



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione**

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle  
Relazioni Interpersonali**

**Elaborato finale**

**La psicoterapia online: caratteristiche, vantaggi, limiti ed  
implicazioni etiche**

**Online psychotherapy: characteristics, advantages, limitations and ethical implications**

*Relatore*

**Prof. Diego Rocco**

*Laureanda: Andreea Alcaz*

*Matricola: 2012122*

Anno Accademico 2022/2023



## INDICE

<b>1.</b>	<b>LA PSICOTERAPIA ONLINE</b> .....	1
1.1	Definizione.....	1
1.2	Passato e presente: dati riguardo l'utilizzo della psicoterapia online e il ruolo del COVID-19.....	1
1.3	I vantaggi della psicoterapia online.....	2
1.4	Gli svantaggi della psicoterapia online.....	4
1.4.1	“Zoom fatigue” e la sua relazione con la perdita di informazioni non verbali.....	4
1.4.2	La telepresenza e l'attenzione continuamente parziale.....	5
1.4.3	La percezione spazio-tempo in relazione alla memoria.....	6
1.4.4	I cambiamenti nel setting.....	6
1.4.5	Il silenzio e il “Comfort Noise”.....	7
1.5	Le linee guida di Gillian Isaacs Russell e Todd Essig.....	7
1.6	Problemi etici.....	8
<b>2.</b>	<b>ARTICOLI RELATIVI ALLA RECENTE RICERCA EMPIRICA SULLA PSICOTERAPIA ONLINE</b> .....	11
2.1	“Zoom-In to Zone-Out: Therapists Report Less Therapeutic Skill in Telepsychology Versus Face-to-Face Therapy During the COVID-19 Pandemic”.....	11
2.2	“Clients’ Perceptions of Changes in Their Therapists’ Positive Regard in Transitioning from In-Person Therapy to Teletherapy”.....	15
2.3	“The Efficacy of Synchronous Teletherapy Versus In-Person Therapy: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials”.....	18
<b>3.</b>	<b>DISCUSSIONE E CONCLUSIONI</b> .....	21
	BIBLIOGRAFIA.....	23



# 1. LA PSICOTERAPIA ONLINE

## 1.1 Definizione

Il termine “terapia online” può essere definito come tutte quelle interazioni terapeutiche che fanno utilizzo di Internet per mettere in connessione i professionisti della salute mentale coi loro pazienti (Rochlen, Zack, & Speyer, 2004). In particolare, negli anni 2000, il termine “terapia online” solitamente veniva utilizzato in riferimento a interventi terapeutici tramite testo, mentre al giorno d’oggi, quando si parla di terapia online, nella maggior parte dei casi ci si riferisce alla terapia condotta tramite la videoconferenza (Hanley, 2021).

In questo elaborato, col termine “terapia online” ci si riferisce anche ad altre varianti terminologiche, quali telepsicologia, teleterapia, telepsichiatria, salute telementale, tele-salute, terapia a distanza, cyber-psicologia, e-mental health (Stoll, Müller, & Trachsel, 2020).

La telepsicologia è definita come l’erogazione di servizi psicologici che facciano uso delle tecnologie di telecomunicazione. Il termine “telecomunicazioni” comprende al suo interno l’uso dei dispositivi mobili, dell’e-mail, della chat, dei siti web, dei blog e delle videoconferenze interattive. Si può differenziare, inoltre, tra telecomunicazioni asincrone o sincrone. Le diverse forme di telecomunicazione possono essere usate per scopi differenti, sia andando a sostegno e miglioramento della terapia di-persona, sia come un servizio a sé stante (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013).

Nonostante la teleterapia faccia utilizzo di un’ampia serie di tecnologie di telecomunicazione (Pierce, Perrin, & McDonald, 2020), questo elaborato si focalizza sulla teleterapia che utilizza primariamente l’interazione tramite videoconferenza.

## 1.2 Passato e presente: dati riguardo l’utilizzo della psicoterapia online e il ruolo del COVID-19

L’utilizzo delle risorse tecnologiche a scopo terapeutico non è un concetto nuovo; infatti, già negli anni ’60, è stato creato un programma denominato “ELIZA” da parte di Weizenbaum (1966) che consisteva in una chatterbot (ovvero un software che simula una conversazione con un essere umano) che rispondeva alle domande del cliente tramite regole linguistiche basate sui principi della consulenza centrata sul cliente (Weizenbaum, 1966). Gli sviluppi più consistenti della terapia online sono avvenuti dopo il 1990, in seguito ad un aumento del numero di persone che potevano accedere ad Internet (Hanley, 2021). Nel 1995 è stata registrata la prima seduta di terapia online (Anthony, 2003).

Però è stato l'insorgere della pandemia da COVID-19 a fungere da “catalizzatore evolutivo” per gli sviluppi che sono avvenuti negli ultimi anni nella consultazione e nella terapia online (Hanley, 2021). Tuttavia, questo passaggio al trattamento da remoto, oltre al fatto che non si è trattato di una libera scelta dei professionisti della salute mentale, non è nemmeno avvenuto in seguito a un periodo di transizione; perciò, molti professionisti si sono trovati impreparati sulla conduzione della terapia online (Isaacs Russell, 2020).

Per quanto riguarda l'uso della tecnologia a scopo terapeutico, negli ultimi anni, secondo una recente indagine sul suolo americano, il 43% degli psicoterapeuti pratica qualche forma di terapia online (Glueckauf, et al., 2018). Prima della pandemia, l'uso della teleterapia nel contesto clinico era stimato del 7,1%, durante la pandemia ha raggiunto l'85,5%, mentre in seguito alla pandemia, si stima che circa un terzo del lavoro clinico degli psicologi si svolgerà tramite qualche forma di teleterapia (Pierce, Perrin, & McDonald, 2020). Inoltre, per quanto riguarda la formazione nella terapia online, più di un terzo degli psicologi ritiene di non avere le competenze necessarie a praticare la teleterapia, non avendone una formazione specifica (Glueckauf, et al., 2018).

Negli ultimi anni, sempre più terapeuti sono propensi ad effettuare un'integrazione tra la terapia faccia-a-faccia e la terapia online, cosicché quest'ultima ne risulti complementare. Naturalmente, a questo proposito, risulta fondamentale che i ricercatori e i terapeuti si assicurino che la teleterapia mantenga la sensibilità etica (Hanley, 2021).

### **1.3 I vantaggi della psicoterapia online**

La psicoterapia online è uno strumento che ultimamente si sta sempre più affermando nel panorama clinico, per tali ragioni numerosi studiosi indagano già da tempo sulle sue possibili implicazioni positive e negative. Nonostante vi siano opinioni contrastanti al riguardo, numerose ricerche dimostrano che la teleterapia possa essere efficiente ed efficace tanto quanto la terapia dal vivo (Chakrabarti, 2015).

La terapia online permette di facilitare l'accesso ai servizi psicologici a quelle persone che vivono in zone rurali o remote, in cui non vi sono terapeuti disponibili (Luxton, Nelson, & Maheu, 2016) oppure che non sono specializzati in una determinata problematica. Offre anche l'accesso a coloro che hanno difficoltà motorie o che sono impossibilitati ad uscire dalla propria abitazione (Godine & Barnett, 2013), e a coloro che a causa della malattia psichiatrica di cui sono affetti non riescono a raggiungere la stanza di consultazione. La terapia online è anche un'opzione adatta per coloro che soffrono di agorafobia, ansia o altre condizioni che limitano gli incontri faccia a faccia (Fitzgerald et al., 2010). Le persone affette da questi disturbi possono provare un forte disagio o paura nel recarsi in luoghi

affollati o incontrare persone sconosciute. La terapia online permette di sperimentare un ambiente in cui possono comunicare con il loro terapeuta senza la pressione degli incontri di persona. Anche se sembra che la psicoterapia sia appropriata soprattutto per quelle persone con sintomi moderati o lievi (Gun, Titov, & Andrews, 2011), potrebbe essere una via percorribile anche per quei pazienti in crisi acute che non hanno la possibilità di disporre in quel determinato momento di una cura di persona (Haas & Malouf, 2002).

Tramite la terapia online si possono creare degli approcci creativi che includono differenti modelli terapeutici e differenti modalità tecniche, incluso l'utilizzo di materiali aggiuntivi online, tramite siti o video, per esempio, che possono essere integrati nella terapia (Fenichel, et al., 2002). La registrazione dei dati e la documentazione di questi nella terapia online è più semplice, consentendo di riguardare il trattamento e le tecniche terapeutiche utilizzate (Bauman & Rivers, 2015). Le videoconferenze delle sedute possono essere registrate, in questo modo possono essere usate successivamente per la supervisione (Simpson, Richardson, & Pelling, 2015).

La psicoterapia online è considerata conveniente sia per i pazienti che per i terapeuti (Drum & Littleton, 2014), offrendo più flessibilità e riducendo complessivamente i costi (Barnett & Scheetz, 2003), sia per il paziente, sia per il terapeuta, sia per l'intera società (Morland et al., 2015). Inoltre, può portare a una riduzione delle lunghe liste di attesa per il trattamento di persona, in quanto un singolo terapeuta può prendere in carico clienti anche geograficamente distanti (Proudfoot, 2004); ciò è utile soprattutto nelle popolazioni dove non vi è un adeguato quantitativo di professionisti della salute mentale (Mallen, Vogel, & Rochlen, 2005). Dunque, potrebbe essere uno strumento per migliorare la salute mentale soprattutto nei paesi in via di sviluppo o quelli con un reddito medio-basso (Stoll, Müller, & Trachsel, 2020).

La terapia online può garantire un maggiore senso di privacy (Chester & Carolyn, 2006), dal momento che il paziente non viene visto mentre entra nello studio del professionista (Bauman & Rivers, 2015). Questo senso di anonimato potrebbe indurre il paziente a sentirsi più propenso ad aprirsi su temi sensibili dal punto di vista emotivo (Fraser, 2009). L'anonimato può dare al paziente la sensazione di ridurre lo stigma sociale associato al ricorso ai servizi di aiuto per la salute mentale (Stoll, Müller, & Trachsel, 2020), consentendo a persone che altrimenti non intraprenderebbero una terapia di iniziare il percorso online (Kramer et al., 2013) ed, eventualmente, passare in seguito a un trattamento di persona (Rummell & Joyce, 2010). La teleterapia può conferire maggiore potere e libertà al paziente, in quanto per quest'ultimo risulta più facile cambiare il proprio psicoterapeuta, tramite alcuni click (Finfgeld, 1999); questo non significa che il paziente alle prime difficoltà riscontrate col terapeuta decida di abbandonare la terapia, ma si riferisce a quei casi in cui il cliente sente il bisogno di cambiare

terapeuta ma ha difficoltà a trovarne uno disponibile a prenderlo in carico di persona oppure fa più fatica ad interrompere la terapia dal vivo.

La psicoterapia online permette di raggiungere anche quei pazienti che si trovano temporaneamente all'estero (Fenichel, et al., 2002). È particolarmente utile nelle situazioni d'emergenza, dato che tendenzialmente è di più facile accesso, oltre al fatto che il paziente potrebbe sentirsi più a suo agio nell'aprirsi su pensieri riguardo il suicidio o l'omicidio da remoto rispetto a farlo di persona (Fenichel, et al., 2002). La terapia online può offrire protezione al terapeuta in quelle situazioni in cui si interagisce con pazienti che potrebbero essere pericolosi o quando ci si trova in un ambiente pericoloso (Frueh, et al., 2000). Dato che nella terapia online manca la vicinanza fisica, questa potrebbe portare a una diminuzione del rischio che si venga a creare una intimità sessuale tra terapeuta e paziente (Koocher, 2007).

La terapia online può portare a un miglioramento del processo del consenso informato fornendo collegamenti ad altre sorgenti d'informazione, tramite la messa a disposizione di materiale aggiuntivo e permettendo la traduzione del materiale in lingue differenti (Gamble, Boyle, & Morris, 2015).

## **1.4 Gli svantaggi della psicoterapia online**

### *1.4.1 "Zoom fatigue" e la sua relazione con la perdita di informazioni non verbali*

Ci si può aspettare che lavorare online sia meno faticoso dato che non vi è la necessità di prepararsi (infatti, molte persone hanno riportato di lavorare in pigiama o in abbigliamento sportivo) e di viaggiare. In realtà, nella maggior parte dei casi, si è rivelato più stancante rispetto al condurre la terapia di persona. È stato addirittura coniato il termine "Zoom fatigue" per riferirsi a questo concetto (Isaacs Russell, 2020). Il fenomeno della "Zoom fatigue" è dovuto da un lato a difficoltà tecniche, quali la perdita della connessione, velocità troppo lenta di trasmissione, l'interruzione o bassa qualità del suono, l'eco, i pixel sullo schermo (Lin et al., 2021), dall'altro al fatto che portare il proprio lavoro all'interno del proprio spazio personale, come spesso può accadere conducendo la terapia online, può portare ad un aumento delle ore di lavoro giornaliere (Isaacs Russell, 2020). Nella teleterapia è necessario lavorare più duramente per tentare di percepire l'intera comunicazione, questo poiché molte informazioni non-verbali vengono perse (Isaacs Russell, 2020), sia non permettendo al terapeuta di cogliere le emozioni del paziente trasmesse tramite il non-verbale, sia non permettendogli di esprimere adeguatamente messaggi non-verbali contenenti informazioni emotive da mandare al paziente, ad esempio tramite espressioni facciali o tramite il linguaggio del corpo (Hall, Harrigan, & Rosenthal, 1995).



Quando si lavora attraverso lo schermo, il volto dell'altra persona viene visto più da vicino rispetto a quanto accada dal vivo. Le persone sono solite avere il controllo sul proprio spazio personale e la distanza da mantenere in relazione agli altri, mentre il volto visto nello schermo crea la sensazione che la persona si trovi nel proprio spazio personale, attivando la risposta di “attacco o fuga”, che risulta distraente (Isaacs Russell, 2020). A volte, l'uso del solo cellulare o del solo audio rende il movimento oculare più libero e simile a quello di un incontro in cui l'ambiente viene condiviso, anche se comportano la perdita di informazioni visive, come ad esempio le espressioni facciali, cosa importante dato che più del 65% della comunicazione è non-verbale (Isaacs Russell, 2020).

#### *1.4.2 La telepresenza e l'attenzione continuamente parziale*

Con l'espressione “senso della presenza” si fa riferimento alla capacità dell'organismo di poter interagire – anche in potenza – col mondo esterno tramite azioni, permettendo al sistema nervoso di riconoscere che l'individuo si trovi al di fuori del Sé, in un ambiente che non è solo un prodotto del proprio mondo interno. Dunque, il senso di presenza va distinto dal gradiente di immersione nella tecnologia o dal coinvolgimento emotivo. Quando si fa uso della tecnologia per relazionarsi con l'altro, il senso della presenza viene sostituito da un senso di presenza illusorio, denominato “telepresenza”. Quest'ultima, tuttavia, viene persa quando si deve effettuare uno sforzo di concentrazione (Isaacs Russell, 2020).

Inoltre, lo sforzo di concentrazione che richiede il lavoro tramite la tecnologia rende difficile che possa verificarsi l'attenzione liberamente fluttuante. Quest'ultima richiede allo stesso tempo sia la capacità di allontanarsi all'interno del proprio processo di pensiero, sia di riuscire a ricollegarsi al pensiero stesso. Tuttavia, questa abilità può essere esercitata solo quando alla base vi è un affidabile e continuo senso di presenza. Perciò, nella teleterapia, si parla piuttosto di “attenzione continuamente parziale”. Essa consiste in uno stato caratterizzato da iper-vigilanza, in cui sia il terapeuta che il paziente cercano di anticipare una potenziale connessione, ma questo tentativo di essere accessibile permanentemente mentre si utilizza la tecnologia porta a non essere veramente accessibili e sintonizzati nel corso della seduta, dato che una parte della propria attenzione è costantemente impegnata nel pensiero di mantenere una connessione con la rete su più fronti. Si manifesta, ad esempio, tramite il continuo controllo delle proprie mail, tramite la disponibilità visiva del cellulare in caso dell'arrivo di una notifica, tramite il tenere aperte e accessibili varie finestre di windows (Isaacs Russell, 2020). Infatti, è stato dimostrato che la qualità della fiducia, del dialogo e dell'empatia tra due persone può diminuire a causa della sola presenza di un cellulare in un tavolo vicino, anche se posizionato con lo schermo in giù o spento (Misra et al., 2014).

#### *1.4.3 La percezione spazio-tempo in relazione alla memoria*

Alcuni pazienti hanno riferito che il viaggio di andata e di ritorno al luogo in cui si svolgeva la terapia permetteva loro di ricordare meglio la seduta, mentre durante la terapia online, non effettuando questi viaggi, riportano di avere più difficoltà nel far riemergere alla memoria questi ricordi (Isaacs Russell, 2020). Da parte loro alcuni analisti affermano di riscontrare delle problematiche non solo nel ricordare il contenuto delle sedute, ma anche nel collocarle nel tempo, infatti, alcuni di essi si sono ritrovati a prendere ampi appunti durante le sedute online, anche se non lo facevano nelle sedute dal vivo (Isaacs Russell, 2020). Questo accade poiché i sistemi neurali che si attivano nel corso di un viaggio fisico, sono gli stessi che si attivano nel corso di un viaggio mentale, ovvero quando la nostra mente si sposta dal passato, al presente, all'immaginare il futuro (Isaacs Russell, 2020). Più è ricca la nostra esperienza incarnata di azione nel mondo esterno, più quest'esperienza avrà un profondo impatto sulla memoria, sulla percezione e sulla consapevolezza. Questo perché quello che succede nel cervello è influenzato da ciò che accade nel corpo e da come questo viene stimolato a sua volta dall'ambiente. In questo senso sarebbe più opportuno utilizzare il termine di "states of being" invece di "states of mind", facendo riferimento a un sistema che coinvolge anche la percezione e l'azione. L'arresto temporaneo di molte attività durante il lockdown, senza poter effettuare grossi cambi nella routine e negli spostamenti, ha influito sulla memoria e sulla percezione del tempo (Isaacs Russell, 2020).

#### *1.4.4 I cambiamenti nel setting*

Nel tradizionale setting terapeutico è compito dello psicologo provvedere al contenimento fisico del paziente, fornendogli sicurezza e accoglienza, mettendo a disposizione la stanza di consultazione, che dovrebbe essere un luogo costante e privo di intrusioni esterne (Isaacs Russell, 2020). Nella terapia online, invece, il terapeuta non ha più controllo sull'ambiente del paziente e non può nemmeno intervenire direttamente durante la manifestazione di eventuali crisi da parte dello stesso (Brenes, Ingram, & Danhauer, 2011). Naturalmente, i pazienti che non hanno mai fatto esperienza di un ambiente sicuro non riescono a immaginare la sensazione di sicurezza; perciò, non si può avere l'aspettativa che siano in grado di garantirsi autonomamente un ambiente sicuro (Isaacs Russell, 2020).

In particolare, durante il periodo della pandemia da Covid-19, dato che molti famigliari non potevano uscire di casa a causa delle restrizioni legali, è stato più difficoltoso trovare la privacy e riuscire a condurre la seduta da un luogo privo di intrusioni e che fosse costante tra una seduta e l'altra (Isaacs Russell, 2020). Le persone si sono trovate, dunque, a svolgere le sedute da vari luoghi; quali lo studio, gli uffici, la stanza da letto, addirittura sdraiati sul lettino accanto a una piscina o in macchina nel

parcheggio di lavoro (Isaacs Russell, 2020). Inoltre, anche il terapeuta fa più fatica a fornire un contenimento e a preservare uno spazio analitico interno, in un momento in cui sia il paziente che il terapeuta stesso non si sentono sicuri in una situazione potenzialmente stressante come quella della pandemia da Covid-19 (Isaacs Russell, 2020).

#### *1.4.5 Il silenzio e il “Comfort Noise”*

Grazie alle microanalisi delle trascrizioni dell'interazione mediata dal computer, si è scoperto che le distorsioni, di natura vocale o visiva, e le aggiunte effettuate possano portare a un importante cambiamento di significato nella comunicazione, senza che nessuna delle due parti ne giunga alla consapevolezza (Olson & Olson, 2000). Col termine aggiunte ci si riferisce a tutte quelle migliorie messe in atto quando viene riscontrato un errore; tra queste vi è la soppressione dei rumori intrusivi, che creerebbe un silenzio che verrebbe percepito come una disconnessione (Isaacs Russell, 2020). Perciò, il sistema crea artificialmente un rumore di sottofondo sintetico, denominato “Comfort Noise” (Isaacs Russell, 2020). Inoltre, anche se l'uso intenzionale del silenzio è una tecnica terapeutica utilizzata per permettere al paziente una maggiore esplorazione del contenuto portato (Hill, et al., 2019), a causa dei ritardi della connessione frequenti nella teleterapia, potrebbe non essere compreso (Lin et al., 2021).

### **1.5 Le linee guida di Gillian Isaacs Russell e Todd Essig**

Le linee guida per l'utilizzo della terapia online sviluppate da Gillian Isaacs Russell e Todd Essig (Isaacs Russell & Essig, 2019) per i clienti che vogliono intraprendere una seduta online hanno lo scopo di diminuire le distrazioni e migliorarne complessivamente l'esperienza. Qui di seguito vi è una sintesi delle linee guida proposte:

- durante la seduta, è consigliabile spegnere o silenziare tutti i dispositivi tecnologici, ad eccezione di quelli necessari per la seduta stessa
- chiudere tutti i programmi, tranne quello in uso per la seduta
- disattivare le notifiche di messaggi, e-mail o applicazioni
- lasciare le mani libere può favorire un maggiore coinvolgimento nella seduta
- utilizzare le cuffie può aiutare a ridurre le distrazioni acustiche dall'ambiente esterno e favorire una maggiore immersione nella seduta
- posizionare il cellulare a “faccia in giù” se usato come fonte audio
- spegnere oppure oscurare del tutto il monitor del computer se usato come fonte audio.

Per quanto riguarda la difficoltà nel ricordare il contenuto delle sedute e di collocarle nello spazio-tempo, le linee guida consigliano di riservare quindici minuti prima e dopo la seduta per muoversi

nello spazio. Ciò si può fare attraverso una passeggiata o lo stretching, sia fuori che dentro casa. Sconsigliamo di interrompere un'attività che richiede attenzione focalizzata e iniziare la seduta subito dopo. Allo stesso modo, si sconsiglia di iniziare un'attività che richiede attenzione focalizzata appena terminata la seduta psicologica. Questo permette al paziente di integrare l'esperienza e mantenerla in memoria più a lungo (Isaacs Russell, 2020).

### **1.6 Problemi etici**

Un primo problema etico della terapia online da tenere in considerazione è quello riguardante la riservatezza e la privacy, che potrebbero venire a mancare, in particolare, quando si fa uso di strumenti di comunicazione non criptati (Fantus & Mishna, 2013) e di siti web non protetti, che possono essere di facile violazione (Childress & Asamen, 1998).

La conduzione della teleterapia richiede competenze cliniche specifiche del setting online, determinate competenze tecnologiche (Stoll, Müller, & Trachsel, 2020), conoscenze riguardo agli approcci etici, riguardo alle politiche specifiche e ai requisiti legali (Johnson, 2014). Se un terapeuta ha determinate abilità nella conduzione della terapia di persona, non significa che queste competenze riuscirà a metterle in atto con la stessa efficacia anche nel setting online (Mallen, Vogel, & Rochlen, 2005). Secondo vari autori vi è la mancanza di un'adeguata conoscenza riguardo l'efficacia, l'efficienza e i risultati a lungo termine della terapia online se confrontata con quella di persona (Barnett & Scheetz, 2003). Molti terapeuti dubitano del fatto che la terapia online possa sostituire quella di persona, ma ritengono che possa far sì che meno persone propendano per una terapia di persona quando questa potrebbe essere più adeguata (Childress, 2000). Mancano degli orientamenti e degli standard di pratica completi da parte di istituzioni legali, in particolare per quanto riguarda le pratiche di regolazione internazionale transfrontaliere (Finfgeld, 1999). In questi casi, quando vi è una situazione di violazione, non è chiaro a quale giurisdizione si debba fare riferimento (Lloyd, 1996).

Le eventuali difficoltà tecniche potrebbero distrarre il paziente e portare a frustrazione (Regueiro, Mcmartin, & Woody, 2016) con una conseguente difficoltà nell'aderenza alla terapia, la quale potrebbe essere più debole in un contesto online (Sampson, Kolodinsky, & Greeno, 1997). Un altro problema riguarda il fatto che l'assenza di alcuni indizi non-verbali può portare a comunicazioni errate e incomprensioni (Bauman & Rivers, 2015), che possono verificarsi soprattutto in presenza di differenze culturali tra paziente e terapeuta (Barnett & Scheetz, 2003).

Inoltre, persistono interrogativi su come si debbano gestire le interruzioni o le difficoltà tecniche in quanto a rimborsi, sulla tariffa dell'onorario, sulla fatturazione (Martin, 2013) e se le assicurazioni debbano coprire la teleterapia (Stoll, Müller, & Trachsel, 2020).

Spesso la tecnologia crea un senso di accessibilità permanente all'altro, rischiando di creare potenzialmente l'aspettativa di una costante presenza del terapeuta che lo stesso non può e non deve garantire (Fantus & Mishna, 2013). La psicoterapia online può rendere più difficile il mantenimento dei confini professionali; il fatto che si possa scegliere il luogo e l'orario in cui condurre la seduta potrebbe portare alla conduzione della terapia in luoghi oppure orari inappropriati (Drum & Littleton, 2014).

Un altro problema etico riguarda il fatto che il terapeuta può avere maggiori difficoltà a valutare se il paziente abbia le capacità mentali per dare il suo consenso informato o se sia legalmente in grado di darlo (Derse & Miller, 2008). Online è più difficile verificare con certezza l'identità del paziente o del terapeuta; questo aumenta il rischio di frode o che il terapeuta intraprenda un percorso con un minore senza avere il consenso dei suoi genitori (Harris & Birnbaum, 2015).

La psicoterapia online non è adatta a tutti i pazienti; potrebbe essere addirittura controindicata nel caso di pazienti fortemente disfunzionali e per quei pazienti che sono un pericolo per sé stessi oppure per gli altri (Brenes, Ingram, & Danhauer, 2011), oppure per quei pazienti che si trovano a disagio ad utilizzare la tecnologia (Perle, Langsam, & Nierenberg, 2011). Le persone con basso status socioeconomico oppure coloro che non sono in grado di utilizzare l'equipaggiamento tecnologico necessario potrebbero non riuscire ad avere accesso alla teleterapia (Mallen, Vogel, & Rochlen, 2005).

Nel capitolo successivo vengono presi in considerazione alcuni dei lavori di ricerca recenti riguardo la terapia online.



## 2. ARTICOLI RELATIVI ALLA RECENTE RICERCA EMPIRICA SULLA PSICOTERAPIA ONLINE

Di seguito verranno esposti tre articoli selezionati da una ricerca bibliografica su PsycINFO e Google Scholar, eseguita utilizzando le parole chiave “Online therapy OR Teletherapy OR Telepsychology”, “Therapists”, “Clients” ed “Efficacy”. Sono stati presi in considerazione solamente gli articoli più recenti, infatti, la ricerca è stata limitata al periodo 2021-2022. Tali articoli sono stati pubblicati su riviste con *Impact Factor* elevato, aventi una notevole influenza nella comunità scientifica. Le riviste sono “Psychotherapy” [Q1], “Psychotherapy Research” [Q1] e “Clinical Psychology: Science and Practice” [Q1]. Per ogni studio verranno indicati gli obiettivi ed eventuali ipotesi, la metodologia utilizzata, i risultati ottenuti e le discussioni dei ricercatori.

### ***2.1 “Zoom-In to Zone-Out: Therapists Report Less Therapeutic Skill in Telepsychology Versus Face-to-Face Therapy During the COVID-19 Pandemic”***

Il primo studio che si prende in considerazione è stato pubblicato sulla rivista “Psychotherapy” nel 2021 ed è stato condotto da Tao Lin, Suzannah J. Stone, Timothy G. Heckman, e Timothy Anderson.

**Obiettivo.** La maggior parte degli studi precedenti hanno indagato primariamente la valutazione dei clienti riguardo i risultati ottenuti in seguito al trattamento online rispetto a quello di-persona (Mohr et al., 2008). Questo studio, invece, ha come primo obiettivo l’analisi della percezione di coloro che forniscono servizi di salute mentale riguardo le differenze tra la terapia dal vivo e la terapia online, durante il periodo del COVID-19, prendendo in considerazione gli attributi terapeutici comuni. Il secondo obiettivo è quello di identificare quali caratteristiche del terapeuta (quali siano i predittori di formazione, demografici e di pratica clinica) predicono il verificarsi di una differenza tra la teleterapia e la terapia di persona (Lin et al., 2021).

**Ipotesi.** Si ipotizza che i terapeuti possano percepire una diminuzione delle proprie capacità terapeutiche e dei risultati terapeutici nella terapia online rispetto a quella faccia-a-faccia, soprattutto per quanto riguarda quei professionisti che non hanno mai fatto esperienza della conduzione di una psicoterapia online in precedenza (Lin et al., 2021).

**Metodo.** Per il reclutamento del campione sono stati identificati sia terapeuti con licenza che i tirocinanti in formazione in psicoterapia rispettivamente sui siti web per la psicoterapia e sui siti web per i programmi di specializzazione in psicologia clinica e counselling, sono stati pubblicati annunci su listserv (un software per creare liste di annunci, newsletter e comunità di posta elettronica), su associazioni psicologiche e reti private. Inoltre, a coloro che avevano completato il sondaggio è stato

chiesto di inviarlo ad altre persone qualificate. Tra tutte le persone che hanno risposto al sondaggio inviato per mail sono state scartate quelle che non hanno completato almeno il 70% delle domande e quelle che hanno riferito di non praticare terapia online in quel momento. Il campione costituito da 440 soggetti suddivisi in psicologi, studenti tirocinanti, alcuni consulenti e assistenti sociali e altri professionisti della salute mentale. La gran parte del campione proveniva da uno dei 48 stati presenti sul territorio nazionale degli Stati Uniti, era femminile, bianca, sposata oppure aveva un partner, e si auto-identificava come eterosessuale; dunque, il campione era demograficamente rappresentativo della forza lavoro statunitense in ambito psicologico (Lin et al., 2021).

Il sondaggio era costituito da tre sezioni; nella prima venivano indagate le informazioni demografiche e quelle relative alla pratica clinica; nella seconda venivano rilevate le attività cliniche primarie in seguito alla pandemia da COVID-19, la percentuale di terapia somministrata per mezzo di differenti tecnologie e quanta esperienza hanno avuto e quanta formazione hanno ricevuto in merito alla conduzione della terapia online; infine, nella terza veniva richiesta la propria percezione rispetto a 28 attributi terapeutici comuni, sia quando si intraprende una terapia online sia quando la si intraprende di persona. I 28 attributi terapeutici comuni sono stati adattati partendo dalle “Facilitative Interpersonal Skills” (Anderson, Patterson, & Weis, 2007), che includono l’abilità di capire l’effettiva problematica del paziente, di trasmettere al paziente messaggi interpersonali in modo efficace e di proporgli soluzioni adeguate (Anderson et al., 2016), dalle “Helping Skills Measure”, che comprendono le capacità di insight, esplorazione e azione (Hill & Kellems, 2002) e dal “Working Alliance Inventory” che indaga quanto il terapeuta sia in grado di instaurare un legame col paziente e al contempo di lavorare assieme sull’obiettivo stipulato (Horvath & Greenberg, 1989).

Per determinare la struttura fattoriale dei 28 attributi terapeutici comuni sono state condotte sia l’analisi fattoriale esplorativa sia quella confermativa. Tenendo in considerazione numerosi criteri è stato determinato il numero adeguato di fattori da mantenere. Per valutare se e in quali aree vi fosse una differenza tra la somministrazione online e quella di persona, dalle competenze autovalutate per la terapia di persona per ciascun fattore sono state sottratte quelle per la teleterapia. Infine, con lo scopo di individuare quali siano i predittori unici delle diminuite abilità terapeutiche comuni percepite, delle diminuite capacità di influenze al di fuori della terapia e dei ridotti risultati nella terapia online in confronto a quella di persona è stata condotta un’analisi di regressione multivariata. Nel modello sono state inserite le variabili demografiche, i fattori di pratica clinica, e fattori legati alla presenza o meno di formazione e/o esperienza nella teleterapia (Lin et al., 2021).

**Risultati.** La tecnologia di comunicazione più utilizzata per la conduzione della teleterapia è risultata essere la videoconferenza. Solo una minoranza del campione ha riportato di aver condotto almeno



una parte della terapia di persona durante il periodo del Covid-19. Nonostante meno della metà dei partecipanti al sondaggio sia stato formato nella teleterapia, la maggior parte aveva varie esperienze nella terapia online già prima della pandemia da Covid-19 (Lin et al., 2021).

Il modello finale è costituito tre fattori indagati da 19 item. Il primo fattore è quello degli attributi terapeutici comuni, include dunque abilità presenti in quasi tutte le modalità psicoterapeutiche e comprende sia le “Facilitative Interpersonal Skills” sia le “Helping Skills”, che sono più tecniche. Il secondo fattore riguarda l’influenza extra-terapeutica ed è composto dagli item “assegnazione di compiti a casa”, “completamento dei compiti a casa” e “risorse” che il clinico provvede di dare al paziente. Il terzo fattore è quello relativo ai risultati percepiti e si compone degli item “soddisfazione”, “miglioramento clinico”, “riduzione dei sintomi”, “riparazione della rottura dell’alleanza” e “fiducia” intesa come le abilità percepite dai clinici per facilitare i risultati del paziente (Lin et al., 2021).

I risultati rivelano che i partecipanti hanno riferito di percepire meno attributi terapeutici comuni, di avere meno influenze extra-terapeutiche e di percepire risultati terapeutici inferiori nella teleterapia rispetto alla terapia di persona. In particolare, per quanto riguarda gli attributi terapeutici comuni, quelli la cui percezione era molto divergente nei due contesti di conduzione della terapia erano il silenzio intenzionale, l’uso di tecniche terapeutiche varie, il tono della conversazione, l’empatia e l’espressione emotiva. Inoltre, i terapeuti più giovani, con carichi di lavoro minori, di sesso maschile, senza una precedente esperienza o formazione con la terapia online, che preferivano terapie relazionali e basate sull’esperienza hanno percepito maggiormente una riduzione nell’espressione delle loro competenze terapeutiche e degli esiti ottenuti nella teleterapia. Mentre per quanto riguarda la percezione di ridotta influenza extra-terapeutica nella terapia online, nessuno dei fattori riguardanti il terapeuta ne è risultato associato (Lin et al., 2021).

**Discussione.** Dato che lo studio riflette la percezione dei terapeuti di esercitare le proprie abilità terapeutiche comuni nel setting online e quello dal vivo, i risultati rilevati potrebbero non indicare l’effettiva implementazione di queste capacità. Infatti, nonostante in questo studio i terapeuti si siano ritenuti meno capaci nel creare un’alleanza terapeutica, nello studio di Stiles-Shields et al. (2014) i clienti non hanno percepito differenze per quanto riguarda l’alleanza terapeutica tra le due modalità di erogazione della terapia. Si può ipotizzare che ciò potrebbe essere dovuto al fatto che i terapeuti in questo studio hanno esperito un passaggio improvviso e obbligato alla teleterapia a causa della pandemia da Covid-19 (Lin et al., 2021).

Un’altra rilevazione effettuata da questo studio è che i terapeuti abbiano percepito una diminuzione nella possibilità di uso di tecniche terapeutiche varie. In effetti, per la mancanza di una effettiva

presenza fisica, alcuni interventi specifici, come il “dialogo a sedia vuota”, non possono essere realizzati (Hall, Kaduson, & Schaefer, 2002).

La percezione di un’influenza extra-terapeutica minore nel setting online porta ad ipotizzare che i terapeuti non utilizzino al meglio alcuni vantaggi della terapia online, come la possibilità di procurare assistenza tra una seduta e l’altra. Nessun fattore demografico o legato alla pratica clinica ha predetto l’influenza extra-terapeutica e ciò potrebbe essere spiegato innanzitutto considerando che la differenza nelle due modalità di conduzione della terapia era molto piccola, dunque, si presume che indipendentemente dal fatto che la terapia sia online o di persona l’influenza extra-terapeutica possa dipendere più dalla motivazione personale del cliente che dal terapeuta stesso (Lin et al., 2021).

I risultati di questo studio sono incoerenti rispetto ad altre ricerche precedenti nelle quali non è stata rilevata una significativa divergenza nei risultati clinici tra la terapia di persona e quella online (Mohr et al., 2008; Osenbach et al., 2013; Wootton, 2016). Questo potrebbe essere spiegato dal fatto che la percezione dei terapeuti riguardo le proprie abilità non determina necessariamente un risultato peggiore per il cliente. Inoltre, a causa della pandemia molti clinici hanno cominciato la terapia online con scarse esperienze o competenze; invece, i partecipanti agli studi precedenti potrebbero avere un atteggiamento positivo riguardo la terapia online oppure una formazione riguardo la stessa. Infine, bisogna considerare che a differenza dei clienti, i terapeuti potrebbero avere maggiore consapevolezza delle diversità tra le due modalità di erogazione della terapia oppure potrebbero avere meno fiducia negli esiti che si possono ottenere tramite la terapia online nonostante quest’ultima possa portare a benefici equiparabili (Mohr et al., 2008; Osenbach et al., 2013; Wootton, 2016).

Le partecipanti donne hanno riferito una minor riduzione delle proprie abilità nella terapia online rispetto agli uomini; questo dato è stato spiegato con il fatto che, secondo Hall e Gunnery (2013) generalmente le donne riescono a percepire e utilizzare meglio degli uomini le abilità di comunicazione non verbale.

Altri limiti da sottolineare sono il fatto che solamente una piccola parte dei partecipanti provenivano da aree rurali, in cui potrebbe verificarsi un limitato accesso a Internet (Pierce et al., 2020), e il fatto che, essendo le percezioni riguardo la terapia di persona retrospettive, vi è la possibilità che i terapeuti, a causa della repentina adozione della terapia online, abbiano sopravvalutato le abilità possedute nella terapia di persona (Lin et al., 2021).

## ***2.2 “Clients’ Perceptions of Changes in Their Therapists’ Positive Regard in Transitioning from In-Person Therapy to Teletherapy”***

Questo studio è stato condotto dai ricercatori Barry A. Farber e Daisy Ort ed è stato pubblicato sulla rivista “Psychotherapy Research” nel 2022.

**Obiettivo.** Lo scopo di questo studio è quello di esaminare la percezione dei clienti riguardo i cambiamenti nell’accettazione positiva da parte dei terapeuti come conseguenza del passaggio dalla terapia di persona alla terapia online. L’accettazione positiva è una delle condizioni che, secondo Rogers (1951), sono necessarie affinché possa verificarsi il cambiamento terapeutico, è stato infatti dimostrato che l’accettazione positiva è correlata significativamente al risultato terapeutico ottenuto (Farber, Suzuki, & Lynch, 2019). Si verifica quando l’accettazione del cliente da parte del terapeuta avviene senza condizioni e il terapeuta accetta completamente l’esperienza del suo cliente perché sa che è parte del cliente stesso, prendendosi cura del cliente come persona separata da sé (Rogers, 1951). Spesso si trova l’espressione “accettazione positiva incondizionata”, ma altre volte viene tolto il termine “incondizionata”, poiché nella pratica è impossibile che il terapeuta riesca a mantenere per tutto il tempo un’accettazione positiva che sia incondizionata (Farber, Suzuki, & Ort, 2022). Nonostante le terapie centrate sulla persona e sul cliente siano quelle che ritengono che questo costruito abbia un valore fondamentale nel processo terapeutico, i terapeuti di tutti gli approcci terapeutici, sebbene non utilizzino questo vocabolo nello specifico, hanno integrato elementi dell’accettazione positiva nella loro pratica clinica (Farber et al., 2022; Farber, 2007). Inoltre, in questo studio ci si è posti due ulteriori domande di ricerca; la prima riguarda la misura in cui le variabili che concernono il terapeuta, il cliente e il trattamento siano associate in maniera significativa alla percezione dei cambiamenti nella comunicazione dell’accettazione positiva, la seconda, invece, riguarda la misura in cui l’impegno dei clienti nella terapia sia associato alla differente percezione dell’accettazione positiva del terapeuta (Farber & Ort, 2022).

**Metodo.** Un gruppo di ricerca ha realizzato un sondaggio utilizzando Qualtrics e lo hanno distribuito su vari social media, sulla sezione Volontari di Craigslist e mandando un’e-mail a persone potenzialmente idonee tra le loro conoscenze personali. I partecipanti, in totale 2118, avevano tra i 18 e i 69 anni, con un’età media di 25,49 anni. Essi hanno condotto la terapia di persona prima della pandemia per un periodo in media di 19,97 mesi, per poi seguire la terapia da remoto con lo stesso terapeuta per un periodo in media di 4,94 mesi. Quasi tutti stavano effettuando una psicoterapia individuale in videoconferenza. Il campione era composto per lo più da femmine, bianche, provenienti dagli Stati Uniti, mentre hanno riferito che i loro terapeuti erano, nella maggioranza dei

casi, di sesso femminile, bianchi, in media di 44 anni, in prevalenza in uno studio privato e praticanti CBT (Farber & Ort, 2022).

Il campione ha risposto a domande riguardanti il trattamento in corso, a domande demografiche e hanno completato la “Perceptions of Psychotherapy Scale”, d’ora in poi “POPPS”. Quest’ultima è composta da 42 item che rispecchiano una serie di comportamenti, da parte sia del terapeuta che del cliente, che potrebbero variare nel passaggio dalla terapia dal vivo a quella online, tra cui quelli che riflettono un’ampia definizione dell’accettazione positiva. Per rispondere a ciascun item i partecipanti erano invitati a selezionare un’opzione su una scala Likert a 5 punti, che valuta la misura in cui il contenuto nell’item possa essere cambiato in seguito al trasferimento dalla terapia dal vivo a quella online (Farber & Ort, 2022).

**Risultati.** Dopo aver sottoposto i 42 items del POPPS a un’analisi fattoriale esplorativa con rotazione obliqua sono emersi tre fattori. Il primo, chiamato “Therapeutic Engagement”, contiene quegli item che valutano quanto il legame tra il terapeuta e il cliente sia efficace, onesto e significativo. Il secondo, chiamato “Positive Regard” contiene le varie modalità attraverso le quali il terapeuta è in grado di trasmettere l’accettazione positiva al suo cliente, ed è l’unico fattore utilizzato per le analisi effettuate in questo studio. Il terzo fattore, denominato “Boundary Extensions”, indaga in quali modi i confini della psicoterapia possano risultare ampliati, ad esempio, tramite la rivelazione da parte del terapeuta di informazioni personali (Farber & Ort, 2022).

Per comprendere quanto la percezione dei clienti rispetto alla comunicazione dell’accettazione positiva da parte dei loro terapeuti sia cambiata nelle due modalità, è stata calcolata la significatività della differenza tra il punteggio medio del fattore “Positive Regard” e il punto medio del fattore stesso, per poi esaminare ciascuno degli item di questo fattore, scoprendo che la percentuale maggiore di risposte su ciascuno è stato il punto medio della scala, anche se la percentuale di persone che hanno selezionato “4” o “5” nella scala Likert è maggiore della percentuale di persone che hanno selezionato “1” o “2” (Farber & Ort, 2022).

Attraverso un’analisi di regressione lineare si è scoperto che né le caratteristiche demografiche del terapeuta né quelle del cliente erano associate in modo significativo col cambiamento nella percezione dell’accettazione positiva. La conduzione della terapia online in ospedali ambulatoriali è associata a percezione di livelli più bassi di accettazione positiva da parte del proprio terapeuta, mentre un orientamento teorico eclettico da parte del proprio terapeuta è associato a livelli più alti di comunicazione di accettazione positiva da parte del terapeuta nel passaggio tra le due modalità di terapia. Nonostante il quantitativo di tempo impiegato nella terapia di persona non sia significativo riguardo ai cambiamenti nella percezione dell’accettazione positiva, il quantitativo di tempo

impiegato nella terapia online ha un'associazione positiva significativa alle valutazioni dei cambiamenti percepiti dai pazienti (Farber & Ort, 2022).

Infine, tramite una regressione lineare è stato messo in luce che i punteggi nel fattore “Positive Regard” predicono significativamente il fattore “Therapeutic Engagement” (Farber & Ort, 2022).

**Discussione.** Il fatto che i clienti abbiano percepito un piccolo ma statisticamente significativo aumento nella percezione dell'accettazione positiva da parte dei loro terapeuti potrebbe essere dovuto a un tentativo da parte dei terapeuti di compensare i limiti che percepivano nel praticare la terapia online invece che di persona tramite un incremento nel supporto, nelle affermazioni di accettazione positiva verso i loro clienti. Inoltre, questo tentativo di “fare di più” per i propri clienti potrebbe anche essere dovuto agli aspetti preoccupanti delle prime fasi della pandemia. Uno dei limiti di questo studio, infatti, è che i dati sono stati raccolti in media dopo soli cinque mesi dalla transizione alla teleterapia e in un solo momento, non permettendo di comprendere se e come la percezione dei clienti dell'accettazione positiva del terapeuta possa fluttuare nel corso del trattamento, magari a causa dell'abituazione all'uso della tecnologia per la conduzione della terapia o alle restrizioni imposte dal Covid-19 (Farber & Ort, 2022).

Il fatto che i clienti che seguivano il trattamento negli ospedali ambulatoriali abbiano riferito livelli inferiori di accettazione positiva potrebbe essere dovuto al sovraccarico dei terapeuti in quel determinato contesto (Ackerley et al., 1988; Farber, 1990; Morse, et al., 2012; Thompson, Amatea, & Thomson, 2014). Mentre, il fatto che i clienti che riferivano di essere in carico presso terapeuti con un orientamento eclettico abbiano riportato livelli di cambiamento nell'accettazione positiva più alti, potrebbe essere spiegato dal fatto che tendenzialmente coloro che adottano un orientamento eclettico siano più propensi a modificare in base al bisogno la modalità di espressione di variabili relazionali, quali l'accettazione positiva.

Altri due limiti importanti da menzionare sono il fatto che nonostante gli item del fattore “Positive Regard” abbiano un'adeguata consistenza interna, essi riflettono una concettualizzazione dell'accettazione positiva ben più ampia rispetto a quella di Rogers (1951) e che il campione è piuttosto omogeneo ed esclude coloro che non riescano ad accedere ad Internet tramite uno smartphone o un computer (Farber & Ort, 2022).

### ***2.3 “The Efficacy of Synchronous Teletherapy Versus In-Person Therapy: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials”***

Questo lavoro consiste nella conduzione di una meta-analisi, pubblicata nel 2022 nella rivista “Clinical Psychology: Science and Practice” da parte di Tao Lin, Timothy G. Heckman e Timothy Anderson.

**Obiettivo.** Lo scopo di questo studio è di effettuare una sintesi della ricerca presente in letteratura sull’efficacia della teleterapia sincrona, in particolare condotta tramite videoconferenza e tramite il telefono, facendone un paragone con quella di persona sia dopo il trattamento sia nel follow-up. Si propone anche di individuare quali fattori possano predire l’efficacia della terapia online rispetto a quella dal vivo. Inoltre, ha lo scopo di analizzare se e come possano variare i tassi di abbandono nelle due modalità di conduzione della terapia (Lin, Heckman, & Anderson, 2022).

**Metodo.** Dopo aver preregistrato la meta-analisi con PROSPERO, è stata condotta una ricerca sistematica nella letteratura per rilevare quali studi includere nella meta-analisi. Sono stati presi in considerazione gli studi dal 1964 al 2020, trovati su PsycINFO, Cochrane Library e Medline, inserendo nella barra di ricerca termini quali terapia di persona, teleterapia e studi controllati randomizzati. Sono stati considerati anche studi citati nella letteratura di altre meta-analisi sulla terapia online e sono stati contattati esperti per sperimentazioni che fossero concluse recentemente o ancora in corso. Infine, è stato eseguito un controllo incrociato tra i risultati della ricerca e meta-analisi riguardanti la terapia online condotte precedentemente (Lin et al., 2022).

Sono stati considerati nella meta-analisi solo quegli studi che consistevano in studi controllati randomizzati in cui:

- la teleterapia era condotta tramite videoconferenza oppure tramite il telefono e veniva confrontata a quella condotta di persona
- la terapia era condotta da professionisti della salute
- veniva fatta una valutazione tramite strumenti di misurazione validati dei sintomi sia prima della terapia che in seguito ad essa
- vi erano almeno dieci pazienti per ciascun tipo di conduzione del trattamento
- l’intervento comprendeva almeno quattro sedute di terapia individuale
- sia il trattamento di persona che quello da remoto facevano riferimento allo stesso manuale di trattamento
- i pazienti avevano raggiunto la maggiore età e i sintomi che presentavano erano stati misurati o diagnosticati dal clinico.

Tramite lo strumento di valutazione del rischio di bias della Cochrane Library e il Manuale Cochrane si è valutato per ciascuno studio quale sia il rischio di bias (Higgins et al., 2020) e successivamente sono stati estratti i dati e le caratteristiche di ogni studio.

Il software “Comprehensive Meta-Analysis” è stato utilizzato per calcolare le dimensioni dell’effetto tra il gruppo di persone sottoposto a teleterapia e quello che seguiva una terapia in presenza, dopo il trattamento e sia a tre che a sei mesi di follow-up. È stato calcolato anche il rapporto del rischio di abbandono tra i gruppi, dividendo il tasso di abbandono del gruppo della terapia online per il tasso di abbandono della terapia in presenza (Lin et al., 2022).

**Risultati.** Partendo da un totale di 1751 studi rilevati, ne sono stati inclusi 20 nella meta-analisi, perché presentavano un confronto diretto tra la terapia online e quella di persona e rispettavano tutti i criteri di inclusione precedentemente descritti. Per calcolare la dimensione dell’effetto dopo il trattamento e nel follow-up sono stati considerati rispettivamente 17 e 11 studi, mentre per la meta-analisi del tasso di abbandono ne sono stati considerati 18. Buona parte dei 20 studi presi in esame sono stati condotti negli Stati Uniti, riguardavano la CBT ed erano focalizzati per lo più sul PTSD e sulla depressione o su nessuna diagnosi specifica di disturbo mentale (Lin et al., 2022).

**Discussione.** Nel complesso, questo studio dimostra che la teleterapia sincrona abbia effetti paragonabili a quelli che si possono ottenere di persona nel post-trattamento e anche al follow-up. Tuttavia, anche se non ad un livello significativo, le differenze nel calcolo delle dimensioni dell’effetto risultano di poco a favore della terapia condotta in presenza. È stato trovato che la terapia condotta tramite il telefono abbia un’efficacia analoga a quella condotta in videoconferenza (Lin et al., 2022).

Un importante limite di questo studio è il fatto che gli studi presi in considerazione si sono limitati unicamente a trattamenti comportamentali e/o cognitivi e a determinate tipologie di disturbi psichiatrici. Infatti, pazienti con problematiche psichiatriche severe potrebbero aver bisogno di un maggior coinvolgimento da parte del proprio terapeuta (Koblauch, et al., 2018). Potrebbe esserci un bias di selezione in questa meta-analisi, in quanto i terapeuti tendono a intraprendere una teleterapia solo con quei clienti che ritengono possano essere adatti a essa. Bisogna sottolineare che nella pratica clinica, a differenza di quanto avvenga negli studi controllati randomizzati, non tutti i terapeuti sono formati nella teleterapia o seguono manuali di intervento (Lin et al., 2022).

Ulteriori limiti di questo studio sono il fatto di non aver esaminato alcuni potenziali moderatori della teleterapia, di non aver preso in considerazione i bambini e gli adolescenti, di non aver valutato se i risultati ottenuti si presentano anche nella conduzione della terapia gruppeale, di non aver incluso

anche degli studi del periodo post-pandemia e, infine, di non aver esaminato gli effetti su un periodo più lungo di sei mesi, a causa nella mancanza degli studi presenti nella letteratura a riguardo (Lin et al., 2022).

Per quanto riguarda i tassi di abbandono questi sono risultati maggiori quando la terapia veniva condotta in videoconferenza rispetto a quando era condotta di persona; al contrario, la terapia telefonica ha avuto tassi di abbandono addirittura più bassi rispetto a quella in presenza, probabilmente perché la terapia telefonica permette di accedervi più comodamente. Inoltre, questo studio ha messo in luce che i terapeuti ancora in formazione, a differenza di quelli con la licenza, hanno registrato tassi di abbandono più numerosi nella conduzione della terapia online rispetto a quella di persona (Lin et al., 2022).



### 3. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

In questo elaborato è stata presa in esame la terapia online, nel primo capitolo da un punto di vista teorico, nel secondo facendo riferimento ad alcuni tra i lavori di ricerca più recenti a riguardo.

La teleterapia, intesa come la somministrazione di psicoterapia tramite tecnologie di comunicazione a distanza in modalità sincrona o asincrona (Telepsychology Task Force, 2013), è un costrutto esistente già a partire dagli anni '60, si pensi al programma "ELIZA" citato in precedenza, che costituisce il primo tentativo della creazione di un legame tra i software e la psicologia (Mallen & Vogel, 2005). Da lì in poi l'utilizzo delle tecnologie nell'ambito psicologico ha continuato ad evolversi nel tempo e negli ultimi decenni si è verificato un aumento della pratica e della ricerca nella teleterapia (Brenes et al., 2011; Glueckauf et al., 2018; Pierce et al., 2019; Varker et al., 2019). In particolare, all'inizio del 2020, a causa della pandemia da Covid-19, la terapia online da trattamento complementare è diventata una pratica standard (Markowitz et al., 2021; Pierce et al., 2021; Sammons, VandenBos, & Martin, 2020).

Molti individui potrebbero avere difficoltà ad accedere al trattamento psicologico per problematiche dovute ai costi, per vincoli temporali, stigma percepito ed inconvenienti nei trasporti (Marques et al., 2010; Mohr et al., 2006). La terapia online, invece, permette di ovviare a queste problematiche e non solo; infatti, può rilevarsi vantaggiosa anche per quei pazienti che combattono con disturbi che non permettono di prendere parte al trattamento in presenza (Chiauzzi, Clayton, & Huh-Yoo, 2020).

Tuttavia, lavorare conducendo una terapia online può risultare più stancante rispetto al farlo di persona, a causa dei possibili problemi legati alla tecnologia e alla perdita di informazioni non-verbali. Oltre ad essere stancante, il lavoro online è anche distraente, sia a causa dell'innaturale vicinanza del volto dell'altro nella videoconferenza sia a causa della tendenza a rimanere continuamente interconnessi, che porta a una divisione della propria attenzione su più fronti (mail, notifiche del cellulare, finestre di windows aperte); per far fronte a ciò sono state indicate delle linee guida. Senza prendere le dovute accortezze, le sedute effettuate tramite la terapia online possono essere di difficile collocazione spazio-temporale nei ricordi dell'individuo e caratterizzate da una difficoltà nel far riemergere il ricordo del loro contenuto. Nel passaggio dalla terapia di persona a quella online si verifica la perdita della stanza di consultazione, un elemento importante per garantire la privacy e l'assenza di intrusioni esterne. Inoltre, il setting online spesso non permette l'attuazione di determinate tecniche terapeutiche, come l'uso del silenzio intenzionale (Isaacs Russell, 2020). Infine, vi sono una serie di problematicità etiche legate alla teleterapia, che riguardano, in sintesi, la privacy, la mancanza di standard di pratica completi dalle istituzioni, la gestione delle interruzioni a

causa della tecnologia, il mantenimento dei confini personali da parte del terapeuta, la verifica dell'identità del paziente e del terapeuta e l'esclusione dalla terapia di quelle persone che non riescono a rimediare o gestire gli strumenti tecnologici necessari (Stoll, Müller, & Trachsel, 2020).

Il primo lavoro di ricerca preso in esame ha messo in luce il fatto che i terapeuti, durante il periodo del Covid-19, abbiano percepito una diminuzione delle proprie abilità terapeutiche comuni nella terapia online rispetto a quella condotta in presenza (Lin et al., 2021). Dal secondo studio considerato, invece, emerge il fatto che i clienti, nel passaggio dalla terapia tradizionale alla teleterapia, abbiano percepito un piccolo aumento nella percezione dell'accettazione positiva da parte del terapeuta (Farber & Ort, 2022). Anche se apparentemente in contraddizione, i risultati di questi due studi potrebbero essere spiegati dall'ipotesi che i terapeuti, ritenendo le loro capacità meno adeguate nel setting online, tendano a compensare ciò tramite l'espressione di maggior cura e accettazione verso i propri clienti. A tal proposito, sarebbe utile che le future ricerche analizzino in un unico studio sia la percezione dei terapeuti che quella dei clienti (Lin et al., 2021). Inoltre, dato che lo stress legato alla pandemia potrebbe aver influito sui risultati ottenuti in entrambi gli studi, sarebbe interessante replicare questi lavori di ricerca in un periodo in cui sono disponibili non solo i servizi online ma anche quelli di persona (Lin et al., 2021). I risultati ottenuti nel primo studio potrebbero essere utilizzati per la futura formazione in terapia online, in quanto vengono evidenziate quali siano le competenze comuni percepite come meno efficaci dai terapeuti (Lin et al., 2021).

Il terzo studio preso in esame evidenzia che la terapia online sincrona ha effetti equivalenti a quelli che si possono ottenere di persona nel post-trattamento e nel follow-up a tre e a sei mesi; tuttavia, questi risultati si basano soltanto su studi in cui viene utilizzata la CBT, la "Cognitive processing therapy", l'attivazione comportamentale, la terapia dell'esposizione e la "Problem-solving therapy". Perciò, è necessario verificare l'efficacia di modalità terapeutiche non cognitive e non comportamentali nella teleterapia (Lin et al., 2022). Rimane ancora da determinare, inoltre, per quali caratteristiche e in quali condizioni del paziente la teleterapia risulti essere la modalità di conduzione più efficace; ad esempio, potrebbe essere la soluzione più efficace per le madri che devono impiegare gran parte del loro tempo alla cura della famiglia (Chiauzzi et al., 2020).

## BIBLIOGRAFIA

- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. D., & Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 19*(6), 624-631. doi:10.1037/0735-7028.19.6.624
- Anderson, T., Crowley, M. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research, 26*(5), 511-529. doi:10.1080/10503307.2015.1049671
- Anderson, T., Patterson, C. L., & Weis, A. C. (2007). *Facilitative interpersonal skills performance analysis rating method*. Ohio University, Department of Psychology. Athens, OH: Unpublished coding manual.
- Anthony, K. (2003). The use and role of technology in counselling and psychotherapy. *Technology in Counselling and Psychotherapy, 13-35*. doi:10.1007/978-0-230-50015-0\_2
- Barnett, J. E., & Scheetz, K. (2003). TECHNOLOGICAL ADVANCES AND TELEHEALTH: ETHICS, LAW, AND THE PRACTICE OF PSYCHOTHERAPY. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 40*, 86-93. doi:10.1037/0033-3204.40.1/2.86
- Bauman, S., & Rivers, I. (2015). *Mental Health in the Digital Age*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Brenes, G. A., Ingram, C. W., & Danhauer, S. C. (2011). Benefits and challenges of conducting psychotherapy by telephone. *Professional Psychology: Research and Practice, 42*(6), 543-549. doi:10.1037/a0026135
- Chakrabarti, S. (2015). Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches. *World Journal of Psychiatry, 5*(3), 286-304. doi:10.5498/wjp.v5.i3.286
- Chester, A., & Carolyn, G. A. (2006). Online Counselling: a Descriptive Analysis of Therapy Services on the Internet. *British Journal of Guidance & Counselling, 34*(2), 145-160. doi:10.1080/03069880600583170
- 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, 7*(12). doi:10.2196/24021
- Childress, C. A. (2000). Ethical Issues in Providing Online Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Medical Internet Research, 2*(1). doi:10.2196/jmir.2.1.e5

- Childress, C. A., & Asamen, J. K. (1998). The emerging relationship of psychology and the Internet: Proposed guidelines for conducting Internet intervention research. *Ethics & Behaviour*, 8(1), 19-35. doi:10.1207/s15327019eb0801\_2
- Derse, A. R., & Miller, T. E. (2008). Net effect: Professional and ethical challenges of medicine online. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 17(4), 453-464. doi:10.1017/S0963180108080572
- Drum, K. B., & Littleton, H. L. (2014). Therapeutic boundaries in telepsychology: Unique issues and. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(5), 309-315. doi:10.1037/a0036127
- Fantus, S., & Mishna, F. (2013). The ethical and clinical implications of utilizing cybercommunication in face-to-face therapy. *Smith College Studies In Social Work*, 83(4), 466-480. doi:10.1080/00377317.2013.833049
- Farber, B. A. (1990). Burnout in psychotherapists. *Psychotherapy in Private Practice*, 8(1), 35-44. doi:10.1300/J294v08n01\_07
- Farber, B. A., & Ort, D. (2022). Client's Perceptions of Changes in Their Therapists' Positive Regard in Transitioning from In-Person Therapy to Teletherapy. *Psychotherapy Research*. doi:10.1080/10503307.2022.2146544
- Farber, B. A., Suzuki, J. Y., & Lynch, D. (2019). Positive regard and affirmation. In J. C. Norcross, & M. Lambert, *Psychotherapy relationships that work (3rd ed.)* (Vol. Volume 1: Evidence-based therapist contributions, p. 288-322). Oxford University Press.
- Farber, B. A., Suzuki, J. Y., & Ort, D. (2022). *Understanding and enhancing positive regard in psychotherapy: Carl Rogers and beyond*. APA Books.
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2002). Myths and Realities of Online Clinical Work. *CyberPsychology & Behaviour*, 5(5), 481-497. doi:10.1089/109493102761022904
- Fingfeld, D. L. (1999). Psychotherapy in Cyberspace. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 5(4), 105–110. doi:107839039900500401
- Fitzgerald, T. D., Hunter, P. H., Hadjistavropoulos, T., & Koocher, G. P. (2010). Ethical and Legal Considerations for Internet-Based Psychotherapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(3), 173-187. doi:10.1080/16506071003636046

- Fraser, L. (2009). Etherapy: Ethical and Clinical Considerations for Version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *he International Journal of Transgenderism*, *11*(4), 247–263. doi:10.1080/15532730903439492
- Frueh, C. B., Deitsch, S. E., Santos, A. B., Gold, P. B., Johnson, M. R., Meisler, N., . . . Ballenger, J. C. (2000). Procedural and Methodological Issues in Telepsychiatry Research and Program Development. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *51*(12), 1522–1527. doi:10.1176/appi.ps.51.12.1522
- Fxarber, B. A. (2007). On the enduring and substantial influence of Carl Rogers' not-quite necessary nor sufficient conditions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *44*(3), 289-294. doi:10.1037/0033-3204.44.3.289
- Gamble, N., Boyle, C., & Morris, Z. A. (2015). Ethical Practice in Telepsychology. *Australian Psychologist*, *50*(4), 292–298. doi:10.1111/ap.12133
- Glueckauf, R. L., Maheu, M. M., Drude, K. P., Wells, B. A., Wang, Y., Gustafson, D., & Nelson, E.-L. (2018). Survey of Psychologists' Telebehavioral Health Practices: Technology Use, Ethical Issues, and Training Needs. *Professional Psychology: Research and Practice*, *49*, 205-219. doi:10.1037/pro0000188
- Godine, N., & Barnett, J. E. (2013). The Use of Telepsychology in Clinical Practice: Benefits, Effectiveness, and Issues to Consider. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning (IJCBL)*, *3*(4), 70-83. doi:10.4018/ijcbpl.2013100105
- Gun, Y. S., Titov, N., & Andrews, G. (2011). Acceptability of Internet Treatment of Anxiety and Depression. *Australasian Psychiatry*, *19*, 259-264. doi:10.3109/10398562.2011.562295
- Haas, L. J., & Malouf, J. L. (2002). *Keeping Up The Good Work: A Practitioner's Guide To Mental Health Ethics*. Sarasota, FL, US: Professional Resource Press/ Professional Resource Exchange.
- Hall, J. A., & Gunnery, S. D. (2013). Gender differences in nonverbal communication. In J. A. Hall, & M. L. Knapp, *Handbooks of communication science. Nonverbal communication* (p. 639-669). Walter de Gruyter. doi:10.1515/9783110238150.639
- Hall, J. A., Harrigan, J. A., & Rosenthal, R. (1995). Nonverbal behavior in clinician—patient interaction. *Applied and Preventive Psychology*, *4*(1), 21-37. doi:10.1016/S0962-1849(05)80049-6

- Hall, T. M., Kaduson, H. G., & Schaefer, C. E. (2002). Fifteen effective play therapy techniques. *Professional Psychology, Research and Practice, 33*(6), 515-522. doi:10.1037/0735-7028.33.6.515
- Hanley, T. (2021). Researching online counselling and psychotherapy: The past, the present and the. *Counselling and Psychotherapy Research, 21*, 493-497.
- Harris, B., & Birnbaum, R. (2015). Ethical and legal implications on the use of technology in counselling. *Clinical Social Work Journal, 43*(2), 133–41. doi:10.1007/s10615-014-0515-0
- Higgins, J., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M., & Welch, V. (2020). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 6.1*. Cochrane. Tratto da [www.training.cochrane.org/handbook](http://www.training.cochrane.org/handbook)
- Hill, C. E., & Kellems, I. S. (2002). Development and use of the helping skills measure to assess client perceptions of the effects of training and of helping skills in sessions. *Journal of Counseling Psychology, 49*(2), 264-272. doi:10.1037/0022-0167.49.2.264
- Hill, C. E., Kline, K. V., O'Connor, S., Morales, K., Li, X., Kivlighan, D. M., & Hillman, J. (2019). Silence is golden: A mixed methods investigation of silence in one case of psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice, 56*(4), 577-587. doi:10.1037/pst0000196
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223-233. doi:10.1037/0022-0167.36.2.223
- Isaacs Russell, G. (2020). Remote Working during the Pandemic: A second Q&A with Gillian Isaacs Russell. *British Journal of Psychotherapy, 36*, 364-374. doi:10.1111/bjp.12581
- Isaacs Russell, G., & Essig, T. (2019). Bodies and screen relations: Moving treatment from wishful thinking to informed decision-making. In A. Govrin, & J. Mills, *Innovations in Psychoanalysis: Originality, Development, Process*. London: Routledge.
- Johnson, G. R. (2014). Toward uniform competency standards in telepsychology: A proposed framework for Canadian psychologists. *Toward uniform competency standards in telepsychology: A proposed framework for Canadian psychologists, 55*(4), 291-302. doi:10.1037/a0038002

- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). Guidelines for the practice of Telepsychology. *American Psychological Association*, 68, 791-800. doi:10.1037/a0035001
- Koblauch, H., Reinhardt, S. M., Lissau, W., & Jensen, P. L. (2018). The effect of telepsychiatric modalities on reduction of readmissions in psychiatric settings: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(1), 31-36. doi:10.1177/1357633X16670285
- Koocher, G. P. (2007). Twenty-First Century Ethical Challenges for Psychology. *The American Psychologist*, 62(5), 375–384. doi:10.1037/0003-066X.62.5.375
- Kramer, G. M., Mishking, M. G., 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 M. K, T. CL, & editors, *Telemental health: Clinical, technical, and administrative foundations for evidence-based practice* (p. 83-107). Amsterdam, Netherlands: Elsevier.
- Lin, T., Heckman, T. G., & Anderson, T. (2022). The Efficacy of Synchronous Teletherapy Versus In-Person Therapy: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(2), 167-178. doi:10.1037/cps0000056
- Lin, T., Stone, S. J., Heckman, T. G., & Anderson, T. (2021). Zoom-In to Zone-Out: Therapists Report Less Therapeutic Skill in Telepsychology Versus Face-to-Face Therapy During the COVID-19 Pandemic. *Psychotherapy*, 58(4), 449-459. doi:10.1037/pst0000398
- Lloyd, M. G. (1996). Have you had a long-distance therapeutic relationship? You will. *Ethics & Behaviour*, 6(2), 170-172. doi:10.1207/s15327019eb0602\_10
- Luxton, D., Nelson, E.-L., & Maheu, M. (2016). Concepts, principles, and benefits of telemental health. In D. Luxton, E.-L. Nelson, & M. Maheu, *A Practitioner's Guide to Telemental Health* (p. 9-16). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Mallen, M. J., Vogel, D. L., & Rochlen, A. B. (2005). The Practical Aspects of Online Counseling: Ethics, Training, Technology, and Competency. *The Counseling Psychologist*, 33(6), 776–818. doi:10.1177/0011000005278625
- Markovitz, J. C., Milrod, B., Heckman, T. G., Bergman, M., Amsalem, D., Zalman, H., . . . Neria, Y. (2021). Psychotherapy at a Distance. *The American Journal of Psychiatry*, 178(3), 240-246. doi:10.1176/appi.ajp.2020.20050557

- Marques, L., LeBlanc, N. J., Weingarden, H. M., Timpano, K. R., Jenike, M., & Wilhelm, S. (2010). Barriers to treatment and service utilization in an internet sample of individuals with obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety, 27*(5), 470-475. doi:10.1002/da.20694
- Martin, A. C. (2013). Legal, clinical, and ethical issues in teletherapy. In J. S. Scharff, *Psychoanalysis online: Mental health, teletherapy, and training* (p. 75–84). London, England: Karnac Books.
- Misra, S., Cheng, L., Genevie, J., & Yuan, M. (2014). The iPhone effect: The quality of in-person social interactions in the presence of mobile devices. *Environment and Behaviour, 48*(2). doi:10.1177/0013916514539755
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Howard, I., Julian, L., Vella, L., Catledge, C., & Feldman, M. D. (2006). Barriers to psychotherapy among depressed and nondepressed primary care patients. *Annals of Behavioural Medicine, 32*(3), 254-258. doi:10.1207/s15324796abm3203\_12
- Mohr, D. C., Vella, L., Hart, S., Heckman, T., & Simon, G. (2008). The effect of telephone-administered psychotherapy on symptoms of depression and attrition: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 15*(3), 243-252. doi:10.1111/j.1468-2850.2008.00134.x
- Morland, L. A., Poizner, J. M., Williams, K. E., Masino, T. T., & Thorp, S. R. (2015). Home-Based Clinical Video Teleconferencing Care: Clinical Considerations and Future Directions. *International Review of Psychiatry: Telepsychiatry, 27*(6), 504-512. doi:10.3109/09540261.2015.1082986
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 39*(5), 341-352. doi:10.1007/s10488-011-0352-1
- Olson, G. M., & Olson, J. S. (2000). Distance Matters. *Human-Computer Interaction, 15*, 139-178.
- Osenbach, J. E., O'Brien, K. M., Mishkind, M., & Smolenski, D. J. (2013). Synchronous telehealth technologies in psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Depression and Anxiety, 30*(11), 1058-1067. doi:/10.1002/da.22165



- Perle, J. G., Langsam, L. C., & Nierenberg, B. (2011). Controversy clarified: An updated review of clinical psychology and tele-health. *Clinical Psychology Review, 31*(8), 1247–58. doi:10.1016/j.cpr.2011.08.003
- Pierce, B. S., Perrin, B. P., Tyler, C. M., McKee, G. B., & Watson, J. D. (2021). The COVID-19 telepsychology revolution: A national study of pandemic-based changes in U.S. mental health care delivery. *American Psychologist, 76*(1), 14-25. doi:10.1037/amp0000722
- Pierce, B. S., Perrin, P. B., & McDonald, S. D. (2019). Demographic, Organizational, and Clinical Practice Predictors of U.S. Psychologists' Use of Telepsychology. *Professional Psychology, Research and Practice, 51*(2), 184-193. doi:10.1037/pro0000267
- Pierce, B. S., Perrin, P. B., & McDonald, S. D. (2020). Path analytic modeling of psychologists' openness to performing clinical work with telepsychology: A national study. *Journal of clinical psychology, 76*, 1135-1150. doi:10.1002/jclp.22851
- Proudfoot, J. G. (2004). Computer-Based Treatment for Anxiety and Depression: Is It Feasible? Is It Effective? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 28*(3), 353–363. doi:10.1016/j.neubiorev.2004.03.008
- Regueiro, V., McMartin, J., & Woody, J. M. (2016). Efficacy, Efficiency, and Ethics in the Provision of Telepsychology Services: Emerging Applications for International Workers. *Journal of Psychology and Theology, 44*(4), 290-302. doi:10.1177/009164711604400404
- 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. doi:10.1002/jclp.10263
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin.
- Rummell, C. M., & Joyce, N. R. (2010). ‘So Wat Do u Want to Wrk on 2day?’: The Ethical Implications of Online Counseling. *Ethics & Behavior, 20*(6), 482–496. doi:10.1080/10508422.2010.521450
- Sammons, T. M., VandenBos, G. R., & Martin, J. N. (2020). Psychological Practice and the COVID-19 Crisis: A Rapid Response Survey. *Journal of Health Service Psychology, 46*(2), 1-7. doi:10.1007/s42843-019-00002-0

- Sampson, J. P., Kolodinsky, R. W., & Greeno, B. P. (1997). Counseling on the Information Highway: Future Possibilities and Potential Problems. *Journal of counselling & Development, 75*(3), 203-212. doi:10.1002/j.1556-6676.1997.tb02334.x
- Siles-Shields, C., Kwasny, M. J., Cai, X., & Mohr, D. C. (2014). Therapeutic alliance in face-to-face and telephone-administered cognitive behavioural therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(2), 349-354. doi:10.1037/a0035554
- Simpson, S., Richardson, L. K., & Pelling, N. (2015). Introduction to the Special Issue 'Telepsychology: Research and Practice. *Australian Psychologist, 50*(4), 249–251. doi:10.1111/ap.12146
- Stoll, J., Müller, J. A., & Trachsel, M. (2020). Ethical Issues in Online Psychotherapy: A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 993. doi:10.3389/fpsyt.2019.00993
- Telepsychology Task Force. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist, 68*(9), 791-800. doi:10.1037/a0035001
- Thompson, I., Amatea, E., & Thompson, E. (2014). Personal and contextual predictors of mental health counselors' compassion fatigue and burnout. *Journal of Mental Health Counselling, 36*(1), 58-77. doi:10.17744/mehc.36.1.p61m73373m4617r3
- Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S., & Phelps, A. (2019). Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychological Services, 16*(4), 621-635. doi:10.1037/ser0000239
- Weizenbaum, J. (1966). ELIZA - A computer program for the study of natural language communication between man and machine. *Communications of the ACM, 9*(1), 36-45. doi:10.1145/357980.357991
- Wootton, B. M. (2016). Remote cognitive-behaviour therapy for obsessive-compulsive symptoms: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 43*, 103-113. doi:10.1016/j.cpr.2015.10.001