza degli interlocutori per poter essere efficace (Manzo, 2012). L'idea retrostante è che la modalità tradizionale sia l'unica via per garantire un prosieguo del processo terapeutico verso il benessere del paziente (Essing, 2010).

Gli studi empirici che hanno indagato l'efficacia delle consultazioni psicologiche online fino al marzo 2020, sono principalmente internazionali e con un approccio di tipo prevalentemente cognitivo comportamentale. Le ricerche a riguardo confermerebbero che la terapia online può essere utilizzata come supporto psicologico risultando efficace tanto quanto la terapia tradizionale (Barak et al. 2008; Wagner et al. 2014; Moriz et al. 2012). In un lavoro di *review*, Gerard Anderson (2016), ha raccolto i risultati degli ultimi 15 anni riguardo gli interventi psicologici e psicoterapeutici tramite internet, rivelatisi efficaci per un ampio spettro di condizioni psichiatriche e di sintomatologie somatiche in più di 100 studi controllati (Bozzaotra et al. 2017).

Le ricerche che hanno usato una metodologia qualitativa per analizzare l'efficacia dell'intervento psicologico online ne hanno evidenziato una buona potenzialità (Jedlicka, Jennings 2001; Cohen, Kerr 1998). Anche le valutazioni fornite dai pazienti in termini di empatia (Cohen, Kerr, 1998) e alleanza terapeutica sono risultati comparabili (Day, Schneider, 2002). In generale la ricerca empirica ha quindi fornito dati rassicuranti.

La complessità della valutazione dell'efficacia del lavoro online, isolando altre variabili, così come la difficoltà sino ad un anno fa a reperire pazienti e terapeuti per la ricerca, costituiscono alcuni dei problemi che hanno contribuito ad una mancanza di dati sufficienti in letteratura. A ciò si aggiunge la resistenza dei terapeuti nell'utilizzo di questi strumenti nella pratica clinica.

La mancanza di una regolamentazione professionale unitaria sul territorio nazionale ha prodotto una disomogeneità non funzionale alla conoscenza e integrazione del fenomeno.

Per garantire linee guida in grado di fornire indicazioni e riflessioni su limiti, risorse e principi etici della pratica terapeutica a distanza, diverse istituzioni internazionali si sono adoperate nel regolamentare l'esercizio della professione psicologica online. Per citare alcune di queste realtà nel 1997 nasce l'*International Society for Mental Health Online* (ISMHO), nel 2013 l'*American Psychological Association* redige una *taskforce* per lo sviluppo della Telepsicologia e la stesura di linee guida per gli psicologi, mentre in Europa l'*European Federation of Psychologists' Associations* (EFPA) è impegnata a riguardo dal 2006.

La legislazione internazionale si presenta, dunque, come molto diversificata. In Italia, prima del 2017, la normativa di riferimento del Consiglio Nazionale ordine Psicologi (CNOP) aveva suggerito cautela nell'impiego di tali strumenti tecnologici perché non in possesso di una documentazione sufficiente su esiti ed efficacia di tali metodologie. L'ampia diffusione e penetrazione delle nuove tecnologie così come la loro rapida mutevolezza hanno comportato una necessaria revisione della precedente

regolamentazione non più al passo con i tempi e con lo stato dell'arte negli altri paesi. Per questo motivo il CNOP ha realizzato un lavoro di studio e comparazione delle linee guida a livello mondiale con l'obiettivo di arrivare ad uniformare la precettistica esistente e aggiornare le direttive italiane in modo sintonico con quanto presente nel panorama internazionale. Nel 2017 il CNOP ha introdotto la possibilità di fare psicoterapia online pubblicando un documento contenente le linee guida per le prestazioni psicologiche via internet e a distanza.

Un altro aspetto di criticità nell'adozione dell'*E-Therapy* riguarda la scarsa familiarità con i nuovi *device* che può determinare un comportamento restio verso la loro integrazione nella propria pratica professionale. L'ordine degli Psicologi della Campania ha analizzato il rapporto tra competenze dei professionisti e utilizzo dei mezzi web mediati nella pratica clinica (Bozzaotra et al. 2017). Dai risultati emerge un interesse trasversale indipendente da età, genere e approcci teorici. Maggiore è la familiarità nell'uso delle nuove tecnologie, maggiore è la probabilità che uno psicologo adotti tali strumenti nel suo intervento.

Sino ad un anno fa, la mancanza di formazione, conoscenza e ricerca, congiuntamente ad una normativa non uniforme, hanno contribuito ad un rallentamento nell'espansione del lavoro psicologico a distanza, alimentando le resistenze, a partire dai clinici stessi.

La drammatica emergenza sanitaria che stiamo tutt'ora vivendo, ci ha colti impreparati, costringendoci in modo inaspettato a stravolgere le abitudini, le relazioni e il modo di lavorare.

In brevissimo tempo l'*E-Therapy* è diventata l'unica modalità di lavoro in grado di garantire una continuità ai nostri pazienti e a noi terapeuti, proprio in un momento in cui tutto è stato sovvertito. La diffidenza iniziale è stata necessariamente superata, portando la maggior parte di noi a confrontarci con una modalità di lavoro già esistente ma poco integrata. Con il trascorrere dei mesi e delle esperienze è nato sempre più il bisogno di creare uno spazio di osservazione e confronto a riguardo. È tuttavia doveroso premettere che la variabile pandemica non permette di condividere osservazioni generalizzabili, filtrate dalle vicende contestuali che abbiamo vissuto e stiamo tutt'ora vivendo, né permette di avanzare previsioni certe sul futuro.

Ricerca: obiettivi, metodo, campione

L'indagine nasce con l'intento di comprendere come la pandemia stava e sta cambiando l'incontro con i pazienti.

La ricerca è stata svolta diffondendo a colleghi psicologi un questionario realizzato tramite Google Moduli e reso disponibile per la compilazione online da febbraio 2021 a fine marzo 2021. Sono state poste domande sia a risposta dicotomica, che multipla e scala Likert. L'obiettivo ultimo è stato quello di confrontare vissuti e rappresentazioni dei terapeuti circa

l'utilizzo delle terapie online prima e durante la pandemia.

Hanno partecipato all'indagine 403 colleghi psicologi.

La maggior parte si colloca prevalentemente in un'età compresa tra i trenta e sessant'anni, pochissimi giovani sotto i trenta anni (4%) e pochissimi over sessanta (4%). Per il 90% sono donne rispecchiando, indicativamente, la popolazione di riferimento della professione psicologica su scala nazionale (ENPAP, 2019).

Nell'82% dei casi i partecipanti sono psicoterapeuti, il 60% ad orientamento psicodinamico. Più della metà lavora in ambito privato (60%), il 99% in colloqui individuali con pazienti prevalentemente adolescenti e adulti.

Per quanto riguarda il rapporto con le tecnologie il nostro campione si descrive come abile (grafico n.1) e curioso (grafico n.2) nell'utilizzo di internet. Contrariamente a quanto indicato precedentemente, nonostante la dimestichezza percepita, meno della metà di chi ha adottato strumenti online nell'ultimo anno li aveva già usati precedentemente.

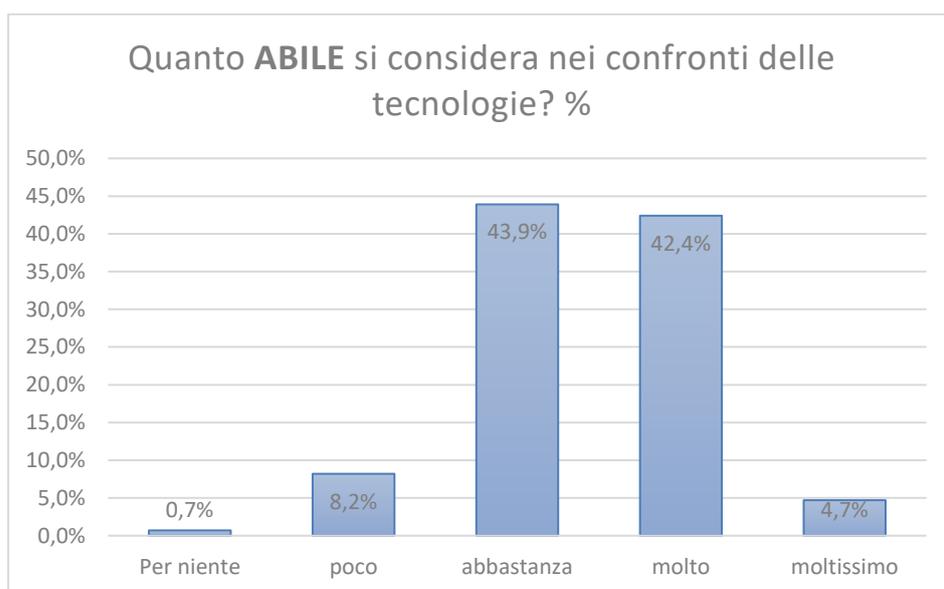


Grafico n. 1 – Risposte alla domanda "Quanto abile si considera nei confronti della tecnologia"

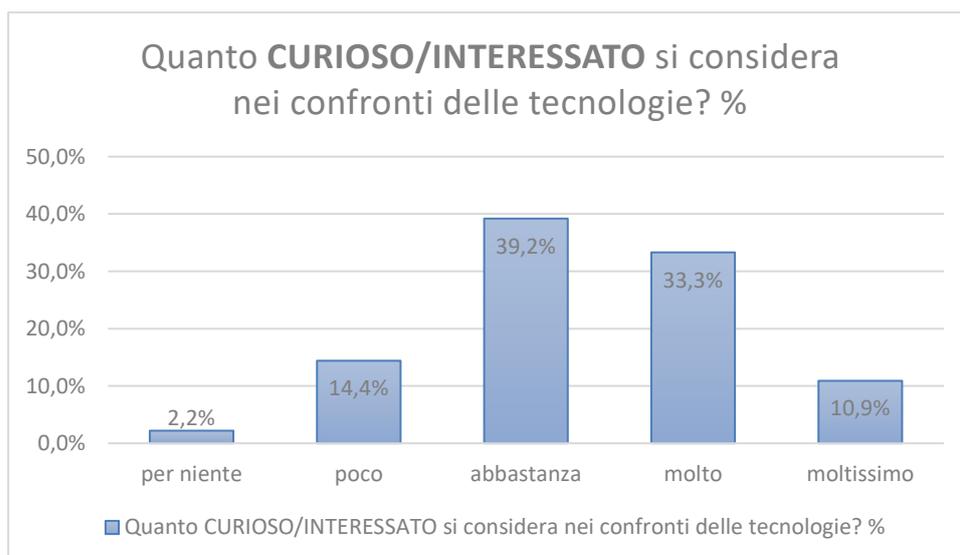


Grafico n. 2 – Risposte alla domanda “Quanto Curioso/Interessato si considera rispetto alle tecnologie?”

Utilizzatori della terapia da remoto prima della pandemia

Un numero esiguo all’interno del campione (16%) nomina la terapia online come pratica già inserita nelle sue consuete prestazioni già prima dell’emergenza sanitaria. Di questi solo il 5% dei colleghi prima della pandemia aveva iniziato percorsi psicologici interamente a distanza. Coloro che l’avevano già sperimentata vi ricorreva solo in caso di necessità, principalmente a seguito di percorsi intrapresi in modalità *vis à vis* o in modalità saltuaria all’interno di percorsi in presenza.

L’*E-Therapy*, veniva utilizzata quasi esclusivamente per richiesta o necessità da parte del paziente più che del terapeuta e valutata successivamente all’interno del singolo rapporto terapeuta-paziente. Tra chi non aveva mai avuto esperienze di colloqui clinici online rientrano, nell’ordine, quei terapeuta a cui non era capitata occasione, che non ritenevano efficace il lavoro online quanto quello *vis à vis*, che non ci avevano addirittura mai pensato, o non si sentivano a proprio agio. Solo in pochissimi casi la motivazione del non utilizzo riguardava il fatto che i pazienti non si sentivano a proprio agio e non ritenevo i colloqui ugualmente efficaci. Ciò confermerebbe i risultati che testimoniano una resistenza dei clinici prima ancora che dei pazienti nell’utilizzo della pratica a distanza.

Utilizzatori della terapia da remoto durante la pandemia

Durante l’emergenza sanitaria il 99% degli psicologi, con la maggior parte dei propri pazienti ha proseguito il proprio lavoro online. Le motivazioni che hanno portato la restante parte dei pazienti a non accettare riguardano principalmente la mancanza di un luogo sufficientemente protetto da privacy, questioni di stampo relazionale (come ad esempio la

qualità dell'alleanza, la preferenza espressa dai pazienti di aspettare di rivedere il terapeuta di persona, la percezione dichiarata dai pazienti di sentire il terapeuta distante o di aver bisogno di maggior contatto), la scarsa dimestichezza con gli strumenti tecnologici, e altre situazioni (percorsi avviati da poco o non ancora iniziati, difficoltà economiche insorte per la pandemia, sensazione di sovraccarico dovuta all' utilizzo delle tecnologie, particolari situazioni cliniche).

Quello che è emerso dal raffronto pre/durante è un radicale cambiamento della rappresentazione dei clinici. La percezione di agio (grafico n.3) e di efficacia personale (grafico n.4) aumenta, diminuisce la rappresentazione della pratica online come un ostacolo alla relazione (grafico n.5) e aumenta la percezione del lavoro a distanza come risorsa nel proprio lavoro (grafico n.6).

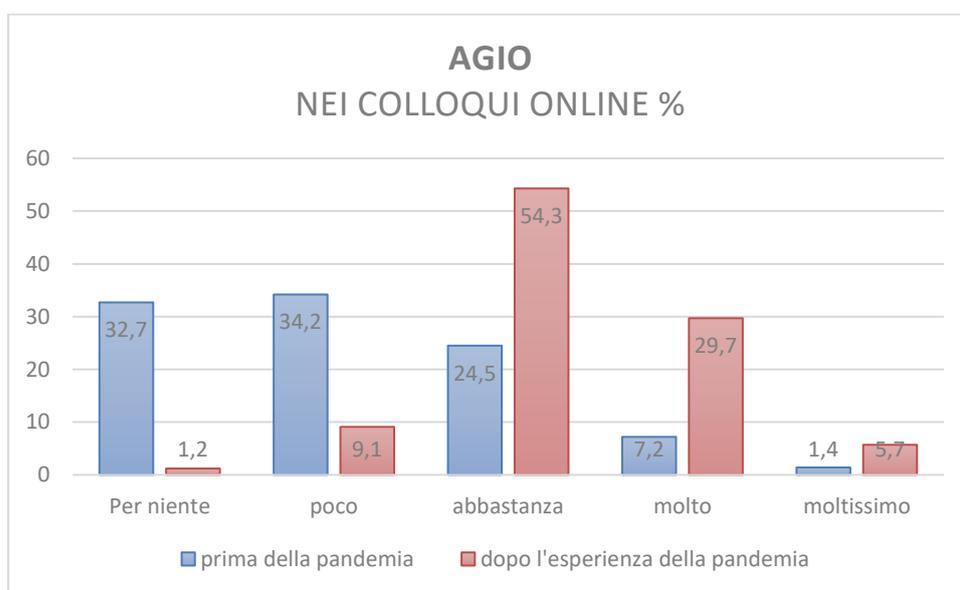


Grafico n. 3 – Confronto delle risposte tra prima e dopo l'esperienza della pandemia COVID, sulla sensazione di agio percepito da parte dei terapeuti nella pratica online

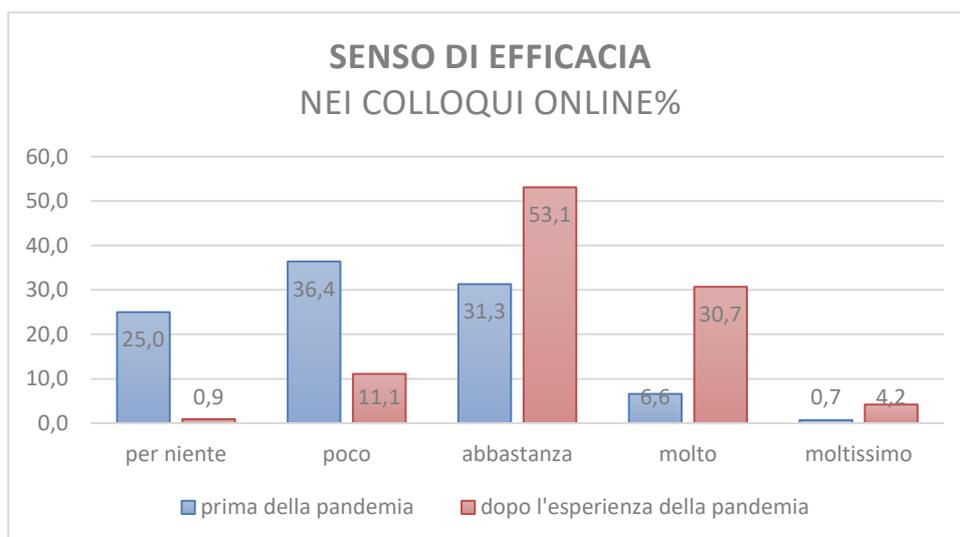


Grafico n. 4 – Confronto delle risposte tra prima e dopo l'esperienza della pandemia COVID, sul senso di efficacia percepito da parte dei terapeuti nella pratica online

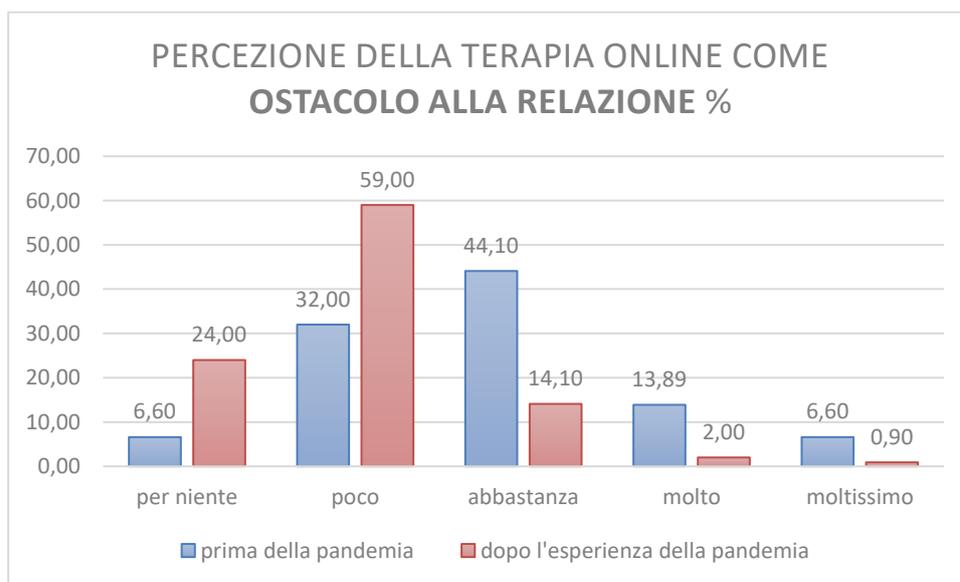


Grafico n. 5 – Confronto delle risposte tra prima e dopo l'esperienza della pandemia COVID sulla percezione da parte dei terapeuti della pratica online come un ostacolo alla relazione

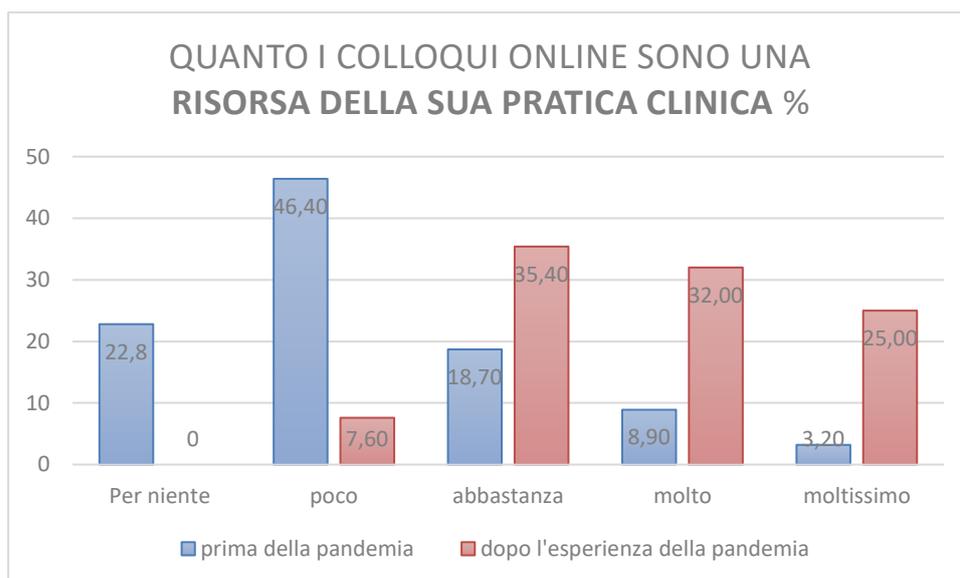


Grafico n. 6 – Confronto delle risposte tra prima e dopo l'esperienza della pandemia COVID sulla percezione da parte dei terapeuti della pratica online come una risorsa nella propria pratica clinica

Nonostante l'assenza del corpo predomina la rappresentazione del lavoro online come strumento che fa sentire la vicinanza più che la lontananza (grafico n.8) permettendo di mantenere la relazione anche quando distanti (grafico n.7). Anche se la differenza pre/durante non è sostanziale, questo dato, che risulta maggiore durante l'emergenza sanitaria, potrebbe risentire della variabile pandemia ancora molto preponderante nel momento in cui è stato somministrato il questionario.

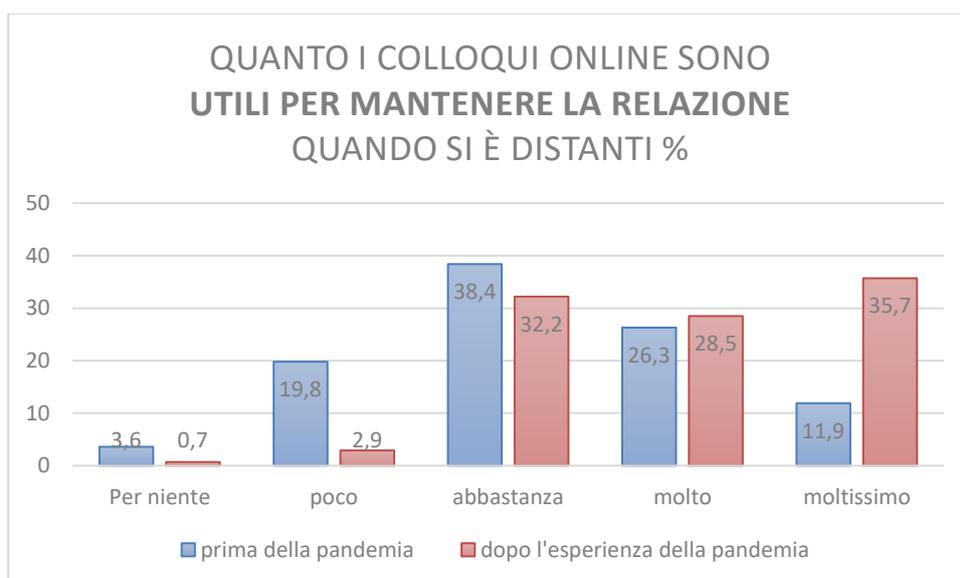


Grafico n. 7– Confronto delle risposte tra prima e dopo l'esperienza della pandemia COVID, sulla percezione da parte dei terapeuti su quanto la pratica online sia utile per mantenere la distanza quando si è distanti

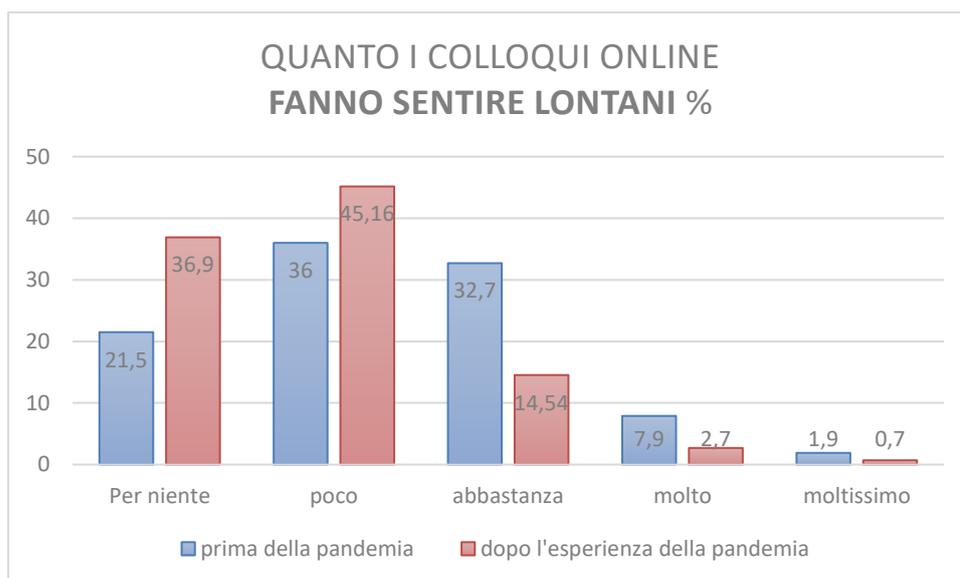


Grafico n. 8 – Confronto delle risposte tra prima e dopo l'esperienza della pandemia COVID, sulla percezione da parte dei terapeuti di quanto la pratica online faccia sentire lontani

Gran parte dei terapeuti che hanno preso parte alla nostra indagine si sono sperimentanti nell'avvio di consultazioni interamente online (il 74%) con pazienti nuovi, mai conosciuti e visti prima, superando inevitabilmente l'indicazione del CNOP del 2013 sull'utilizzo dei dispositivi di comunicazione a distanza nell'ambito delle attività cliniche solo dopo aver instaurato un rapporto diretto.

Prima della pandemia i nuovi percorsi clinici avviati direttamente online erano vissuti come meno efficaci (78%), meno profondi (80%), e con minor agio percepito da parte del terapeuta (84%). L'esperienza, anche forzata, di svolgere primi colloqui a distanza, durante la pandemia, ha portato ad un cambio di rappresentazioni, tanto da non rilevare grandi differenze tra la modalità in presenza o online, rispetto alla sensazione di agio ed efficacia nell'avvio di percorsi nuovi.

Due corpi in stanze diverse

Agli albori della pandemia flessibilità e adattabilità sono stati fondamentali nel far fronte ad un cambiamento inatteso. La possibilità di integrare questi aspetti senza perdere il rigore della propria funzione è ciò che ha permesso di accogliere le modificazioni del setting senza alterarlo (Riefolo, 2020). Le riflessioni sul setting da remoto non possono e non vogliono essere forzatamente e ingenuamente contrapposte al setting abituale, questo perché la cornice pandemica e i suoi corollari, che costituiscono il setting universale (La Torre, 2020) in cui siamo tutt'ora immersi, non lo rende possibile.

Quello su cui riflettere è il significato che ha, di questi tempi, il passaggio dall'essere due

persone che parlano in una stanza (Nissim Momigliano, 1983), all'essere due corpi in due o più stanze diverse e in un *cyber* spazio condiviso. Il setting da contenitore pensato, predisposto e garantito dal terapeuta è diventato contenuto predominante dei primi colloqui.

Lo spazio normalmente offerto e garantito dal terapeuta viene co-costruito con il paziente, in una simmetria senza precedenti.

Secondo quanto emerso dalla nostra indagine, la mancanza di setting stabile, pur adducendo nuove variabili nel processo terapeutico non è un ostacolo alla terapia. Il setting interno del terapeuta diventa garante della possibilità di svolgere la propria funzione terapeutica nonostante la mutevolezza delle condizioni circostanti. L'assetto mentale resta, quindi, lo strumento principale del terapeuta.

Un altro cambiamento strettamente collegato al precedente riguarda la condivisione della responsabilità con il paziente nella protezione della privacy. Per molti non è stato facile trovare in casa la riservatezza necessaria ad ottenere lo stato della mente che favorisce l'abbandonarsi nello spazio tempo della terapia (Lingiardi, Giovanardi 2020). La tutela dell'ambiente privato del colloquio è l'aspetto più delicato da recuperare e proteggere. L'indagine condotta dai colleghi Martino e Melissa (2020) durante il primo *lockdown* segnala come problema nucleare riportato dai terapeuti la mancanza di spazi fisici adeguati per il paziente. Per questa ragione terapeuti e pazienti, hanno anteposto la garanzia della privacy al setting, svolgendo colloqui nei posti più disparati.

Tale aspetto è ancor più delicato nel lavoro con gli adolescenti. Si incontrano ragazzi che hanno la fortuna di avere una propria cameretta e coinquilini rispettosi, ma anche giovani con stanze condivise, ambienti familiari sovraffollati e che fanno fatica a proteggersi dalle intrusioni circostanti.

Viceversa, esistono anche situazioni diametralmente opposte. In un primo momento suscitano nei clinici vissuti contrapposti ma in seconda battuta aprono a riflessioni e interrogativi. È esperienza abbastanza comune vedere spuntare nel bel mezzo del colloquio, una fidanzata, un amico, una segretaria, mentre il paziente vive con *nonchalance* la sua presenza. L'incredulità iniziale lascia spazio agli interrogativi clinici.

Altra situazione è quando i pazienti, dimenticando l'appuntamento sono ugualmente raggiunti dalla chiamata del terapeuta. La potenziale intrusività dello strumento, capace di arrivare ovunque, in qualsiasi momento, non concede neanche la possibilità di dimenticare la seduta.

Queste ed altre situazioni diventano occasione per interrogativi e spunti di riflessione che non possono essere esauriti in questa sede, ma che aprono a questioni cliniche su

cui varrebbe la pena ragionare.

Co-costruzione del setting e garanzia della privacy sono due aspetti che contribuiscono a creare una simmetria tra paziente e terapeuta, ma l'elemento centrale, che accomuna resta il contesto pandemico. Prima della pandemia capitava di condividere con alcuni pazienti comunicazioni più o meno implicite sulla condizione umana in generale, ma mai come in questo periodo ci siamo trovati tutti più coinvolti.

I paradossi del lavoro online

Nell'esperienza maturata durante il corso della pandemia, il lavoro da remoto risulta contraddistinto dalla coesistenza di opposti, che suscitano vissuti molto diversi. Il primo fra questi riguarda la possibilità di stare vicini nonostante la lontananza, mantenendo la relazione terapeutica in un momento di assenza di relazioni. La possibilità di preservare un assetto di continuità in un momento di discontinuità e sovvertimento della realtà esterna è risultato essere molto prezioso, non solo per i pazienti ma anche per i terapeuti (AGIPPsA, 2020). L'occasione di entrare negli spazi privati delle case e camerette è percepito da alcuni come momento di intimità, in grado di concedere l'opportunità di utilizzare proficuamente i nuovi elementi di contesto che emergono sullo sfondo. La stessa intimità può però essere vissuta come intrusione o contaminazione dello spazio terapeutico. Ugualmente anche il paziente può percepire questa diversa dimensione dell'incontro come più intima o intrusiva.

L'esperienza pandemica e l'annullamento del mondo esterno nei momenti più severi del *lockdown*, in alcuni casi favorisce un incentivo per l'introspezione rendendo i colloqui più densi. In altre situazioni lo stato di *standby* generato da chiusure e restrizioni prosciuga la consistenza degli incontri. Allo stesso modo mentre per alcuni la barriera dello schermo facilita l'espressione di contenuti profondi ("effetto di disinibizione online", Suler, 2004), per altri costituisce una distanza da utilizzare come nuova difesa. Il monitor può inibire ma anche disinibire, nascondere o evidenziare. Le sedute da remoto sottraggono la comunicazione non verbale dei corpi ma in alcune circostanze forniscono un *focus* particolareggiato sul volto. Questi aspetti riguardano inevitabilmente anche la mimica del terapeuta che per la prima volta ha la possibilità di vedere in diretta sé stesso mentre è in relazione con il paziente. Se qualcuno si è trovato a coprire con un *post-it* o a dichiarare fortemente disturbante e distraente la copresenza della propria immagine sullo schermo, che distoglie dalla concentrazione univoca sul paziente, altri ritengono clinicamente utile la possibilità di osservarsi in diretta (Angeletti, 2020).

Oltre lo spazio e la relazione anche il rapporto con il tempo è sovvertito. L'arrivo della pandemia ha inizialmente posto un freno alla dinamicità e frenesia delle nostre vite,

concedendo tempi lunghi, rallentati apparentemente dilatati, finchè i ritmi convulsi non hanno colonizzato anche la vita da remoto. La mancanza di spazi intermedi è diventata ancora più serrata di un tempo. Eppure, persino nelle giornate convulse di un periodo ormai lontano esistevano dei tempi intermedi, lungo i tragitti da una parte all'altra della città, dove seppur in movimento si aveva l'illusione di fermarsi in uno spazio-tempo che diventava preparatorio all'ingresso nel nuovo contenitore ambiente che si accingeva ad abitare. L'ingresso in seduta non è esente da questi mutamenti. L'assenza di un momento antecedente per prepararsi all'incontro così come la mancanza di un tempo successivo per metabolizzare i contenuti emersi prima di tornare alla propria quotidianità è avvertito e vissuto in modo diverso da ogni paziente e dai singoli terapeuti. Nel nostro campione circa il 70% trova utile per i pazienti ritagliare uno spazio di tempo prima e dopo la seduta pur considerando "poco/per niente" la mancanza di questo aspetto come un ostacolo determinante ai fini dell'efficacia della terapia. Si tratta di indicazioni di buone pratiche che inevitabilmente vengono rilette, fatte proprie, adattate o non attuate a seconda dell'unicità dell'incontro tra clinico e paziente.

È necessario, ma non sempre facile, anche per i terapeuti, ristabilire una protezione del ruolo professionale dall'incursione di altri sé che abitualmente si abitano in casa.

Stare gran parte del giorno in relazione attraverso il computer è per alcuni molto faticoso e distraente. Per altri, i colloqui a distanza risultano in parte meno faticosi perché liberi da ostacoli logistici e di spostamento. Talvolta la concretezza degli strumenti utilizzati intacca l'attenzione libera e fluttuante, così utile nella qualità dell'ascolto, spingendo molti a prendere appunti durante la seduta come a dover tener traccia concreta dell'incontro virtuale vissuto come più aleatorio e intangibile. Viceversa, la concretezza dello schermo può focalizzare piuttosto che distogliere l'attenzione. In questo oscillare di opposti gli strumenti del lavoro terapeutico rimangono, la giusta distanza, il mantenimento di una relazione empatica, la sintonizzazione affettiva, il rispecchiamento e l'alleanza terapeutica che se ben integrati nel proprio ruolo professionale orientano il lavoro permettendoci di essere efficaci anche online.

In linea con quanto riportato dalla nostra indagine non emerge una differenza sostanziale nella modalità di lavoro online in termini di quantità degli interventi e delle interpretazioni, tolleranza dei silenzi, neutralità. Nel campione quasi nessuno ritiene sia impossibile, attraverso il lavoro da remoto, entrare in sintonizzazione empatica con il paziente, (0% "per niente"), costruire l'alleanza (0.50% "per niente"), lavorare sulla mentalizzazione (0.50% "per niente"), favorire il rispecchiamento (0,74% "per niente"), e l'*insight* (0,74 "per niente").

Sembrerebbe, quindi, che la terapia da remoto riesca a garantire la qualità della relazione.

Linee guida, indicazioni e controindicazioni

Inevitabilmente non possiamo considerare la terapia online come una replica di quanto accade *vis à vis*. Esistono degli aspetti di specificità e paradossi che vanno interrogati in senso clinico alla luce dell'unicità di ciascun incontro tra terapeuta e paziente.

Come per ogni innovazione esistono dei limiti e delle opportunità.

Legittimare il transito della nostra professionalità nell'ambiente internet comporta la possibilità di superare barriere geografiche o di mobilità, cosa che mai come in questo periodo storico è risultata essere una preziosa risorsa. Sicuramente si tratta di un lavoro non esente da criticità concrete, ma anche legali e cliniche.

A tal proposito resta aperta la riflessione sulle controindicazioni all'*E-Therapy* in relazione al tipo di patologia presentata. In letteratura diversi studi consigliano di escludere dalla presa in carico soggetti con disturbi psichiatrici che compromettano l'esame di realtà, ideazione suicidaria, persone vittime di violenza o che richiedono di un trattamento con tecniche che prevede ampio uso dello spazio condiviso (Mallen et al 2005, Roehlen et al, 2004; Stofle, 2001; Suler, 2001).

In questa direzione, anche i risultati della nostra indagine parrebbero evidenziare alcuni parametri che rendono inopportuna o più complessa la presa in carico non in presenza per pazienti con scarsa privacy, difficoltà di mentalizzazione, scarsa tenuta dell'esame di realtà, rischio suicidale, ma anche pazienti più piccoli, come bambini o preadolescenti, che spesso richiedono la condivisione concreta di spazio e oggetti intermedi.

Allo stesso modo resta aperta la riflessione sulle indicazioni delle terapie da remoto in alcune situazioni cliniche come ad esempio il ritiro sociale. L'esperienza ormai comune e diffusa di fare terapia a distanza potrebbe aver reso più consueto, meno stigmatizzante e quindi più tollerabile, utilizzare il computer come spazio intermedio per raggiungere i nostri pazienti ritirati. Resta da interrogarsi in quali situazioni sarebbe attuabile, in quali no e in quali altre questa possibilità rischierebbe di essere vissuta come una collusiva conferma del non bisogno di andare nel mondo.

Sono tutte questioni delicatissime che meritano di essere valutate all'interno della specificità di ogni storia clinica.

In generale le linee guida attualmente presenti anche a livello nazionale, a cui rimandiamo (Bozzaotra et al. 2017), fanno riferimento ad aspetti etici, di responsabilità, competenza, tutela della privacy, consenso informato e gestione delle crisi. Nello specifico per quanto concerne il trattamento delle situazioni di emergenza anche l'*International Society for Mental*

Health Online propone *best practies* di riferimento.

Internet non è un mezzo ma un nuovo ambiente abitato da persone e relazioni con caratteristiche proprie ma sicuramente non meno affettive e profonde.

Sarà proprio ciò che il terapeuta porta nella sua cassetta degli attrezzi, fatta di tecnica ma anche di aspetti affettivi, emotivi, identitari, che guiderà nel trovare risposte a tutte quelle domande ancora aperte che la terapia da remoto sollecita, permettendo, così come accade nell'incontro *vis à vis*, di cucire la terapia in modo diverso per ogni paziente.

Prospettive future

In un momento storico in cui la pandemia non può dirsi ancora conclusa, risulta difficile prevedere cosa resterà in futuro dell'esperienza maturata nel campo dell'*E-Therapy*.

Nella nostra indagine abbiamo provato ad esplorare cosa è accaduto nel passaggio dalle limitazioni ferree del primo *lockdown* ai successivi allentamenti nelle restrizioni agli spostamenti. Quando è stato possibile tornare in presenza molto pochi/pochi pazienti hanno chiesto di rimanere online (grafico n. 9), mentre i terapeuti nel 73.3% dei casi hanno preferito optare per una forma ibrida alternando sedute in presenza e da remoto a seconda delle situazioni e solo l'11.7% ha ripreso come modalità esclusiva l'attività in studio.

Questo dato parrebbe far pensare ad una nuova resistenza al cambiamento e al ritorno in presenza, questa volta, prevalentemente da parte dei terapeuti, per ragioni diversificate ma riconducibili anche al contesto pandemico e ai suoi corollari.

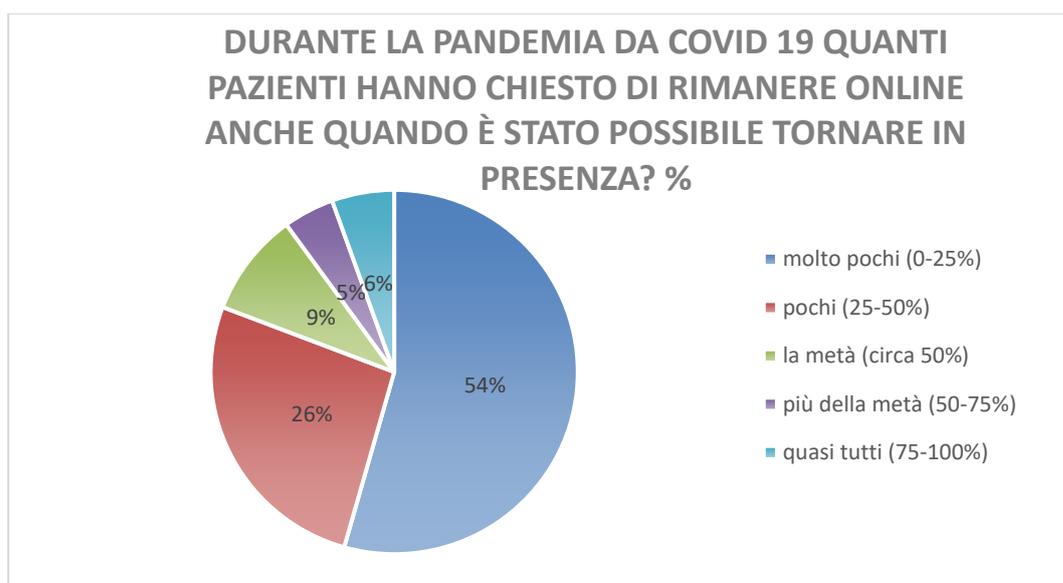


Grafico n. 9 – Percentuale di pazienti che hanno richiesto di proseguire i colloqui online anche quando è stato possibile tornare in presenza

In prospettiva futura ben l'88% del campione pensa che continuerà ad usare la consultazione psicologica online, di questi più della metà dichiara che utilizzerà la terapia da remoto sia per percorsi interamente a distanza che come eventualità in caso di necessità all'interno di un percorso *vis à vis*. Meno del 20% trova utile l'*E-Therapy* solo in un momento emergenziale ma pensa che tornerà a lavorare esclusivamente in presenza quando la situazione pandemica sarà superata.

Dopo aver condotto un'analisi iniziale del paziente per accertarsi che sia indicato alla terapia online (ISHMO 2000), le evidenze scientifiche antecedenti al 2020 suggeriscono, l'integrazione delle due modalità piuttosto che la preferenza netta dell'una o dell'altra (Mancuso, 2019).

Resta aperto il quesito inerente il futuro dell'avvio di percorsi esclusivamente online anche dopo la fine della situazione pandemica.

Nonostante le iniziali resistenze da parte dei terapeuti, l'aver maturato esperienza nella terapia da remoto in un periodo in cui era imprescindibile fare altrimenti, ha cambiato rappresentazioni e vissuti dei clinici, tanto da continuare il lavoro a distanza anche quando è stato possibile tornare in presenza. Viceversa, i pazienti, in particolar modo adolescenti sembrano essere più propensi a tornare in studio. Negli anni antecedenti all'arrivo della pandemia si ipotizzava che i giovani potessero essere un target privilegiato nell'adozione di pratiche terapeutiche online a partire dalla loro inclinazione e dalle loro competenze nell'uso di questi strumenti (Sweeney et al. 2016; OPL, 2017). Gli adolescenti sembravano essere quella parte di popolazione più incline alla terapia online in grado di incutere meno vergogna e resistenza soprattutto nei più giovani (Gainsbury, Blaszczyński, 2011).

Durante l'emergenza sanitaria i pazienti adolescenti sono stati, in una prima fase, i più adattabili, resilienti e collaborativi. Già da tempo avevano trasferito online le loro relazioni in modo affettivo e profondo, svuotando i parchi cittadini per riempire le piazze virtuali (Lancini, Turuani, 2009; Lancini, 2019). Durante i periodi di progressive aperture, però, i ragazzi sono tendenzialmente stati i primi a voler rientrare negli studi. Risulta difficile poter leggere questo dato estrapolando la variabile pandemica che ha costretto forzatamente a spostare tutti gli spazi di socialità e interazione quasi esclusivamente online. Probabilmente non è solo la mancanza di privacy o il bisogno di incontrare il proprio terapeuta dal vivo che li ha fatti tornare. Per alcuni è stato determinante anche il bisogno di riprendere il contatto con il mondo, tornare ad esplorare lo spazio cittadino e concedersi un luogo e tempo intermedio prima e dopo la seduta. Nel contesto attuale, tornare a vedere i ragazzi dal vivo il prima possibile è utile per consentire piccoli spiragli di normalità e tornare a poter pensare al futuro senza colludere con la paranoicizzazione del mondo esterno ma permettendo loro di

acquisire autonomia e senso di responsabilità, valori primari per la crescita.

Le indicazioni e le controindicazioni cliniche, i paradossi e le specificità sin qui descritte evidenziano, quindi, una complessità tale da portare molti clinici a sentire il bisogno di una formazione *ad hoc*.

Ben prima dell'arrivo della pandemia, alcuni studi, sottolineavano la mancanza di una formazione specifica nei corsi di laurea, un aumento della domanda e la necessità di introdurre quest'ambito specifico all'interno dei percorsi di formazione (Saenza et al. 2019).

Dalla nostra indagine si evidenzia che solo il 14% del campione non è interessato alla formazione. La restante parte si è formata durante la pandemia, o pensa sia utile farlo. Solo il 7% aveva già seguito corsi di approfondimento specifici a riguardo prima del 2020 (grafico n.10).

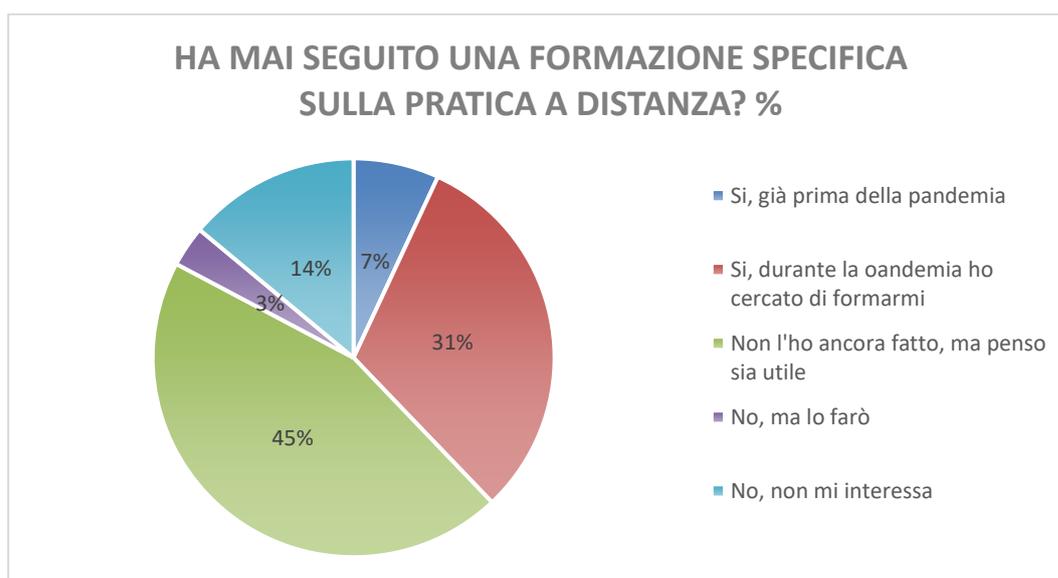


Grafico n. 10 – Percentuale di psicologi che hanno seguito una formazione sulla pratica clinica a distanza

Conclusioni

È difficile poter prevedere quello che accadrà quando la pandemia sarà finita. Presumibilmente la normalità a cui si tornerà coinciderà comunque con un nuovo modo di lavorare e non con un ritorno *ante quem*. Le nuove modalità non sostituiranno *tout court* il classico setting, ma si integreranno ad esso. L'esperienza pandemica ha sdoganato la possibilità, scarsamente valutata in tempi normali di lavorare da remoto, cambiando le rappresentazioni dei terapeuti e rafforzando la fiducia nella loro funzione

indipendentemente dal mezzo. Questo nuovo strumento, tuttavia, potrà essere messo al servizio tanto delle resistenze del paziente quanto della parte sana. Bisognerà quindi valutare caso per caso se la richiesta di restare online potrà essere evolutiva o difensiva. In prospettiva di una maggiore integrazione dello strumento andrà valutato caso per caso chi può giovare clinicamente e chi no, anche per quanto riguarda eventuali prese in carico interamente a distanza. Si tratta di una tematica d'interesse, in crescente espansione sulla quale vale la pena continuare a riflettere.

Bibliografia

- Andersson G. (2016). Internet-delivered psychological treatments. *Annual Review of Clinical Psychology* 12, 157-179
- Barak A., Hen L., Boniel-Nissim M., Shapira N.A. (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
- Bloom J.W. (1998). The ethical practice of Web Counseling. *British Journal of guidance & Counselling*, 26,1, 53-59
- Cohen G.E., Kerr B.A. (1998). Computer-mediated counseling: An empirical study of a new mental health treatment. *Computers in Human Services*, 15, 13–26
- Day S.X., Schneider P.L. (2002). Psychotherapy using distance technology: A comparison of face-to-face, video, and audio treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 499–503
- Gainsbury S., Blaszczynski A. (2011). A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clinical psychology review*, 31, 3, 490-498
- Jedlicka D., Jennings G. (2001). Marital therapy on the Internet. *Journal of Technology in Counseling*, 2, 1–15
- Lancini M., Turuani L. (2009). *Sempre in contatto. Relazioni virtuali in adolescenza*. Milano, FrancoAngeli
- Lancini M. (2019) (a cura di), *Il ritiro sociale negli adolescenti. La Solitudine di una generazione iperconnessa*. Milano, Cortina
- Mallen M., Vogel I., Rochlen B. (2005). The Practical Aspects of Online Counseling. *The Counseling Psychologist*, 33,6, 776-818
- Mancuso F. (2019). La terapia online: Innovazione e integrazione tecnologica nella pratica clinica. *Cognitivismo clinico*, 16 ,2, 193-207
- Manzo S. (2012). *La consulenza psicologica on line: ricerca clinica buone prassi*. Aracne Editrice, Roma
- Manzo S., Cannata A., Cuccurullo A. (2015). The psychological services into the cyberspace: a first census on the services offered in Italy. *Paper presented at the Abstract book of the 14th European Congress of Psychology*, Milano
- Martino M., Melissa E. (2020). Lockdown e terapia a distanza: come cambia la cura attraverso lo schermo. *Scritti Istituto Minotauro*,3,5,68-80
- 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

- Nissim Momigliano L. (1983). Due persone che parlano in una stanza una ricerca sul dialogo analitico. *Rivista di psicoanalisi*, 30,1, 1-17
- 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
- Rochlen A.B., Zach J.S., Speyer C. (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60,3, 269-283
- Saenz J.J., Sahu A., Tarlow K., Chang J. (2019). Telepsychology, training prospective. *Journal of clinical Psychology*, 76,6, 1101-1107
- Stofle G.S. (2001). *Choosing an online therapist: A step-by-step guide to finding professional help on the web*. White Hat Communications
- Suler J.R. (2000). Psychotherapy in cyberspace: A 5-dimensional model of online and computermediated psychotherapy. *CyberPsychology and Behavior* 3, 2, 151-159
- Suler J. (2001). Assessing a person's suitability for online therapy: The IMHO Clinical Case Study Group. *CyberPsychology and Behavior* 4, 675-679
- Suler J. (2004) The online disinhibition effect. *Cyber-Psychology and Behavior* 7,3, 321-326
- Sweeney G.M., Donovan C.L., March S., Forbes Y. (2016). Logging into therapy: Adolescent perceptions of online therapies for mental health problems. *Internet interventions* 15, 93-99
- 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, 113-121

Sitografia

- AGIPPSA Seminari intermedi (2020). L'impatto del coronavirus nelle attività cliniche e non solo, <https://agippsa.it/wp-content/uploads/2021/01/report-uniti.pdf>
- Angeletti M.S. (2020). L' E-Therapy rompe la vergogna. Come cambia la psicoterapia al tempo del Covid-19, <https://www.lavocedineyork.com/lifestyles/scienza-e-salute/2020/12/01/le-therapy-rompe-la-vergogna-come-cambia-la-psicoterapia-ai-tempi-di-covid-19/dicembre>
- Bozzaotra A., Cicconi V., Di Giuseppe L., Di Lullo T., Manzo S., Pierucci L. (2017). Digitalizzazione della professione e dell'intervento psicologico mediato dal web, <https://www.psy.it/linee-guida>, CNOP
- CNOP (2013). Raccomandazioni del CNOP sulle prestazioni psicologiche attraverso tecnologie di comunicazione a distanza, <http://www.ordinepsicologiumbria.it/wp-content/uploads/2017/06/Raccomandazioni-del-CNOP-sulle-prestazioni-psicologiche->

attraverso-tecnologie-di-comunicazione-a-distanza-%E2%80%93-2013.pdf

Dielman M., Drude K., Ellenwood A. E., Heinlen K., Imar T., Lichstein M., Mills M., Asch P. S. (2010). Telepsychology guidelines. Ohio Psychological Association, <http://www.ohpsych.org/professionallissues.aspx>

ENPAP (2019). Demografia, redditi e trend degli psicologi italiani, https://www.enpap.it/DOC/Ebook_ENPAP_Demografia_luglio2019.pdf

Essing T. (2010). 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>, marzo

International Society for Mental Health Online (2000). Suggested principles for the online provision of mental health services, <http://www.ismho.org>

La Torre D. (2020). Il setting universale: la pandemia, <https://www.spiweb.it/wp-content/uploads/2020/03/diletta-la-torre.pdf>

Lingiardi V., Giovanardi G. (2020). Terapie e terapeuti on-line, <https://www.ilsole24ore.com/art/terapie-e-terapeuti-on-line-ADG4lvG>, aprile

OPL (2017). Stato dell'arte della ricerca scientifica sulle prestazioni psicologiche a distanza, <https://www.opl.it/come-fare-per/Stato-dell-arte-della-ricerca-scientifica-sulle-prestazioni-psicologiche-a-distanza-al-2017.php?t=3729>

Riefolo G. (2020). Corona Setting, <https://www.spiweb.it/wp-content/uploads/2020/03/riefolo.pdf>

WeAreSocial (2020). Digital 2020: 3.8billion people use social media <https://wearesocial.com/blog/2020/01/digital-2020-3-8-billion-people-use-social-media>

WeAreSocialItalia (2020). Report digital 2020. In Italia cresce ancora l'utilizzo dei social, <https://wearesocial.com/it/blog/2020/02/report-digital-2020-in-italia-cresce-ancora-lutilizzo-dei-social>