

1222 • 2022
800
ANNI



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Triennale in Scienze Psicologiche dello Sviluppo,
della Personalità e delle Relazioni Interpersonali

Tesi di Laurea Triennale

**IL RUOLO DEL SETTING E LE SUE IMPLICAZIONI
CLINICHE NELLA PSICOTERAPIA ONLINE**

**THE ROLE OF SETTING AND ITS CLINICAL IMPLICATIONS IN
ONLINE PSYCHOTHERAPY**

Relatore:

Prof. Diego Rocco

Laureando:

Camillo Michael Di Stefano

Matricola:

1221362

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

Sommario

1. Introduzione	2
1.1. Outcome research	2
1.2. Process research	2
1.3. Process-outcome research e il ruolo del setting	3
2. Il setting e la telepsicoterapia	4
2.1. Il setting tradizionale	4
2.2. La telepsicoterapia e il setting online.....	5
3. Dalle prime ricerche verso un'integrazione critica	7
3.1. Il setting online nell'outcome research	7
3.2. Il setting online nella process research	7
3.3. Un esempio recente di studio del setting online nella process-outcome research.....	9
3.4. La comunicazione nel setting online	11
4. Fattori di influenza attraverso le ricerche recenti	15
4.1. Fattori di influenza e problematiche	15
4.2. Rapporto tra presenza terapeutica e alleanza terapeutica nel setting online 20	
5. Discussione	23
6. Conclusioni.....	25
7. Bibliografia.....	26

1. Introduzione

1.1. Outcome research

Lo sviluppo della ricerca sulla psicoterapia ha attraversato diverse fasi, ognuna delle quali ha portato alcuni contributi importanti che hanno reso il lavoro di indagine sempre più consapevole, ampio ed accurato. I filoni fondamentali della ricerca sono essenzialmente tre, l'*outcome research*, la *process research* e la *process-outcome research*.

Per quanto riguarda il primo, che ha rappresentato una prima fase nell'evoluzione della ricerca sulla psicoterapia e ha avuto il suo picco tra gli anni '50 e '70 del Novecento, ha avuto come primo focus la valutazione dell'efficacia della psicoterapia nell'ambito del sostegno alla salute mentale, indipendentemente dal quadro teorico di base (Dazzi, 2006). Insieme a ciò, si è cercato di comprendere se vi fosse un qualche approccio maggiormente efficace rispetto ad altri da prendere come punto di riferimento. Quello che emergeva era che la psicoterapia fosse efficace, ma che non vi fosse un metodo da privilegiare (Luborsky et al., 2002). Si palesava quindi il cosiddetto "paradosso dell'equivalenza" o anche detto "verdetto di Dodo": nonostante fossero stati indagati molteplici approcci psicoterapeutici (Stiles, Honos-Webb, & Knobloch, 1999), ognuno radicato in specifiche teorie, nessuno di essi prevaleva nei risultati ottenuti (Dazzi, 2006).

Inoltre, iniziava a porsi una nuova questione, quella del dualismo tra efficacia ed efficienza, cioè la valorizzazione della capacità di raggiungere gli obiettivi prestabiliti rispetto al modo in cui vengono raggiunti, attraverso l'ottimizzazione delle risorse a disposizione.

Un'altra questione che ha contribuito ad approfondire il dibattito è quella della significatività degli esiti. Da un lato, si parla di significatività statistica, per cui le differenze tra l'azione di un trattamento avente il principio attivo studiato e quella di un altro tipo di trattamento (sia esso un placebo o un trattamento con principi attivi differenti) non sono spiegabili dal caso. Dall'altro, però, ciò che è rilevante a livello statistico non sempre incide sufficientemente nella vita dei pazienti (o viceversa), e in questo caso si parla di significatività clinica (Dazzi, 2006).

1.2. Process research

In questo momento del dibattito si inserisce la *process research*, che si interessa dei meccanismi trasformativi alla base della psicoterapia, e che trova il suo apice tra gli anni '60 e '80. Risulta qui utile concettualizzare un'altra dicotomia, quella tra fattori specifici e aspecifici. Secondo i sostenitori dei primi la psicoterapia agisce mediante elementi peculiari caratterizzanti ognuno i diversi approcci; i sostenitori dei secondi, invece, reputano che vi siano dei fattori comuni alla base degli esiti (sovrapponibili) delle varie psicoterapie. Questi, inoltre, inducono ad una concettualizzazione

maggiormente tridimensionale del paziente, in quanto implicano che esiti differenti siano mediati dalle caratteristiche individuali dello stesso, oltre che del clinico.

La problematica fondamentale che si poneva a questo punto era il fatto che stessero proliferando dei modelli eccessivamente statici e rigidi, che rendevano troppo complesso il processo interpretativo degli *outcome* (Dazzi, 2006). Ciò avviene perché ricreare dei disegni sperimentali confacenti alle rigide regole laboratoriali rischia di renderli artificiosi e poveri di significatività clinica.

1.3. Process-outcome research e il ruolo del setting

La progressiva esigenza di integrare le conquiste dei due filoni di studi culminò con la nascita delle ESR, *Empirically Supported Relationships* (Norcross, 2002), ovvero relazioni (terapeutiche) supportate empiricamente, rientranti nel terzo filone, quello della *process-outcome research*.

Lo scopo fondamentale, in quest'ottica, è uscire da bipolarismi scientificamente improduttivi, per entrare nella prospettiva dell'interazione tra correnti orientate all'esito e al processo e tra fattori specifici e aspecifici, valorizzando l'elemento che è in grado di sintetizzare al suo interno questi diversi contributi, cioè la relazione terapeutica.

Tra le dimensioni della relazione terapeutica che hanno un certo potere predittivo rispetto all'*outcome*, l'alleanza terapeutica è quella con la forza maggiore (Horvath & Bedi, 2002).

Un'utile definizione dell'alleanza terapeutica è quella classica fornita da Bordin (Bordin, 1979), che la interpreta come un fattore aspecifico fondamentale per la relazione clinico-paziente, e costituita da tre componenti: *bond*, cioè la componente affettiva, intrisa di rispetto e fiducia; *goal*, ossia un pieno e condiviso accordo sugli obiettivi; *task*, ovvero la scelta di compiti per tutti i membri della relazione.

Il setting psicoterapeutico, da sempre, si è rivelato un canale fondamentale attraverso il quale la relazione terapeutica può prendere forma e divenire davvero decisiva per le sorti della terapia, ed esercita tale ruolo attraverso un'interazione bidirezionale e continua tra le sue caratteristiche e il rapporto che si instaura tra terapeuta e paziente.

Per poter creare un setting ottimale, sono necessarie alcune condizioni, ben sintetizzate da Rogers, fondatore dell'Approccio Centrato sul Cliente (Rogers, 1957), cioè una considerazione positiva incondizionata del il paziente, verso cui il clinico deve avere un atteggiamento di apertura rispettosa e genuina priva di preconcetti senza scadere nella passività; essere congruenti, cioè consci e coerenti verso il proprio vissuto interiore e in comunicazione costante col proprio agire, ed infine l'empatia, quindi il saper considerare gli avvenimenti e gli stati d'animo dal punto di vista del cliente.

In questo elaborato si cercherà di capire come tutto ciò si possa coniugare all'interno del setting online, e in che modo la relazione terapeutica sia influenzata dalle peculiarità di questo ambiente.

2. Il setting e la telepsicoterapia

2.1. Il setting tradizionale

Il setting terapeutico è uno strumento che, fin dagli albori della psicoterapia con Freud, ha svolto un ruolo fondamentale tanto nella pratica clinica quanto nella ricerca. Il setting (termine derivante dal verbo inglese “*to set*”, che testualmente significa fissare, sistemare, organizzare ma anche indirizzare qualcuno o qualcosa) consiste in un ambiente sia concreto che astratto, spazio-temporale e psicologico, configurato secondo specifiche regole teoriche e pratiche dal terapeuta in collaborazione con il paziente (Gabbard, 2018).

A livello puramente espositivo spesso vengono distinte una dimensione esterna ed una interna.

La prima comprende tutti gli aspetti materiali che rappresentano i presupposti su cui si strutturano la relazione terapeutica e il percorso clinico stesso: la stanza in cui il terapeuta incontra i pazienti, le tempistiche (orari, frequenza), l'onorario e le regole contrattuali stabilite di concerto (Gabbard, 2018).

La seconda, invece, è rappresentata dall'atteggiamento del clinico nei confronti del cliente, dal tipo di attenzione che egli presta ai contenuti e alla relazione di aiuto, dal riconoscimento reciproco dei ruoli: in sostanza, può essere concettualizzata come lo spazio psichico di ciascuno dei componenti della seduta in cui viene accolta e coltivata la relazione terapeutica.

Le forme specifiche con cui questi elementi vengono messi in atto sono mediate dal quadro teorico di riferimento, dalle caratteristiche personali del terapeuta (oltre che del paziente) e dai mezzi a disposizione. Tuttavia è rilevante sottolineare il fatto che, al di là delle manifestazioni contingenti, il setting nel suo complesso è strutturato per comunicare alcuni significati psicologici che consentono ai singoli processi di svilupparsi efficacemente.

Innanzitutto, il setting comunica un senso di fiducia, cioè la presenza di un ambiente di contenimento in cui è possibile regredire, scavare alla ricerca dei propri significati, aprirsi, confrontarsi, sbagliare e riprovare, senza che tutto ciò fuoriesca da quel luogo e senza alcun giudizio sminuente o disprezzante.

In secondo luogo, esso offre un senso di protezione, in quanto è delimitato da confini prestabiliti ma flessibili in maniera funzionale al singolo percorso, creando quindi un luogo in cui non è necessario difendersi da sé o dagli altri (Gabbard, 2018). Inoltre, il setting rappresenta anche una struttura prevedibile, un contesto in cui le reazioni e gli stimoli sono controllati attraverso una serie di regole fissate, in cui si ha una base di appoggio su cui costruire il proprio apprendimento e da cui poter scrutare il proprio processo di crescita. Il setting è anche un luogo di ascolto e di valorizzazione, in cui ciò che si dice e si fa (così come quello che non si dice e non si fa) viene sempre preso in considerazione dal clinico, che si pone in ottica costruttiva. Infine, è un luogo di ritualità, ponendosi

in una condizione che simula la sacralità, nel senso di un momento che trascende l'esperienza quotidiana, ed in contemporanea attribuendo un valore rilevante a ciò che in esso accade. Per questi concetti intrinseci, comuni denominatori delle diverse tecniche e trattamenti, il setting è ascrivibile ai fattori aspecifici, dunque con un valore (ponderato) transteorico (Prochaska & DiClemente, 1982). Partendo da queste prime considerazioni, e attraverso alcune precisazioni, si potranno fare alcune riflessioni sul ruolo che questo strumento assume in un contesto diverso da quello tradizionale vis-a-vis, e cioè nel mondo online.

2.2. La telepsicoterapia e il setting online

Nonostante i primi utilizzi degli strumenti di telecomunicazione in ambito medico/terapeutico risalgano agli anni Sessanta, è solo dagli inizi degli anni 2000 che le ricerche e le applicazioni in tale settore iniziano a proliferare, andando a definire in modo sempre più netto una nuova frontiera della salute, la *E-Health* (o Sanità digitale), cioè *“l'insieme di strumenti e servizi digitali che utilizzano le tecnologie informatiche e di comunicazione per migliorare la prevenzione, la diagnosi, il trattamento, il monitoraggio e la gestione della salute e dello stile di vita”* (European Commission, 2019). Al suo interno si collocano diverse ramificazioni, tra le quali vi è la telepsicologia (ascrivibile alla telemedicina). Regolamentata dall'APA in maniera massiccia e uniforme solo dal 2013, può essere definita come l'offerta di servizi psicologici mediante tecnologie di telecomunicazione, volte alla preparazione, alla trasmissione, alla comunicazione o al processamento delle informazioni attraverso l'utilizzo di strumenti elettronici (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013). In Italia, il CNOP (Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi) ha prodotto un documento con una serie di linee guida (CNOP; Commissione Atti Tipici-Osservatorio e Tutela della Professione, 2017), normando dettagliatamente questo settore. Con lo svilupparsi e l'affinarsi delle tecnologie, e con una maggiore consapevolezza di utilizzo di quest'ultime, i servizi disponibili si sono moltiplicati a dismisura; in questo elaborato l'oggetto di analisi sarà la telepsicoterapia.

Essa consiste nella psicoterapia condotta da un clinico che, avvalendosi di una serie di media, piattaforme e applicazioni basati sulla comunicazione digitale, può entrare in contatto bidirezionale con i propri pazienti, nonostante tra essi si frapponga una certa distanza geografica (Kaplan, 1997). Può essere asincrona quando vi è un differimento tra i tempi di invio, ricezione e risposta di informazioni, dati e comunicazioni; oppure sincrona, in cui la comunicazione tra il clinico e il paziente avviene in tempo reale, per cui i feedback e le interazioni sono immediate e personalizzate. La prima si basa solitamente su email, blog, chat, social media e website dedicati, mentre la seconda si avvale spesso di chiamate telefoniche e videoconferenze; entrambe, comunque, sfruttano una

comunicazione di tipo multimediale, cioè possono veicolare informazioni attraverso diversi canali (parole, immagini, suoni) (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013).

Come già accennato sopra l'utilizzo della telepsicoterapia, seppur a fatica, si sta diffondendo, e vi sono molteplici ragioni alla base di ciò. Lo sviluppo e la crescente disponibilità tecnologica, una progressiva alfabetizzazione digitale (sia dei clinici sia dei clienti), un miglioramento dell'atteggiamento nei suoi riguardi, dettato a sua volta da una maggiore sensibilizzazione sul tema da parte della comunità scientifica e dagli organi di competenza. Nata con lo scopo di favorire l'accesso ai servizi di salute mentale, oggi è finalizzata anche a ridurre i costi che gravano sul sistema sanitario, e si rivolge sempre più anche a condizioni croniche o estemporanee, e non solamente verso quelle acute. Inoltre, lo spostamento degli strumenti necessari dalle cliniche alla casa stessa dei pazienti ha altresì catalizzato questo processo (Dorsey & Topol, 2016). Infine, è importante menzionare anche la pandemia da COVID-19, che ha provocato un aumento esponenziale della domanda di servizi (anche psicologici) erogati online, generando una serie di cambiamenti in diversi ambiti che hanno incrementato decisamente l'adozione della telepsicoterapia.

Analizzando la letteratura sul tema sono evidenti due elementi chiave: 1) la scarsa fiducia, soprattutto nei primi tempi, verso gli strumenti utilizzati dalla telepsicoterapia (Standing, Standing, McDermott, Gururajan, & Mavi, 2018); 2) un lieve e graduale incremento di evidenze a sostegno della sua efficacia (talvolta in comparazione con la psicoterapia svolta nei setting tradizionali) che è culminato durante il periodo della pandemia. Una ricerca recente mostra che prima del COVID-19 oltre il 60% dei pazienti e dei terapeuti non praticava in alcun modo le sessioni online, percentuale ora scesa a circa il 2% (Wiederhold, 2020). Un altro lavoro parla di un incremento di utilizzo dal 7% pre-pandemia ad oltre l'85% durante essa. (Pierce, Perrin, & McDonald, 2020).

Nei capitoli successivi si cercherà di sviscerare ed offrire una serie di spunti interessanti sul ruolo del setting online nel determinare i processi e gli outcome durante la telepsicoterapia. Poiché tale setting è caratterizzato da una serie di attributi peculiari, può essere utile analizzarne i meccanismi che vi operano e che influenzano la relazione terapeutica. Il setting nella telepsicoterapia ha delle caratteristiche che verranno approfondite di seguito, come ad esempio la presenza di un rapporto umano attraversato da ridotte dinamiche neuropsicologiche, la richiesta di competenze tuttavia non supportata adeguatamente a livello formativo, così come la difficoltà, per i pazienti, di scinderlo dalla vita quotidiana, e ancora uno squilibrio della classica asimmetria terapeutica.

Per tutte queste ed altre differenze è importante approfondire se, e in quale misura, questo nuovo tipo di setting possa essere equiparato a quello tradizionale.

3. Dalle prime ricerche verso un'integrazione critica

3.1. Il setting online nell'outcome research

Anche la ricerca sulla telepsicoterapia, in particolare in comparazione con la psicoterapia vis-a-vis, può essere suddivisa tra *outcome research*, *process research* e *process-outcome research* (Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004).

Per quanto concerne la prima, lo scopo di questo tipo di studi è quello di misurare l'efficacia degli interventi online, ad esempio in termini di progresso della sintomatologia, acquisizione di competenze o miglioramento dello stile di vita. Prime nette evidenze si hanno con la nota ricerca di Cohen e Kerr (1998), in cui emerse che sia nel gruppo sperimentale (quello sottoposto alla terapia online) sia in quello di controllo era presente una diminuzione dei sintomi ansiosi. Negli anni successivi si sono susseguiti risultati analoghi (Day & Schneider, 2002; Jedlicka & Jennings, 2001; Richards & Viganò, 2013), che hanno incrementato la fiducia in questo ambito fino a creare l'esigenza di formalizzarlo a livello internazionale nel 2013. Come emerge in particolare dalla review di Richards e Viganò, molti di questi studi si basano sulla CBT (*Cognitive Behavioural Therapy*), mentre minori risultati provengono da approcci psicodinamici; tali conclusioni sono abbastanza indipendenti dai media utilizzati (email, telefono, videoconferenze), dalle patologie affrontate e dalle caratteristiche demografiche dei pazienti.

In sintesi, una buona porzione di questa letteratura sostiene che la telepsicoterapia abbia sui pazienti effetti simili a quelli della psicoterapia classica (Thompson, 2016).

Tuttavia, si ricade anche qui nel paradosso dell'equivalenza (Luborsky, Singer, & Luborsky, *Comparative Studies of Psychotherapies: Is It True That "Everyone Has Won and All Must Have Prizes"?*, 1975): se modelli diversi portano agli stessi risultati, essi non sono ascrivibili unicamente alle loro differenze tecnico-teoriche, ed è pertanto necessario individuare, in questi modelli, dei fattori comuni alla base dell'efficacia della terapia. Questi fattori rappresentano la cornice all'interno della quale avvengono i processi psicologici responsabili del cambiamento.

3.2. Il setting online nella process research

Ciò che è importante cogliere è che, per la comprensione di ciò che si verifica nel setting telepsicoterapeutico, non è sufficiente soffermarsi sugli *outcome*, ma è rilevante tenere in conto ciò che si verifica nella relazione reale scrutando i singoli meccanismi di influenza del setting online, e dunque anche le ricerche sui processi divengono utili in questa analisi.

Diverse tipologie di ricerche appartengono alla *process research*. Un primo esempio è rappresentato da quelle sul ruolo dell'atteggiamento del clinico rispetto alla telepsicoterapia (Lin, Heckman, & Anderson, 2022; Navarro, Bambling, Sheffield, & Edirippulige, 2019; Wang, Gordon, & Snyder, 2020), influenzato ad esempio dall'alfabetizzazione digitale (cioè dalla capacità di utilizzare i nuovi media e di muoversi all'interno del mondo iperconnesso), dalla compatibilità percepita delle tecniche adottate con l'ambiente online, e dalla capacità di controllare il setting, da una serie di pregiudizi personali. Anche l'atteggiamento del paziente ha un ruolo influente.

Altre ricerche hanno approfondito le aspettative di cambiamento (Sucala, Schnur, Brackman, Constantino, & Montgomery, 2013) da parte di entrambi, altre ancora la presenza terapeutica, ovvero la capacità del clinico di portare sé stesso nel rapporto col paziente mettendo in campo consapevolezza e attenzione attraverso differenti livelli (fisico, cognitivo, emotivo, relazionale e spirituale; Geller, 2021), ed infine l'alleanza terapeutica.

L'alleanza terapeutica (Bordin, 1979) è un fattore cruciale nelle ricerche sui processi anche in questo ambito, e il setting (reale o online) è in grado di moderare tale caratteristica fondante la relazione clinico-paziente, incidendo così sull'esito della (tele)psicoterapia (Cook & Doyle, 2002; Lingiardi & Gazzillo, 2014).

In particolare il setting online, con le sue peculiarità, è in grado di ridefinire quelli che Rogers identificò come perni dell'atteggiamento del clinico in terapia, cioè congruenza, accettazione positiva incondizionata ed empatia (Rogers, 1957). Successivamente verranno esplorati i meccanismi di influenza rispetto a queste dimensioni della relazione con il paziente.

I risultati di queste ricerche sono meno univoci in quanto di volta in volta viene posto l'accento su alcuni elementi ritenuti più o meno rilevanti per i diversi autori.

Ciò che le accomuna, tuttavia, è che tutte evidenziano che la relazione terapeutica risulta essere influenzata dal setting online, quindi dal fatto di non trovarsi nella stessa stanza, dall'assenza di contatto fisico, dal fatto di essere in un ambiente che può essere confortevole (come quello domestico) o meno e così via. Ciò risulta particolarmente evidente dalle ricerche sulla presenza terapeutica che, tra vari elementi, pongono in luce il fatto che: 1) gli elementi fisici del setting clinico influenzano l'esperienza terapeutica del paziente e la sua percezione del terapeuta; 2) questi elementi favoriscono od ostacolano la produttività delle sessioni, segnatamente attraverso un sentimento di rassicurazione e con eventuali distrazioni; 3) l'ambiente fisico è in grado di condizionare i pensieri e le emozioni del cliente, e il suo livello di connessione e coinvolgimento con il clinico (Sanders & Lehmann, 2019).

3.3. Un esempio recente di studio del setting online nella process-outcome research

L'importanza di integrare, anche in tale settore, questi due filoni di ricerca è comprensibile poiché l'alleanza terapeutica in diversi studi sulle psicoterapie online risulta essere meno correlata all'*outcome* rispetto a ciò che avviene in quelle tradizionali (Fenichel, 2001); essa sembra avere delle caratteristiche differenti e conseguentemente agisce in maniera diversa sul paziente (Rees & Stone, 2005; Thompson, 2016). Anche in questo ambito, quindi, ciò che emerge da diversi studi è che questo tipo di setting consente una psicoterapia efficace (Vogel, Solem, Hagen, Moen, Launes, Håland, & Himle, 2014), ma i meccanismi di azione non sono i medesimi di quelli di un setting in presenza (Norwood, Moghaddam, Malins, & Sabin-Farrell, 2018).

Un buon esempio di uno studio che ha conciliato entrambe le prospettive è quello di Lin e collaboratori (Lin, Stone, Heckman, & Anderson, 2021). Esso offre una panoramica dei principali focus delle ricerche più attuali, e da cui sarà utile attingere nello sviluppo di riflessioni pertinenti.

In particolare in questo lavoro emerge come la telepsicoterapia offra una serie di vantaggi quali la riduzione dei costi, un accesso più semplice ai servizi per la salute mentale, ed un setting flessibile. Tuttavia, non è per nulla esente da difficoltà e sfide, che sono certamente menzionate in molti studi già citati in precedenza ma che è utile esporre gradualmente per comprenderne le implicazioni.

Un aspetto che gli autori evidenziano è relativo alle “sfide amministrative”, che a loro volta comprendono questioni tecnologiche, cioè l'acquisizione di competenze digitali adeguate per la strutturazione di un setting che sia in grado di garantire regolarità e contenimento; questioni etiche e di privacy, per cui è necessario secretare i dati (testuali, vocali, video), gestirli adeguatamente, verificare l'identità del paziente e dimostrare la propria e creare un ambiente in cui né il clinico né il paziente possano essere disturbati infrangendo il setting. Sono infine comprese questioni legali, che riguardano la legislazione dei vari stati in questo campo, eterogenea ed in continua evoluzione (anche a causa della pandemia).

Inoltre Lin e colleghi (2021) si concentrano sulle sfide relative al processo e all'intervento. Venendo meno il contatto fisico e relazionandosi attraverso lo schermo, che in un certo senso “distorce” gli stimoli relazionali, si possono vivere esperienze di alienazione e la costruzione della fiducia viene resa più difficoltosa.

Ulteriormente, gli autori evidenziano problemi tecnici di varia natura, che influenzano in modo inevitabile gli scambi verbali, paraverbali e non verbali nonché la loro interpretazione, creando delle interazioni con scarsa validità ecologica, ovvero le cui acquisizioni sono scarsamente estendibili ai

contesti di vita effettivi del paziente; inoltre condizionano l'applicazione delle tecniche e il controllo stesso dell'ambiente, soprattutto quello in cui si trova il paziente.

Per quanto riguarda i canali di comunicazione utilizzati, essi sono vari, ma i più frequenti sono le videoconferenze (oltre il 73%), cioè incontri su piattaforme che consentono di avere un contatto audio e visivo in contemporanea, e il telefono (circa il 18%), seguiti poi da altri, come ad esempio le email. Questi dati si riferiscono al periodo pandemico, tuttavia, come si vedrà in seguito, vi sono evidenze che mostrano come l'utilizzo della telepsicoterapia rimarrà superiore rispetto al periodo pre-pandemia, e l'utilizzo delle piattaforme sembra mantenere le stesse proporzioni.

Un altro elemento interessante è relativo alla competenza digitale: nonostante una buona percentuale dei terapeuti avesse avuto esperienze sporadiche, poco più di un terzo di essi ha ricevuto una formazione da loro ritenuta adeguata (Glueckauf et al., 2018). Un elemento fondamentale per l'interpretazione delle ricerche più recenti è la discrepanza tra la percezione degli *outcome* da parte dei clinici e quella riportata invece dai self report dei pazienti, fattore che emerge in maniera meno rilevante nel contesto vis-a-vis. Anche a causa di questa differenza di valutazione rispetto a ciò che si verifica nella terapia, soffermarsi su come il setting online agisce sul processo relazionale risulta quindi importante.

Particolari difficoltà sono state messe in evidenza nell'adattamento delle abilità terapeutiche in questo nuovo contesto, probabilmente influenzate da una comunicazione più fredda e impersonale; ulteriormente, la creazione dell'alleanza terapeutica è stata notificata come problematica, soprattutto relativamente alla dimensione del legame (Bordin, 1979), fattore che a sua volta influenza l'applicazione delle tecniche terapeutiche. In questo tipo di setting la comunicazione rischia di essere più povera sia dal punto di vista verbale (vedasi questioni tecnologiche) sia soprattutto da quello non verbale, in quanto il campo visivo online è ridotto o talvolta assente, rendendo impossibile l'intercettazione di movimenti corporei, micromovimenti, gesti ecc... (Alvandi, 2019).

La mispercezione riguarda anche la capacità e l'efficacia di utilizzo delle tecniche, come ad esempio i silenzi intenzionali. Ciò sembra anche essere legato all'atteggiamento nei confronti della telepsicoterapia, per nulla univoco tra i clinici.

Questi e altri fattori di influenza hanno un potere diverso in base al tipo di terapia considerato: generalmente, risultano più impattanti nelle terapie psicomodinamiche, emozionali e relazionali rispetto a quelle cognitivo-comportamentali. Un'ipotesi è quella che i fattori contestuali ed espressivi, spesso più determinanti nelle prime, siano maggiormente coinvolti nella creazione del setting online. Questi

risultati offrono una prima panoramica circa l'impatto del setting online sulla telepsicoterapia, e consentono di delinearne in maniera più chiara le caratteristiche peculiari.

3.4. La comunicazione nel setting online

Come già accennato in precedenza, gli strumenti e le piattaforme con cui si può svolgere la telepsicoterapia sono molteplici. Una loro chiara schematizzazione è offerta da uno studio di D'Urso e Rains (2008), in cui vengono rappresentati lungo un continuum, primariamente sulla base della quantità di informazioni verbali e non verbali in essi veicolabili; inoltre, sono presi in considerazione anche l'ampiezza dei linguaggi disponibili e la capacità di offrire una comunicazione individualizzata (D'Urso & Rains, 2008).

In un primo estremo si trovano i canali la cui comunicazione è basata sui messaggi di testo (ad esempio le email, gli SMS, i blog), nei quali l'informazione viene trasferita unicamente in forma scritta. Tendenzialmente in questa forma di psicoterapia clinico e paziente/i comunicano tramite applicazioni o piattaforme in modalità asincrona, quindi mediante scambi aventi un intervallo temporale più o meno ampio in base agli accordi presi e al tipo di piattaforma, talvolta in momenti diversi della giornata, senza un luogo fisico stabilito. La componente emotiva delle informazioni trasmesse è ridotta al minimo, ed è accessibile in due modalità: 1) tramite onomatopie ed *emoticon*, cioè rappresentazioni simboliche stilizzate di emozioni, oggetti o azioni, utilizzate per esprimere i propri stati d'animo; 2) attraverso la verbalizzazione esplicita delle sensazioni fisiche e delle emozioni, la quale richiede una buona capacità di introspezione e consapevolezza di sé.

Mentre agli inizi era prevalentemente una forma di terapia a sé stante (Goss & Anthony, 2009), col passare degli anni è divenuta principalmente uno strumento di supporto alle altre forme di telepsicoterapia, ad esempio per fissare o spostare gli incontri, come forma di monitoraggio del paziente, o talvolta anche in aggiunta alle sedute, comunque con spazi limitati per salvaguardare i confini del setting.

Spostandosi verso destra lungo il continuum, si parla invece di comunicazione unicamente sonora, il cui esempio prototipico è la terapia basata sulle telefonate, anch'essa oggi meno praticata; in questo caso il range di informazioni disponibili agli interlocutori si amplia avendo a disposizione non solo le parole ma anche la prosodia, ossia intonazione, ritmo, durata e accento delle parole (Stiles-Shields, Kwasny, & Mohr, 2014). In questo caso la comunicazione è esclusivamente sincrona e consente dunque una regolazione reciproca costante, rendendo più spontanea la conversazione ed evitando i fraintendimenti tipici della lingua scritta, ad esempio nei toni e nelle intenzioni, e arricchendo l'apparente assenza di emotività, a cui sopperiscono solo parzialmente le *emoticon* (Derks, Fischer,

& Bos, 2008; Scherer, 2003; Stoll, Müller, & Trachsel, 2020). Il paziente e il terapeuta, di solito in chiamata telefonica, possono avere un contatto prolungato in cui discutono in tempo reale, e viene meno così il ritardo comunicativo tipico dei mezzi precedentemente citati. Ciò implica l'immediatezza della risposta, con tutte le difficoltà che ne possono conseguire (specialmente per alcuni tipi di pazienti), ma al tempo stesso rappresenta una modalità che segue più fedelmente gli scambi tipici di una seduta tradizionale e, più in generale, si avvicina maggiormente agli scambi quotidiani che il cliente ha (o dovrebbe avere).

Proseguendo, con una buona quantità di informazioni potenzialmente disponibili, vi sono le videoconferenze, che all'elemento "audio" uniscono anche elementi visivi attraverso la fotocamera di un computer o di un telefono. Poiché quest'ultima modalità è attualmente la più diffusa, riuscendo ad avvicinarsi maggiormente all'esperienza clinica vis-a-vis, verrà approfondita a breve.

All'altro estremo viene posta la "Realtà Aumentata" (A.R., *Augmented Reality*), che consiste nell'utilizzo di specifici strumenti digitali che permettono all'individuo di espandere la propria interazione con la realtà circostante. In quest'area si può collocare anche la realtà virtuale, che a differenza della tecnologia poc'anzi menzionata, sfrutta le risorse digitali per la creazione di (e l'interazione con) un ambiente del tutto artificiale, che riproduce più o meno fedelmente quello reale. Entrambe sono caratterizzate dalla potenzialità della "telepresenza", ovvero l'esperienza di percepirsi in luoghi e situazioni in cui non ci si trova fisicamente, consentendo una forma avanzata di interazione con ambienti (e persone) a distanza, attraverso un coinvolgimento fisico mediato da tecnologie speciali come visori, dispositivi indossabili ecc... (Schloerb, 1995).

Esse si collocano ad un livello tecnologicamente avanzato e ancora non molto diffuso, perciò è utile tenerli in considerazione soprattutto quando si parla di sviluppi futuri in questi ambiti.

La diffusione delle diverse pratiche telepsicoterapeutiche dipende fortemente dal tipo di tecnologie disponibili sul mercato, dalla loro accessibilità per i singoli individui e dalla scuola di pensiero dei terapeuti. Mentre nei primi anni vi era un'ampia diffusione dei mezzi di comunicazione scritti e "sonori", oggi, anche a causa della pandemia, la percentuale prevalente si è spostata sulle videoconferenze (Fischer, Ray, Mehrotra, Bloom, & Uscher-Pines, 2020) che, nello studio recente di Lin e collaboratori (2021), sono riportate essere superiori al 73%.

È utile soffermarsi sul processo comunicativo che caratterizza le videoconferenze, in modo tale da poterne poi sviscerare i vantaggi e gli aspetti critici nella telepsicoterapia.

Innanzitutto, la videoconferenza coinvolge almeno due individui, il clinico e il paziente, che si trovano in due ambienti distinti, tendenzialmente visibili attraverso le fotocamere.

L'assenza della compresenza fisica è un elemento che in letteratura emerge a più riprese, ed è

portatore di un'ambiguità non indifferente, nel senso che presenta pro e contro almeno in egual misura.

Inoltre, l'ambiente da cui si parla è spesso intimo e personale, dal momento che solitamente il paziente partecipa alle sessioni online da casa propria, cosa che talvolta capita anche al clinico, in quanto può accadere che egli non si trovi nel proprio studio. In ogni caso, come si può intuire, il clinico perde il controllo di una parte del setting, non potendo esercitare lo stesso controllo che aveva sul proprio studio nella casa del paziente.

In secondo luogo la comunicazione risulta essere doppiamente mediata, nel senso che entrambi i membri della diade affidano le proprie informazioni a dei mezzi (computer, cellulare, tablet) che a loro volta trasmettono questi input ad altri mezzi (quelli del ricevente); dunque questo scambio di informazioni non dipende più solamente dalle caratteristiche sensoriali, percettive, cognitive, emotive ed esperienziali dei soggetti, ma anche dalle risorse dei propri mezzi di comunicazione, tra cui la connessione internet e la qualità audio e video (Grondin, Lomanowska, & Jackson, 2019).

Un altro elemento distintivo è rappresentato dalla circoscrizione del campo visivo dei partecipanti, nel senso che gli stimoli visivi a cui possono avere accesso sono quelli che rientrano nell'angolo di campo della fotocamera del dispositivo che si sta utilizzando, di solito non molto ampio, con una conseguente riduzione della visione periferica.

Durante gli scambi online, in generale, si affidano una serie di informazioni a terze parti, essendo la maggior parte delle piattaforme gestite da aziende private. Ovviamente, più informazioni il medium consente di scambiare, maggiori sono i dati a disposizione di esse. Emerge quindi la questione della privacy, in quanto aumenta il rischio che una serie di elementi personali siano accessibili a terzi.

A ciò si collega la questione della gestione dei dati, nel senso che il terapeuta, affidandosi a queste piattaforme che possono potenzialmente attingere a tali informazioni, o che possono essere violate da altri soggetti per scopi differenti, non si può limitare all'acquisizione di queste, ma è anche responsabile della salvaguardia e protezione delle stesse.

Ragionando in una dimensione più ristretta è importante tenere anche a mente che il luoghi da cui i soggetti coinvolti nella terapia trasmettono spesso non sono totalmente isolati, al contrario può esserci il rischio di invasioni e intromissioni di altre persone (colleghi o familiari, per esempio).

Da tenere in considerazione è il multitasking, cioè il fatto che i dispositivi che si utilizzano per le videoconferenze sono dotati di software capaci di svolgere più attività contemporaneamente, talvolta anche molto diverse e cognitivamente coinvolgenti, rappresentando non solo una risorsa ma potenzialmente anche una forma di distrazione per i soggetti (Ophir, Nass, & Wagner, 2009).

Un ultimo elemento che può essere utile menzionare per poter comprendere meglio i processi che attraversano il setting telepsicoterapeutico è la contiguità spazio-temporale delle sedute rispetto alla vita quotidiana dei pazienti e a quella clinica dei terapeuti. I pazienti, infatti, tendono ad inserire le sedute nei momenti liberi della giornata tra un impegno e l'altro, mentre i terapeuti, con il fatto che le sedute online, più concise negli scambi, sono talvolta più brevi e dense, (Basilios et al., 2012; Cavanagh & Millings, 2013), sono inclini a sovraccaricarsi di lavoro, rendendo le rispettive agende sempre più fitte. La rapidità e la comodità dei canali comunicativi utilizzati riduce al minimo lo sforzo e i tempi di accesso alle sedute, e conseguentemente risultano ridotti anche i momenti “pre” e “post” incontro, che favoriscono la creazione di un importante senso di ritualità e che consentono, al paziente e al clinico, di elaborare la tensione legata alla seduta e per riflettere sui contenuti che sono emersi. Ciò è stato esasperato dalla pandemia, durante la quale molte persone lavoravano o studiavano in modalità *smart working* e dunque passando la maggior parte del loro tempo davanti al computer.

La presenza terapeutica (Geller, 2021) è in grado di agire sull'alleanza terapeutica suscitando uno stato di sicurezza psicologica ed emozionale (Geller & Porges, 2014). La sua “assenza”, o meglio una sua manifestazione parziale e mediata “dallo schermo”, contribuirà a dare una forma nuova ai processi che imperversano durante le sedute telepsicoterapeutiche, a cui prenderanno parte sia il clinico sia il paziente, in un processo dinamico di mutua influenza e collaborazione (Fisher, Guralnik, Fonagy, & Zilcha-Mano, 2021). La comprensione di ciò che si verifica all'interno delle sedute telepsicoterapeutiche è importante per non appiattire il ruolo del terapeuta, rendendolo un semplice esecutore di programmi lineari, per poter tarare adeguatamente i metodi di cura (adattandoli a questo nuovo ambiente) e gli strumenti per ottenere delle valutazioni più approfondite e sensibili alle nuove “variabili digitali”.

4. Fattori di influenza attraverso le ricerche recenti

4.1. Fattori di influenza e problematiche

Avendo fatto una panoramica di alcune caratteristiche preponderanti della comunicazione nel setting online, possono ora essere approfonditi alcuni suoi meccanismi di influenza. Continuerà ad essere approfondita la videoconferenza ma, così come alcuni degli elementi citati precedentemente, alcune considerazioni (con i dovuti adattamenti) possono essere estese anche ad altre forme di telepsicoterapia.

La presenza terapeutica è la questione maggiormente messa in discussione da questo tipo di setting (Geller, 2021). Come già detto in precedenza, essa rappresenta la capacità del clinico di essere ancorato contemporaneamente a se stesso e alla situazione terapeutica, mantenendo rispettivamente un sufficiente grado di consapevolezza e di ricettività multisensoriale verso il paziente. Ciò implica la necessità di attingere a più fonti possibili di informazione, essenziali per interpretare i racconti del paziente, i suoi stati d'animo, il suo modo di relazionarsi, ma anche per modulare le proprie reazioni e i propri feedback, adattare le tecniche e lo stesso setting in base alle esigenze del paziente e anche proprie. Ovverosia, la presenza terapeutica è un canale comunicativo attraverso il quale si costruisce la relazione tra paziente e clinico (Geller, 2021).

Un paziente che si sente accolto e percepito, sia cognitivamente che emotivamente, avverte un senso di sicurezza e di coinvolgimento che giovano enormemente al percorso terapeutico (Geller, 2017; Odgen, 2018). Il suo valore è stato dimostrato in diversi approcci terapeutici, come ad esempio quello psicomotorio, quello centrato sulle emozioni e in diverse CBT (Geller, 2017; Kanter et al., 2009). Il modo in cui il clinico si pone è in grado di inviare dei segnali a livello non solamente psicologico ma anche neuro-psico-fisiologico, generando un senso mentale e corporeo di rilassamento e tranquillità (Porges, 2007; 2018). Ciò si manifesta concretamente attraverso la creazione o il consolidamento di circuiti cerebrali i quali, attraverso l'interazione continua con un ambiente sicuro, sono in grado di contribuire alle riparazioni affettive e di rendere le interazioni sociali maggiormente efficaci (Allison & Rossouw, 2013).

L'essere ricettivi ai vari segnali (verbali e non) inviati dal paziente consente di regolare la propria condotta oltre che le proprie parole, favorendo l'alleanza terapeutica attraverso le informazioni captate dal circuito ventro-vagale del sistema nervoso parasimpatico del cliente, responsabile della ricezione e della risposta socio-emotiva. Interpretato dall'ottica di Siegel (1999), si può dire che favorisce la co-regolazione affettiva, supportando la capacità di rimanere nella finestra di tolleranza (o "zona di buon funzionamento"), in cui la persona è in grado di gestire le altalene emotive e di

mettere in atto adeguate strategie di *coping*.

Ciò si verifica principalmente attraverso la comunicazione non verbale la quale, sfruttando più canali di quella verbale esplicita, favorisce un processo di sincronizzazione che si manifesta nelle dinamiche paraverbali (quindi, ad esempio, nel ritmo dei discorsi e nelle intonazioni) (Rocco et al., 2018), in quelle non verbali (posture, gestualità), finanche in quelle fisiologiche (ad esempio nelle frequenze cardiache e respiratorie).

Chiarendo ciò da un altro punto di vista, quello della *embodied cognition* (cognizione incarnata), si può dire che nella telepsicoterapia, così come in quella tradizionale, è necessario tenere da conto il fatto che l'intersoggettività, ovvero la co-creazione di significato attraverso l'interazione degli individui sia tra di loro sia con l'ambiente circostante, ad un livello primariamente sensomotorio (Gallagher & Zahavi, 2012), si fonda su tutti gli aspetti caratterizzanti le interazioni, anche quelli non verbali come gesti, posture, prossemica in generale, lo sguardo, la gestione dello spazio interpersonale e così via (Di Paolo, Buhrmann, & Barandiaran, 2017). I Sé, gli altri e gli ambienti circostanti vengono conosciuti, compresi e affrontati anche attraverso la propria esperienza corporea, oltre che quella cognitiva.

Nel setting online due criticità fondamentali mettono in difficoltà questo complesso sistema: la presenza ridotta del corpo e i confini più labili.

Per quanto concerne la prima, data la distanza tra gli interlocutori, i segnali non verbali a disposizione sono molto ridotti, rendendo difficoltosa la sincronizzazione corporea e fisiologica. Secondo alcuni studi (Bos, Olson, Gergle, Olson, & Wright, 2002) ciò indebolirebbe il senso di fiducia e sicurezza. Più precisamente, non è tanto il corpo a sparire, ma è il fatto di essere meno accessibile all'interlocutore, che non può attingere ai segnali da esso inviati. Quindi, si crea una situazione paradossale in cui i soggetti che interagiscono sono influenzati dai propri processi psico-fisici e molto meno da quelli altrui, creando in sostanza una comunicazione parzialmente "sorda".

Per quanto concerne i confini, invece, essi risultano problematici in quanto il terapeuta ha molto meno controllo di ciò che accade nel setting. Egli non può controllare ciò che avviene a casa del paziente (o comunque nell'ambiente da cui trasmette), dunque potenzialmente può entrare chiunque, e qualunque stimolo può essere fonte di disturbo (il campanello o l'animale domestico, per fare degli esempi). Risulta allora evidente che aumentano le possibilità di violazione della privacy, minando le fondamenta stesse del setting in quanto luogo sicuro e privilegiato (Huscava, Plener, & Kothgassner, 2020). Allo stesso tempo, anche l'ambiente in cui si trova il clinico non è esente da questi pericoli.

Inoltre, i "binari" in cui si muove la relazione poggiano inevitabilmente sulle tecnologie che si utilizzano: un calo di connessione o una qualità audio-visiva non ottimale possono distorcere o frenare

ciò che si verifica nelle sedute, introducendo rallentamenti, silenzi non voluti (Lin, Stone, Heckman, & Anderson, 2021), interruzioni. La problematica non risiede tanto nella portata degli stimoli interferenti di per sé, ma in ciò che essi comunicano alla relazione, il loro significato percepito.

Per portare un esempio, il silenzio intenzionale è una tecnica terapeutica utile ed in grado di offrire ascolto, comprensione, tranquillità (Lin et al., 2021). Tuttavia, potrebbe essere dannosa se venisse “utilizzata” in momenti non consoni, per esempio quando a causa della connessione un’immagine o una frase arrivano anche solo un paio di secondi in ritardo, in quanto insinua dubbi su come sia stato recepito ciò che è stato esposto, nel paziente, o congetture infondate sulla natura dei contenuti emersi, nel terapeuta (García, Di Paolo, & De Jaegher, 2022).

Questo setting più aperto rischia di comunicare un minor senso di contenimento, di protezione, di unicità del rapporto, anche tenendo in conto la questione della gestione dei dati personali già citata, e conseguentemente ciò si può tradurre in una maggior difficoltà a disvelare se stessi o a farlo in maniera più profonda.

I clinici, avendo presente queste problematiche, in maniera adattativa cercano di strutturare il setting e le sedute in modo da poterle arginare.

Per quanto riguarda la prima delle due criticità, alcune tra le soluzioni più utilizzate (e studiate) riguardano la verbalizzazione dei propri sentimenti, delle proprie sensazioni corporee e dei movimenti non accessibili alla vista del clinico (Ronen-Setter & Cohen, 2020). Ciò che si cerca di fare è di abituare il paziente ad essere maggiormente presente col proprio corpo nelle situazioni, educandolo a riferire ciò che egli sente in specifici momenti delle sedute a livello di cambiamenti psicofisiologici ed emozionali, ad esempio se avverte un aumento del battito cardiaco, se avverte ostilità, se sta muovendo compulsivamente la gamba sotto il tavolo e così via.

Un’altra tecnica adottata da alcuni terapeuti è l’accentuazione della comunicazione paraverbale e non verbale accessibile al paziente (Geller & Porges, 2014), quindi modulazione strumentale della prosodia (Grondin et al., 2019; Ronen-Setter & Cohen, 2020), esagerazione delle espressioni facciali (Fisher, Guralnik, Fonagy, & Zilcha-Mano, 2021; Weiste & Peräkylä, 2014), più enfasi su gestualità e posture (Fisher et al., 2021) e maggior ricerca di contatto visivo. Soffermandosi un momento su quest’ultimo punto, è interessante sottolineare che questo aspetto risulta essere in parte più difficile e artificioso poiché guardare l’interlocutore “dritto negli occhi” davanti allo schermo può non produrre adeguatamente l’effetto sperato, essendo la fotocamera dei dispositivi posta ad un livello diverso da quello dello sguardo. Un particolare studio di Tam e colleghi (2007) offre un’evidenza in tal proposito: attraverso un esperimento in cui le condizioni dei gruppi differivano per l’angolazione dello sguardo, hanno rilevato che una minore angolazione corrispondeva ad un miglior contatto visivo

percepito, ritenuto rilevante dai pazienti.

Molteplici evidenze dimostrano che questi elementi menzionati, così come altri, sono in grado di veicolare maggiore empatia, e che una loro alterazione all'interno del setting online influirà inevitabilmente sulla percezione stessa di questa da parte dei pazienti (Grondin et al., 2019).

Sui confini, invece, è necessario lavorare fin da prima dell'inizio delle sedute, stabilendo nel contratto (o aggiornando una serie di condizioni dopo, se la terapia è iniziata in presenza) degli accorgimenti e chiarendo l'importanza di trovare un luogo sicuro e appartato e possibilmente fisso da cui connettersi, e di monitorare la propria connessione assicurandosi sia idonea; è bene ricordare comunque che le violazioni del setting possono anche essere volontarie. Sebbene non verrà qui sviscerato il loro significato, è importante affrontare anche questa questione all'inizio, e soprattutto di discutere durante le sedute il significato che tali violazioni dei confini hanno per il paziente e per il clinico (Gabbard, 2018; Martin, Millán, & Campbell, 2020).

Nel mondo della comunicazione online, quindi anche in ambito delle videoconferenze, si parla di "effetto disinibizione" (Suler, 2004), cioè il fenomeno per cui nell'ambiente digitale le persone sono maggiormente propense alla *self-disclosure*, ovvero a rivelare informazioni personali.

Questo effetto si verifica per la distanza che intercorre tra il mittente e il ricevente, per il maggior controllo delle dinamiche comunicative che il paziente ha, dal momento che può presentarsi esteticamente in maniera più gradevole e può gestire in maggior misura i tempi della comunicazione. Le ricerche mostrano che il suo manifestarsi è legato ad una riduzione del senso di imbarazzo e del timore del giudizio altrui (in particolare del clinico), dallo stress (Reynolds Jr, Stiles, Bailer, & Hughes, 2013), e ad un incremento della sicurezza psicologica e della partecipazione emotiva (Grondin et al., 2019).

Tuttavia, con occhio critico, Suler (2004) parla di una duplice azione di questo effetto, quella positiva, appena descritta, e quella negativa, o meglio "tossica", volta ad una "catarsi cieca, una compulsione a ripetere improduttiva, e un *acting out* di desideri sgradevoli senza nessuna crescita personale" (Suler, 2004, p. 321); inoltre, afferma sempre Suler, quest'intimità smodatamente veloce rischia di divenire falsa e fonte di ansia e di aspettative schiaccianti.

Tra i sei fattori identificati da Suler coinvolti nel determinare questo fenomeno, uno è qui particolarmente pertinente, cioè la minimizzazione dello status e dell'autorità, causata proprio dalla ridotta presenza di una serie di suggerimenti non verbali e da un appiattimento dei ruoli dettato da un maggior equilibrio tra paziente e terapeuta nella costituzione del setting online.

A questo proposito si parla di compromissione dell'asimmetria terapeutica. In un recente studio (Konieczny, 2021), per circa il 40% dei rispondenti il setting online è in grado di scardinare i

tradizionali equilibri di ruolo. Ciò si verifica a causa della maggior responsabilità attribuita al paziente, per il fatto di condividere gli stessi mezzi di comunicazione e per il fatto che sia il clinico che il cliente si trovino in un luogo (fisico) personale.

In aggiunta va tenuto in considerazione l'anonimato, soprattutto nelle comunicazioni scritte ma anche in quelle audio-visive e che, alimentato dal fatto che probabilmente il clinico non verrà mai incontrato di persona, favorisce un distacco emotivo e una deresponsabilizzazione da ciò che si dice (e si fa).

Da questa disinibizione ne consegue una maggiore quantità di informazioni comunicate su se stessi. Chiaramente ciò ha un lato positivo, in quanto favorisce un incremento del materiale a disposizione del clinico, oltre che alimentare un clima generale di fiducia; però non sempre una maggiore verbalizzazione correla con una maggior profondità del rapporto terapeutico. È stato infatti evidenziato che talvolta essa può essere un mezzo per riempire i momenti di silenzio, che risultano dunque difficilmente tollerabili dal paziente stesso (Garcia et al., 2022). Questo eccesso di informazioni più superficiali sarebbe quindi un mezzo per allontanare le proprie difficoltà emozionali. Un fenomeno simile si può osservare anche nei clinici. Spesso infatti, una strategia da loro adottata è quella di fare continue domande per colmare i silenzi e per cercare di ricreare verbalmente un legame affettivo ed un coinvolgimento manchevole delle componenti relazionali e non verbali già analizzate (García, Di Paolo, & De Jaegher, 2022; Trachtenberg, Wong, Rennie, & Esplen, 2020).

Ciò fa trasparire l'esigenza di tenere monitorata la situazione, comprensibilmente anche più di come avviene nel setting vis-a-vis, con il rischio però di focalizzare eccessivamente l'attenzione su ciò che è unicamente conscio e direttamente accessibile alla capacità di autoanalisi del paziente.

Paradossalmente, si può inferire da questi elementi che in questo tipo di setting l'approccio del clinico è oscillante: può cioè essere più direttivo, in quanto verbalizza maggiormente i processi e rimarca più di frequente il controllo dei confini del setting, oppure meno direttivo (ed in contrasto con la figura prototipica del clinico), cioè tendente a cooperare nella creazione e nella gestione del setting stesso. In ogni caso, volontariamente o meno, la presenza del terapeuta tende ad essere messa maggiormente in risalto, creando così una sensazione di artificialità e costruzione, andando a sua volta ad impattare sulla capacità del paziente di immergersi con naturalezza nel proprio mondo interiore.

Il fatto di sentirsi così sicuri in un setting maggiormente strutturato, con ampie componenti di intimità e quotidianità, non sempre rappresenta qualcosa di esclusivamente positivo. La relazione può risultare costruita su misura del paziente, rapporto che però non risulterebbe realistico né adeguatamente probante per lo stesso: una relazione sana non si può basare su un'eccessiva "cura", familiarità e adattamento, ma dovrebbe collocarsi all'interno di una zona che al tempo stesso sia una buona "base sicura" (Bowlby, 1988), ma anche un punto di partenza per poter affrontare le relazioni reali.

Come aveva intuito già Ferenczi, il lavoro svolto nel setting rappresenta solo l'inizio del processo di guarigione, e deve poter essere esteso anche alla vita quotidiana al di fuori del setting stesso (Rocco & Montorsi, 2010). Declinando questo concetto al discorso corrente, va strutturata una relazione terapeutica che sappia distinguere tra un utilizzo intelligente delle peculiarità del setting online e l'appiattimento delle proprie tecniche, evitando di abituare il cliente ad un rapporto con delle tempistiche e un controllo di cui poi non farebbe esperienza nelle relazioni esterne, non potendo perciò sfruttare le proprie acquisizioni.

4.2. Rapporto tra presenza terapeutica e alleanza terapeutica nel setting online

La presenza terapeutica è stata identificata come un fattore particolarmente influente non solo per i motivi analizzati fino a qui, ma anche per il fatto di essere un presupposto fondamentale dell'alleanza terapeutica così come viene concettualizzata da Rogers (1957). In particolare, alcuni studi recenti (Geller 2010; 2021) hanno evidenziato il rapporto tra la presenza e l'empatia, ed è interessante osservare come questa dinamica sia abbastanza trasversale tra diversi approcci, ad esempio nella EFT (*Emotion-Focused Therapy*) e nella CBT (Geller, 2021).

In questo legame, un primo fattore di incidenza è la distanza fisica (Geller & Greenberg, 2002; Schiano Lomoriello, Meconi, Rinaldi, & Sessa, 2018), poiché vengono meno quelle sensazioni intuitive di sicurezza e contenimento legate a dinamiche neuro-ormonali (si veda ad esempio il ruolo dell'ossitocina negli scambi in presenza; Zilcha-Mano, Goldstein, Dolev-Amit, & Shamay-Tsoory, 2021).

Il ruolo preponderante lo hanno però i canali comunicativi stessi, come ben evidenziato dal modello di Grondin e collaboratori (2019), esercitando un "effetto filtrante".

Questo effetto si articola in quattro fattori, ovvero ricchezza del mezzo, immediatezza del feedback, qualità della trasmissione e contenuto comunicato. Il fulcro di questo modello è che gli scambi comunicativi empatici sono condizionati non solo dai fattori contestuali individuali ma anche dal setting online nel suo complesso. La manifestazione dell'empatia, la sua ricezione e la risposta ad essa con altri messaggi empatici, nonché l'interpretazione di questi (in una dinamica circolare e continua alla base del colloquio) sono quindi influenzate da tutti quegli elementi tecnici di cui si è già ampiamente discusso, e dalla portata che essi hanno sulla veicolazione di stimoli verbali e non verbali. Di quest'ultimi, che si è detto essere molto ridotti, è stato dimostrato l'influsso sulla relazione terapeutica nel suo insieme (Grondin, Lomanowska, & Jackson, 2019; Silvester, Patterson, Koczwara, & Ferguson, 2007).

All'interno di questo contesto ciò che può accadere è che, essendoci una comunicazione più veloce sia in entrata che in uscita, ed essendo che i messaggi sono resi più leggeri, scervi delle componenti

non verbali e della portata emotiva tipica, il paziente si senta meno accolto empaticamente. I modelli di comunicazione del dolore ne sono un chiaro esempio (Goubert, et al., 2005), benché non l'unico (Barrett-Lennard, 1981). Anche se i messaggi verbali viaggiassero in maniera simile a ciò che avviene in presenza, seppur parzialmente si avvertirebbe comunque la limitata presenza di quelli non verbali. Quindi, se un messaggio tende ad essere incompleto all'invio, difficilmente la risposta sarà pienamente rispondente alle esigenze di chi necessita un contenimento empatico. Inoltre, è bene sottolineare anche che lo stesso atteggiamento del clinico tende ad essere influenzato dai medesimi fattori che condizionano il paziente: un ambiente in cui i limiti faticano ad essere rispettati, e la costante tensione dettata dall'instabilità del collegamento di rete, possono generare un vissuto di frustrazione e di disconnessione (Eppler, 2021).

Nel confronto tra ciò che avviene online rispetto a ciò che si verifica offline, vi sono evidenze di una ridotta associazione tra alleanza terapeutica e *outcome*, anche se ciò non implica necessariamente un esito negativo o inferiore della terapia (Fenichel, 2001; Herrero et al., 2020; Norwood, Moghaddam, Malins, & Sabin-Farrell, 2018). Condizionando le dinamiche empatiche, di risonanza affettiva e di sintonizzazione reciproca, sorge la questione della natura della relazione che intercorre tra clinico e paziente in questo tipo di setting, e se differisce da quella nei setting in presenza.

Da un punto di vista neurobiologico l'ossitocina, un ormone coinvolto in molteplici funzioni tra cui la regolazione del comportamento sociale e del coinvolgimento affettivo nelle relazioni, è considerata un *biomarker* (marcatore biologico correlato a specifici fenomeni) dell'alleanza terapeutica, in particolare della componente del *bond* (Bordin, 1979; Zilcha-Mano, Shamay-Tsoory, S., Dolev-Amit, Zagoory-Sharon, & Feldman, 2020) e della sintonizzazione tra clinico e cliente. Ciò che si è visto in una ricerca è la presenza di differenze nei livelli di ossitocina nel setting online rispetto a quello vis-a-vis, in favore di quest'ultimo (Zilcha-Mano et al., 2021).

Un minore legame affettivo sembra essere percepito sia dai terapeuti (Lin et al., 2021) sia dai pazienti. A livello psicometrico è stato trovato che le dimensioni *goal* e *task* ricadono nello stesso fattore, cosa che non avviene per quella del *bond*. Minori punteggi nella scala del *bond* non sono stati tuttavia associati a cambiamenti statisticamente rilevanti negli *outcome* (Gómez-Penedo et al., 2020).

Si può ipotizzare, allora, che in questo tipo di setting avvenga qualcosa di peculiare, ovvero che il tipo di rapporto terapeutico che si sviluppa abbia una natura differente da quello classicamente inteso (Norwood et al., 2018; Turner, Brown, & Carpenter, 2018), in cui la componente affettiva tende ad essere meno preponderante. Come si evince da alcuni studi citati precedentemente, infatti, sono le altre due componenti ad avere un ruolo più influente, e ciò è ascrivibile ad una maggiore simmetria tra clinico e paziente, dovuta all'inevitabile incremento della responsabilizzazione attribuita al primo

da parte del secondo. Ciò implica un senso di *empowerment* probabilmente non replicabile in presenza, e quindi maggiore coinvolgimento nello stabilire e adattare gli obiettivi e nello strutturare i compiti.

Come risulta evidente soprattutto da quest'ultimo passaggio, i processi telepsicoterapeutici tendono a differire da quelli della psicoterapia tradizionale, con la conseguente manifestazione di dinamiche relazionali uniche che tenderanno ad impattare diversamente anche negli esiti. Ciascuno dei due setting è in grado di offrire alcuni vantaggi e alcuni strumenti peculiari, e ciò li rende interpretabili in un'ottica di complementarità, e non necessariamente di mutua esclusione.

5. Discussione

La storia della telepsicoterapia, nei termini che sono stati qui affrontati, è relativamente recente. Essendo inesorabilmente legata alle trasformazioni tecnologiche degli ultimi decenni, ha vissuto un'evoluzione repentina che non sembra arrestarsi, anche alla luce di ciò che è accaduto a livello internazionale con la pandemia da COVID-19. Si è passati da contatti sporadici e asincroni attraverso le email a contatti più frequenti e sincroni mediante app di messaggistica istantanea e videoconferenze (Fischer, Ray, Mehrotra, Bloom, & Uscher-Pines, 2020). Quest'ultime sono ad oggi la modalità più diffusa di psicoterapia online, in quanto il tipo di setting realizzabile è probabilmente il più simile rispetto a quello classico in presenza. Sugli aspetti positivi coinvolti in questo tipo di psicoterapia e nell'annesso setting online, le ricerche sono abbastanza convergenti (Stoll, Müller, & Trachsel, 2020).

Partendo da quelli più esterni, la maggior flessibilità è uno dei più evidenti. Non essendoci un setting fisico fisso, si può lavorare in modi differenti attraverso ambienti digitali diversi. Esistono delle piattaforme che per esempio consentono di lavorare manipolando degli ambienti riprodotti al pc.

La riduzione dei costi è un altro elemento citato spesso: minori spostamenti e sedute tendenzialmente più brevi sono alcuni dei fattori che determinano la loro diminuzione. Questi elementi hanno contribuito ad incrementare l'accessibilità dei servizi per la salute mentale, la quale è influenzata anche da una minore stigmatizzazione percepita da parte dei pazienti, proprio per il fatto che non devono fisicamente recarsi in loco, cosa che ha consentito di ampliare l'offerta di tali servizi anche alle persone che vivono nelle zone rurali, in cui essi sono meno capillari (Stoll et al., 2020).

Entrando maggiormente all'interno dei processi, si può dire che tale diffusione è legata al fatto che il setting online è in grado di venire incontro alle caratteristiche specifiche dei clienti e alle loro esigenze, ad esempio chi soffre di ansia sociale (Yen, et al., 2012).

L'accessibilità semplificata ha dimostrato favore una maggior aderenza terapeutica, soprattutto in termini di riduzione di tassi di *dropout* (Boldrini, Schiano Lomoriello, Del Corno, Lingiardi, & Salcuni, 2020; Wagner, Horn, & Maercker, 2014).

Inoltre, il tipo di comunicazione tipica in questo setting è in grado di sfruttare due caratteristiche fondamentali del mondo online, l'ipertestualità, cioè l'utilizzo di pagine dal layout semplificato che con dei semplici link permettono di accedere a diversi strumenti, e la multicanalità, collegata in parte alla prima, che rappresenta la possibilità di sfruttare diversi canali sensoriali per stimolare il paziente, potendo ottimizzare la terapia sulla base delle sue inclinazioni individuali.

Un ultimo aspetto che emerge in molteplici ricerche è l'incremento dell'*empowerment* (Noyce & Simpson, 2016), grazie al fatto che al paziente viene offerta maggior possibilità di controllo e di partecipazione alla creazione del setting stesso, oltre che del percorso terapeutico.

Sugli aspetti critici, invece, vi sono molteplici, divergenze, soprattutto nell'analisi dei microprocessi. Mentre alcune ricerche riportano la presenza di atteggiamenti positivi nei confronti della telepsicoterapia, altre rivelano le forti perplessità che incidono negativamente sulla loro attitudine. Sulla questione della privacy e sicurezza dei dati ci sono pareri discordanti: mentre alcuni studiosi sostengono che il livello di protezione sia maggiore online, anche grazie agli accordi recenti stipulati a livello nazionale e internazionale (ad esempio in Cina, Usa e Australia), che prevedono condizioni divenute obbligatorie per varie piattaforme di videoconferenza (Thomas et al., 2022); altri invece non ritengono per nulla colmata questa problematica, sottolineandone l'impatto negativo e la sfiducia che ciò introduce nel rapporto clinico.

Per quanto concerne il tema del denaro, non tutti concordano su un effettivo risparmio: alcune ricerche sembrano mostrare che, soprattutto in periodi emergenziali, aumentano il numero di visite accessorie (Ashwood, Mehrotra, Cowling, & UscherPines, 2017), fenomeno che unito ad una maggiore accesso alla sanità digitale e ad una necessità di investire nelle infrastrutture digitali, attenua la riduzione dei costi (Shachar, Engel, & Elwyn, 2020). Anche per i singoli individui non sembra così netto il risparmio, in quanto subentrano spese relative all'acquisto e/o all'aggiornamento dei dispositivi (pc, connessioni, cuffie ecc...) necessari per le sedute; conseguentemente, alcuni studi mostrano come in realtà le disuguaglianze non vengano davvero colmate.

Infine, al punto di vista cognitivo è interessante sottolineare la presenza, in molti studi, di una visione molto positiva relativamente al tipo di lavoro richiesto al clinico nel setting online in quanto è richiesta una maggior capacità di sviscerare e sfruttare i segnali uditivi e visivi a lui accessibili. Tuttavia, anche in questo caso, alcune voci fuori dal coro evidenziano il fenomeno della “*zoom fatigue*” o “*visual fatigue*” (Fréchette, 2021; Sklar, 2020) , cioè il sovraccarico cognitivo a cui i terapeuti tendono ad essere sottoposti online. Infatti, si è notato un calo di attenzione, un rallentamento nei ragionamenti ed un umore negativo a causa dell'estenuante attenzione richiesta.

Lo scopo di questo elaborato è quello di mostrare che le singolarità del setting online hanno un'influenza complessa, che necessitano di essere analizzate in maniera critica e soprattutto che esse contribuiscono a creare una relazione terapeutica diversa da quella che si è sempre studiata.

Non è obiettivo cercare di sovrapporre i processi che si verificano in setting con fondamenta diverse, in cui si comunica in modi originali, verso il quale ci si rapporta in maniera differente e mediante il cui le persone si relazionano tra loro in modalità peculiari. Ciascuno dei due setting presenta delle caratteristiche uniche che rappresentano un'occasione di arricchimento per il percorso terapeutico nel suo complesso: una loro integrazione, all'interno di terapie ibride, consentirebbe una crescita olistica del paziente e un miglioramento professionale tempo fa inimmaginabile per il clinico.

6. Conclusioni

Questo elaborato, proponendo una visione critica e parzialmente in controtendenza rispetto alla letteratura sul tema, presenta alcuni limiti degni di nota. In primo luogo, in quanto ricerca esplorativa, non rappresenta una review accurata e valida a livello psicometrico. Non sono stati considerati in maniera uniforme studi con caratteristiche eterogenee secondo specifici criteri, e gli studi considerati non possono essere indicati in maniera certa come sufficientemente validati. In secondo luogo, come ammesso da alcuni ricercatori stessi nei loro lavori, gli studi non sempre sono sperimentali a causa della difficoltà nel mantenere la privacy dei partecipanti.

Inoltre, più specificatamente, alcuni degli studi considerati sono presumibilmente affetti da *bias* quali *recruitment bias*, per cui il campione a disposizione è formato da unità statistiche adeguatamente alfabetizzati dal punto di vista digitale, in proporzione probabilmente maggiore rispetto alla popolazione e dunque non rappresentativo di quest'ultima; oppure *memory bias*, a causa del quale i soggetti coinvolti nell'esperimento hanno dei ricordi approssimativi della loro esperienza passata con la telepsicoterapia, in particolare a causa dell'influenza da ciò che hanno vissuto durante la pandemia. Un elemento ritrovato spesso è una cosiddetta "tecnolatria", una forma di venerazione idolatrica verso le tecnologie e lo sviluppo tecnologico da parte dei ricercatori, che talvolta orienta le loro analisi a senso unico. Ciò è particolarmente evidente nei lavori pubblicati negli ultimi anni, a seguito dell'avvento della pandemia. A ciò ha sicuramente contribuito la legislazione internazionale, che ha allentato e reso più elastiche una serie di normative sulla pratica telepsicoterapeutica, sia in ambito nazionale che transnazionale (Smith et al., 2020). Ciò è stato sicuramente indispensabile in questo periodo pandemico, tuttavia quello che emerge è una scarsa visione lungimirante sul futuro stesso della telepsicoterapia da parte degli stati; proprio in quest'ottica che sarebbero necessari maggiori studi sull'efficacia a lungo termine della terapia svolta in questo tipo di setting.

D'altro canto, molti dei clinici coinvolti negli studi presi in esame tendono ad avere un atteggiamento negativo o una diversa percezione di ciò che avviene durante le sedute online rispetto a quella dei pazienti. Un'esperienza pregressa ridotta e una scarsa formazione in questo ambito sono solo alcuni dei fattori che influenzano i loro report in queste ricerche. Tuttavia, è incoraggiante considerare che, in percentuali variabili tra il 40-80% (Johnsson & Bulkeley, 2021; Konieczny, 2021) dei clinici sembra intenzionato a voler continuare ad usufruire di questo tipo di setting, in combinazione con quello tradizionale. Il modello più all'avanguardia al momento sembra essere quello misto, per strutturare una psicoterapia che punti ad aiutare le persone a migliorare in tutte le sue dimensioni, anche attraverso delle forme interattive nuove che possano sfruttare tutti gli strumenti a disposizione, tra cui anche realtà virtuale ed aumentata, che consentono di interfacciarsi in modo nuovo al mondo.

7. Bibliografia

- ALLISON, K., & ROSSOUW, P. J. (2013). The therapeutic alliance: Exploring the concept of "safety" from a neuropsychoterapeutic perspective. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 1(1), 21-29.
- ALVANDI, A. (2019). Cybertherapogy: A Conceptual Architecting of Presence for Counselling via Technology. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, 6(1), 30-45.
- ASHWOOD, J., MEHROTRA, A., COWLING, D., & USCHER-PINES, L. (2017). Direct-to-consumer telehealth may increase access to care but does not decrease spending. *Health Affairs*, 36(3), 485-491.
- BARRETT-LENNARD, G. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28(2), 91-100.
- BASSILIOS, B., PIRKIS, J., KING, K., FLETCHER, J., BLASHKI, G., & BURGESS, P. (2012). Evaluation of an Australian primary care telephone cognitive behavioural therapy pilot. *Australian Journal of Primary Health*, 20(1), 62-73.
- BOLDRINI, T., SCHIANO LOMORIELLO, A., DEL CORNO, F., LINGIARDI, V., & SALCUNI, S. (2020). Psychotherapy During COVID-19: How the Clinical Practice of Italian Psychotherapists Changed During the Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11(591170), 1-9.
- BORDIN, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- BOS, N., OLSON, J., GERGLE, D., OLSON, G., & WRIGHT, Z. (2002). Effects of Four Computer-Mediated Communications Channels on Trust Development. *Conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 135-140). New York: ACM Digital Library.
- BOWLBY, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- CAVANAGH, K., & MILLINGS, A. (2013). (Inter)personal Computing: The Role of the Therapeutic Relationship in E-mental Health. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 197-206.
- CNOP (Commissione Atti Tipici-Osservatorio e Tutela della Professione). (2017). *Digitalizzazione della professione e dell'intervento psicologico mediato dal web*. Roma.
- COHEN, G., & KERR, B. A. (1998). Computer-mediated counseling: An empirical study of a new mental health treatment. *Computers in Human Services*, 15, 13-26.
- COOK, J., & DOYLE, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 5(2), 95-105.
- DAY, S., & 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.
- DAZZI, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli, *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Cortina.
- DERKS, D., FISCHER, A. H., & BOS, A. E. (2008). The role of emotion in computer-mediated communication: A review. *Computers in Human Behavior*, 24(3), 766-785.
- DI PAOLO, E., BUHRMANN, T., & BARANDIARAN, X. (2017). *Sensorimotor life: An enactive proposal*. Oxford: Oxford University Press.
- Dorsey, & Topol. (2016). State of Telehealth. *The New England Journal of Medicine*, 375, 154-161.
- D'URSO, S., & RAINS, S. A. (2008). Examining the Scope of Channel Expansion: A Test of Channel Expansion Theory With New and Traditional Communication Media. *Management Communication Quarterly*, 21(4), 486-507.
- EPPLER, C. (2021). Systemic teletherapists' meaningful experiences during the first months of the coronavirus pandemic. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(2), 244-258.
- EUROPEAN COMMISSION. (2019). *E-Health: Digital health and care*.
- FENICHEL, M. (2001). *Online Psychotherapy: Technical Difficulties, Formulations and Processes*. Tratto da www.fenichel.com/technical.shtml
- FISCHER, S., RAY, K. N., MEHROTRA, A., BLOOM, E. L., & USCHER-PINES, L. (2020). Prevalence and Characteristics of Telehealth Utilization in the United States. *JAMA Network Open*, 3(10), 1-9.
- FISHER, S., GURALNIK, T., FONAGY, P., & ZILCHA-MANO, S. (2021). Let's face it: video conferencing psychotherapy requires the extensive use of ostensive cues. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 508-524.

- FRÉCHETTE, L. (2021). Reflections on Working with Defenses and Resistances in the Context of Teletherapy. *Bioenergetic Analysis: The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis*, 31(1), 23-37.
- GABBARD, G. (2018). Le basi pratiche della psicoterapia: Inizio della terapia. In G. Gabbard, *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica* (III ed., pp. 70-77). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- GABBARD, G. (2018). Le basi pratiche della psicoterapia: inizio della terapia. In G. Gabbard, *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica* (pp. 69-74). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- GABBARD, G. (2018). Le basi pratiche della psicoterapia: inizio della terapia. In G. Gabbard, *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica* (pp. 67,68,77). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- GABBARD, G. (2018). Le basi pratiche della psicoterapia: inizio della terapia. In G. Gabbard, *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica* (pp. 69-72). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- GALLAGHER, S., & ZAHAVI, D. (2012). *The phenomenological mind* (II ed.). London: Routledge.
- GARCÍA, E., DI PAOLO, E. A., & DE JAEGHER, H. (2022). Embodiment in online psychotherapy: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95(1), 191-211.
- GELLER, S. (2017). *A practical guide to cultivating therapeutic presence*. Washington DC: American Psychological Association.
- GELLER, S. (2021). Cultivating online therapeutic presence: strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 687-703.
- GELLER, S., & GREENBERG, L. S. (2002). Therapeutic Presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 72-73.
- GELLER, S., & PORGES, S. (2014). Therapeutic presence: Neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178–192.
- GELLER, S., GREENBERG, L. S., & WATSON, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research*, 20(5), 599–61.
- GLUECKAUF, R., MAHEU, M. M., DRUDE, K. P., WELLS, B. A., WANG, Y., GUSTAFSON, D. J., & NELSON, E. L. (2018). Survey of psychologists' telebehavioral health practices: Technology use, ethical issues, and training needs. *Professional Psychology, Research and Practice*, 49(3), 205–219.
- Gómez-Penedo, J., Babl, A. M., Grosse Holtforth, M., Hohagen, F., Krieger, T., Lutz, W., . . . Berger, T. (2020). The Association of Therapeutic Alliance With Long-Term Outcome in a Guided Internet Intervention for Depression: Secondary Analysis From a Randomized Control Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(3), 1-11.
- GOSS, S., & ANTHONY, K. (2009). Developments in the use of technology in counselling and psychotherapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3), 223-230.
- GOUBERT, L., CRAIG, K. D., VERVOORT, T., MORLEY, S., SULLIVAN, M. L., WILLIAMS, A. D., A.C. DE C.; CANO, CROMBEZ, G. (2005). Facing others in pain: The effects of empathy. *Pain*, 118(3), 285-288.
- GRONDIN, F., LOMANOWSKA, A. M., & JACKSON, P. L. (2019). Empathy in computer-mediated interactions: A conceptual framework for research and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(4), 1-17.
- HERRERO, R., VARA, M. D., MIRAGALL, M., BOTELLA, C., GARCÍA-PALACIOS, A., RIPER, H., KLEIBOER, A., BAÑOS, R. M. (2020). Working Alliance Inventory for Online Interventions-Short Form (WAI-TECH-SF): The Role of the Therapeutic Alliance between Patient and Online Program in Therapeutic Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6169), 1-16.
- HORVATH, A., & BEDI, R. P. (2002). The alliance. In J. Norcross, *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). Oxford: Oxford University Press.
- HUSCSAVA, M., PLENER, P. L., & KOTHGASSNER, O. D. (2020). Teletherapy for Adolescent Psychiatric Outpatients: The Soaring Flight of so far Idle Technologies during the COVID-19 Pandemic. *Digital Psychology*, 1(2), 32-35.
- JEDLICKA, D., & JENNINGS, G. (2001). Marital Therapy on the Internet. *Journal of Technology*, 2, 1-15.
- JOHANSSON, G., & BULKELEY, K. (2021). Practitioner and Service User Perspectives on the Rapid Shift to Teletherapy for Individuals on the Autism Spectrum as a Result of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11812), 1-11.
- JOINT TASK FORCE FOR THE DEVELOPMENT OF TELEPSYCHOLOGY GUIDELINES FOR PSYCHOLOGISTS. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791- 800.

- KANTER, J., RUSCH, L. C., LANDES, S. J., HOLMAN, G. I., WHITESIDE, U., & SEDIVY, S. K. (2009). The use and nature of present-focused interventions in cognitive and behavioral therapies for depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 220-232.
- KAPLAN, E. (1997). Telepsychotherapy. Psychotherapy by telephone, videotelephone, and computer videoconferencing. *J Psychother Pract Res*, 6 (3), 227-237.
- KONIECZNY, K. (2021). Online psychotherapy during COVID-19 pandemic—experiences of psychotherapists. Research review. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1(12), 1-5.
- 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.
- 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.
- LINGIARDI, V., & GAZZILLO, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LUBORSKY, L., ROSENTHAL, R., DIGUER, L., ANDRUSYNA, T. P., BERMAN, J. S., LEVITT, J. T., SELIGMAN, D. A., KRAUSE, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well—mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2–12.
- LUBORSKY, L., SINGER, B., & LUBORSKY, L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies: Is It True That "Everyone Has Won and All Must Have Prizes"? *JAMA Psychiatry*, 32(8), 995-1008.
- MARTIN, J., MILLÁN, F., & CAMPBELL, L. F. (2020). Telepsychology practice: Primer and first steps. *Practice Innovations, American Psychological Association*, 5(2), 114-127.
- MATEESCU, V. (2021). Distance and boundaries issues in the transition from face-to-face talking therapy to online therapy in the time of COVID-19. *Studia Universitatis Babeş-Bolyai Sociologia*, 66(2), 113-123.
- NAVARRO, P., BAMBLING, M., SHEFFIELD, J., & EDIRIPPULIGE, S. (2019). Exploring Young People's Perceptions of the Effectiveness of Text-Based Online Counseling: Mixed Methods Pilot Study. *JMIR Mental Health*, 6(7), 1-15.
- NORCROSS, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. Oxford: Oxford University Press.
- NORWOOD, C., MOGHADDAM, N. G., MALINS, S., & SABIN-FARRELL, R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25, 797-808.
- NOYCE, R., & SIMPSON, J. (2016). The Experience of Forming a Therapeutic Relationship from the Client's Perspective: A Metasynthesis. *Psychotherapy Research*, 28(1), 1-16.
- ODGEN, P. (2018). Polyvagal theory and sensorimotor psychotherapy. In S. Porges, & D. Dana, *Clinical applications of the polyvagal theory: The emergence of polyvagal-informed therapies* (p. 34-49). New York: W.W. Norton & Company.
- OPHIR, E., NASS, C., & WAGNER, A. D. (2009). Cognitive control in media multitaskers. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106(37), 15583–15587.
- ORLINSKY, D., RONNESTAD, M. H., & WILLUTZKI, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. Lambert, *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 ed., p. 307-390). New York: Wiley.
- PIERCE, PERRIN, & McDONALD. (2020). Path analytic modeling of psychologists' openness to performing clinical work with telepsychology: A national study. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1135-1150.
- PORGES, S. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116-143.
- PORGES, S. (2018). Polyvagal Theory: A primer. In P. S.W., & D. Dana, *Clinical applications of the polyvagal theory: The emergence of polyvagal-informed therapies* (pp. 50-69). New York: W.W.Norton & Company.
- PROCHASKA, & DICLEMENTE. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288.
- REES, C., & STONE, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 649–653.
- REYNOLDS JR, D., STILES, W. B., BAILER, A. J., & HUGHES, M. R. (2013). Impact of exchanges and client–therapist alliance in online-text psychotherapy. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(5), 370–377.

- RICHARDS, D., & VIGANÒ, N. (2013). Online Counseling: A Narrative and Critical Review of the Literature. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 994-1011.
- ROCCO, D., & MONTORSI, A. (2010). Sàndor Ferenczi e l'elasticità nella tecnica. In D. Rocco, & A. Montorsi, *Evoluzione della tecnica nel colloquio psicodinamico. Un percorso storico* (p. 48). Padova: UPSEL Domeneghini Editore.
- ROCCO, D., PASTORE, M., GENNARO, A., SALVATORE, S., COZZOLINO, M., & SCORZA, M. (2018). Beyond Verbal Behavior: An Empirical Analysis of Speech Rates in Psychotherapy Sessions. *Frontiers in Psychology*, 9(978), 1-10.
- ROGERS, C. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 95-103.
- RONEN-SETTER, I., & COHEN, E. (2020). Becoming "Teletherapeutic": Harnessing Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy (AEDP) for Challenges of the Covid-19 Era. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(4), 265-273.
- SANDERS, R., & LEHMANN, J. (2019). An exploratory study of clients' experiences and preferences for counselling room space and design. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19, 57-65.
- SCHERER, K. (2003). Vocal communication of emotion: A review of research paradigms. *Speech Communication*, 40(1-2), 227-256.
- SCHIANO LOMORIELLO, A., MECONI, F., RINALDI, I., & SESSA, P. (2018). Out of Sight Out of Mind: Perceived Physical Distance Between the Observer and Someone in Pain Shapes Observer's Neural Empathic Reactions. *Frontiers in Psychology*, 9(1824), 1-13.
- SCHLOERB, D. (1995). A Quantitative Measure of Telepresence. *Presence: Teleoperators & Virtual Environments*, 4(1), 64-80.
- SHACHAR, C., ENGEL, J., & ELWYN, G. (2020). Implications for Telehealth in a Postpandemic Future: Regulatory and Privacy Issues. *Journal of the American Medical Association*, 323(23), 2375-2376.
- SIEGEL, D. (1999). *The developing mind* (1 ed.). New York: Guilford Press.
- SILVESTER, J., PATTERSON, F., KOCZWARA, A., & FERGUSON, E. (2007). "Trust me..": Psychological and behavioral predictors of perceived physician empathy. *The Journal of Applied Psychology*, 92(2), 519-527.
- SKLAR, J. (2020, April 24). 'Zoom fatigue' is taxing the brain. Here's why that happens. Tratto da National Geographic: <https://www.nationalgeographic.com/science/article/coronavirus-zoom-fatigue-is-taxing-the-brain-here-is-why-that-happens>
- SMITH, A., THOMAS, E., SNOSWELL, C. L., HAYDON, H., MEHROTRA, A., CLEMENSEN, J., & CAFFERY, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(5) 309-313.
- STANDING, STANDING, McDERMOTT, GURURAJAN, & MAVI. (2018). The Paradoxes of Telehealth: a Review of the Literature 2000-2015. *Systems Research and Behavioural Science*, 35(1), 90-101.
- STILES, W., HONOS-WEBB, L., & KNOBLOCH, L. M. (1999). Treatment process research methods. In W. Stiles, L. Honos-Webb, & L. M. Knobloch, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- STILES-SHIELDS, C., KWASNY, M. J., & MOHR, D. C. (2014). Therapeutic Alliance in Face-to-face and Telephone Administered Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 349-354.
- STOLL, J., MÜLLER, J. A., & TRACHSEL, M. (2020). Ethical Issues in Online Psychotherapy: A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10(993), 1-16.
- SUCALA, M., SCHNUR, J. B., BRACKMAN, E. H., CONSTANTINO, M. J., & MONTGOMERY, G. H. (2013). Clinicians' Attitudes Toward Therapeutic Alliance in ETherapy. *The Journal of General Psychology*, 140(4), 282-293.
- SULER, J. (2004). The Online Disinhibition Effect. *CyberPsychology & Behavior*, 7(3), 321-326.
- TAM, T., CAFAZZO, J. A., SETO, E., SALENIKS, M. E., & ROSSOS, P. G. (2007). Perception of eye contact in video teleconsultation. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13(1), 35-39.
- THOMAS, E., MAYDON, H. M., MEHROTRA, A., CAFFERY, L. J., SNOSWELL, C. L., BANBURY, A., & SMITH, A. C. (2022). Building on the momentum: Sustaining telehealth beyond COVID-19. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 28(4), 301-308.
- THOMPSON, R. (2016). Psychology at a Distance: Examining the Efficacy of Online Therapy.
- TRACHTENBERG, L., WONG, J., RENNIE, H., & ESPLIN, M. J. (2020). Translating the Restoring Body Image After Cancer (ReBIC) Group Therapy Intervention Into an Online Version: A Successful Case Study and Recommendations. *International Journal of Group Psychotherapy*, 70(3), 307-328.
- TURNER, J., BROWN, J. C., & CARPENTER, D. T. (2018). Telephone-based CBT and the therapeutic relationship: The views and experiences of IAPT practitioners in a low-intensity service. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(5-6), 285-296.

- VOGEL, P., SOLEM, S., HAGEN, K., MOEN, E. M., LAUNES, G., HÅLAND, Å. T., HANSEN, B., HIMLE, J. A. (2014). A pilot randomized controlled trial of videoconference-assisted treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 162-168.
- WAGNER, B., HORN, A. B., & MAERCKER, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 113-121.
- WANG, X., GORDON, R. M., & SNYDER, E. W. (2020). Comparing Chinese and US practitioners' attitudes towards teletherapy during the COVID-19 pandemic. *Asia-Pacific Psychiatry*, 2, 1-5.
- WEISTE, E., & PERÄKYLÄ, A. (2014). Prosody and empathic communication in psychotherapy interaction. *Psychotherapy Research*, 24(6), 687-701.
- WIEDERHOLD, B. K. (2020). Teletherapy: The New Norm. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 23(10), 655-656.
- YEN, J., YEN, C., CHEN, C., WANG, P., CHANG, Y., & KO, C. (2012). Social anxiety in online and real-life interaction and their associated factors. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 15(1), 7–12.
- ZILCHA-MANO, S., GOLDSTEIN, P., DOLEV-AMIT, T., & SHAMAY-TSOORY, S. (2021). Oxytocin Synchrony Between Patients and Therapists as a Mechanism Underlying Effective Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(1), 49-57.
- ZILCHA-MANO, S., SHAMAY-TSOORY, S., DOLEV-AMIT, T., ZAGOORY-SHARON, O., & FELDMAN, R. (2020). Oxytocin as a biomarker of the formation of therapeutic alliance in psychotherapy and counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 67(4), 523–535.