
La nuova sfida della video psicoterapia su Internet



Cristina Smaniotto*, Rachele Ceschin*,
Elena Gualtieri*, Stefania Nai*, Angelo Zappalà*

*[Ricevuto il 31 maggio 2020
Accettato il 29 dicembre 2020]*

Sommario

L'articolo valuta l'impatto del *setting* a distanza sulla relazione terapeutica. Gli autori valutano se l'alleanza terapeutica possa variare in funzione dei diversi contesti (on-line e in presenza) e se sia un fattore predittivo del buon esito della terapia anche negli interventi psicologici on-line. Successivamente, viene considerata la dimensione non verbale e corporea nella terapia *vis à vis* da remoto, definita in questo lavoro come *Video Psicoterapia su Internet* (VPI), approfondendo il tema della sintonizzazione e co-regolazione della diade, posta ora di fronte a uno schermo. L'articolo inoltre apre alcune riflessioni rispetto all'attenzione e alle rappresentazioni mentali del terapeuta e del paziente nel nuovo *setting*. L'analisi degli studi condotta dagli autori evidenzia come l'alleanza terapeutica non vari fra il *setting* on-line e quello in presenza e che nella terapia on-line l'alleanza terapeutica non sia un predittore del buon esito della cura. Gli autori auspicano inoltre un progredire della ricerca empirica per la valutazione dei trattamenti *bottom-up* nella VPI, tenuto conto dei limiti della dimensione non verbale e corporea in questo *setting*.

Parole chiave: alleanza terapeutica, CBT, Internet.

* CBT Academy, Scuola di specializzazione cognitivo-comportamentale in ambito clinico e forense di Torino.

Autore corrispondente: Cristina Smaniotto, Via Chambery 24, 10141 Torino. e-mail: cristinasmaniotto@gmail.com

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 47/2020

Cristina Smaniotto et al.

Abstract

The new challenge of video psychotherapy on the Internet

The present article evaluates the impact of the remote setting on the therapeutic relationship. The authors evaluate whether the therapeutic alliance varies depending on the different contexts (remote or face to face) and whether it is a predictor of the therapeutic success even in on-line psychological interventions. Subsequently, the nonverbal and somatic dimension of the remote therapy is considered, defined in this work as Video Psychotherapy on Internet (VPI), further exploring the theme of dyadic tuning and co-regulation, now in front of a screen. Furthermore, the article presents some reflections regarding the attention and the mental representations of the therapist and the patient in the new setting. The literature review carried out by the authors underlines how therapeutic alliance doesn't vary depending on the on-line setting and the face to face one and how therapeutic alliance is not a predictor of therapeutic success in the on-line setting. The authors also hope for an empirical research progress for the evaluation of bottom-up treatments in the VPI, taking into account the limits of the nonverbal and somatic dimension in this setting.

Key words: therapeutic alliance, CBT, Internet.

Introduzione

La psicoterapia, una cura che si fonda sulle parole e sulla relazione, può essere condotta efficacemente attraverso gli strumenti che la tecnologia offre, imponendo di ripensare un nuovo modo di lavorare, di vivere e di stare con gli altri in un mondo iperconnesso? Gli interventi psicologici on-line sono ormai diffusi ed eterogenei, e presuppongono una sfida relazionale, con un *setting* non in presenza. In questa sede verrà utilizzata la sigla *VPI* (*Video Psicoterapia su Internet*) per far riferimento a quella forma di psicoterapia che, pur mediata dallo strumento tecnologico, più si avvicina al tradizionale incontro di persona. L'intento è dunque quello di far luce su alcuni degli aspetti della VPI che hanno interessato gli autori di questo articolo, anche a seconda della propria esperienza clinica e matrice di formazione, senza la pretesa di esaurire un tema così ricco e articolato.

Se ci si sforza di superare la macroscopica suddivisione tra approcci centrati sulla tecnica e approcci centrati sulla relazione (Rolnick, 2020) e si tiene conto del contributo delle neuroscienze e delle discipline che continuano a studiare l'interazione tra esseri umani, si conviene nel riconoscere come fattore fondamentale, per il buon esito di una terapia, la relazione stessa (Bara, 2018). Schore (2009) sostiene che «il lavoro della psicoterapia non è definito da ciò che il terapeuta esplicitamente e oggettivamente fa o dice al paziente, piuttosto, il meccanismo chiave è come implicitamente e soggettivamente è con il paziente». La relazione terapeutica comporta il ripetersi

regolare e prevedibile nel tempo di un incontro tra due persone che si attendono, si riconoscono, condividono il significato di un progetto comune e si alleano contro la sofferenza (Veglia, 1999). In questo senso, l'alleanza terapeutica (Liotti, 1994) può essere considerata un modo per concettualizzare ciò che si realizza tra paziente e terapeuta quando c'è un uso appropriato dei diversi elementi della relazione (empatia, sintonia, attenzione condivisa, consapevolezza ecc.). L'alleanza è, tra gli strumenti della relazione, quello in grado di garantire più di altri l'efficacia dell'intervento terapeutico e, nei *setting* di terapia in presenza, è diventata un fattore predittivo del buon esito della cura (Ardito, 2011): infatti, perché si verifichi il cambiamento terapeutico, il paziente deve non solo diventare consapevole di aspetti di sé che fino ad allora non erano tali, ma deve imparare a riconoscere e comprendere i propri stati d'animo ed i propri pensieri, entrare in contatto con le proprie emozioni e con quelle degli altri, processo che può avvenire solo all'interno di una dimensione relazionale, cioè attraverso l'esperienza della relazione terapeuta-paziente. Se le fluttuazioni e le rotture dell'alleanza vengono elaborate, se diventano oggetto di lavoro comune, possono fornire spunti di riflessione di grande valore nel corso della terapia; la loro risoluzione può rafforzare il legame terapeutico e porre le basi per la costruzione di un'alleanza rinnovata.

Nella prima parte, l'articolo propone un'analisi dei principali studi disponibili ad oggi, al fine di comprendere se l'alleanza terapeutica sia importante in egual misura nel *setting* on-line e nel *setting* in presenza e se sia da considerarsi un fattore predittivo del buon esito della terapia anche negli interventi on-line; la seconda parte dell'articolo si concentra sugli aspetti non verbali e corporei della relazione, nell'ottica di valutare in che modo la presenza dello strumento tecnologico possa interferire, negativamente o positivamente, sugli stessi. L'ultima parte è dedicata a una riflessione su alcuni aspetti del funzionamento psichico, in particolare dell'attenzione, e su come siano potenzialmente influenzati dal nuovo contesto.

Alleanza terapeutica e VPI

Sebbene molti clinici utilizzino già la comunicazione video su Skype o programmi simili per fornire interventi psicologici, la ricerca su questo modo di fare terapia è ancora limitata e richiede di allargare il *focus* dalla VPI (principale argomento di interesse per gli autori di questo articolo) a forme di intervento psicologico on-line più eterogenee. La *e-therapy* include interventi che non presuppongono necessariamente l'incontro faccia-a-faccia. Pertanto, è importante distinguere quest'ultimo, che avvenga in stanza o

per video, da programmi o esercizi “*technology-based*” (TBIs), ampiamente diffusi e ispirati alle tecniche della *Cognitive Behavior Therapy* (CBT), che in questa sede vengono indicati come ICBT (*Internet-Delivered Cognitive Behaviour Therapy*). Inoltre, esistono ad oggi modelli, definiti “interventi misti”, che incorporano interazione *vis à vis* e programmi autosomministrati via computer (Fitzpatrick *et al.*, 2018). Una recente metanalisi (Carlbring *et al.*, 2018), pone a confronto l’efficacia di interventi di ICBT guidata e psicoterapia cognitivo-comportamentale in presenza in pazienti che presentano una sintomatologia psicosomatica e psichiatrica varia. Confrontando le diverse metodologie utilizzate, sono emerse variabilità interne ai vari disturbi (se pur non statisticamente significative), in favore dell’uno o dell’altro metodo, ma i risultati complessivi hanno dimostrato gli stessi effetti, in termini di efficacia, sull’esito di cura.

Diversi ricercatori si sono interrogati circa l’alleanza terapeutica nella modalità on-line, poiché tale costrutto è considerato un fattore fondamentale alla base di qualsiasi psicoterapia, indipendentemente dall’orientamento (Horvath e Luborsky, 1993; Ardito e Rabellino, 2011); le ricerche sono ancora relativamente giovani e presentano pertanto dei limiti (Andersson *et al.*, 2012; Apolinário-Hagen e Tasseit, 2015).

I risultati di una recente metanalisi (Wehmann *et al.*, 2020) hanno mostrato, nel trattamento della depressione, la possibilità di instaurare un’alleanza terapeutica anche tramite interventi TBIs; tuttavia in questa metanalisi solo il 9% degli studi analizzati ha valutato l’alleanza terapeutica. Un altro studio del 2016 (Hadjistavropoulos *et al.*, 2016) indaga l’alleanza terapeutica in trattamenti ICBT per la depressione e l’ansia. L’intervento si svolge principalmente attraverso lo scambio di messaggi tra paziente e terapeuta e raramente include telefonate. I risultati, sulla base dei punteggi nel questionario usato per valutare l’alleanza (*Therapeutic Alliance Questionnaire*), somministrato a metà e dopo la fine del trattamento, mostrano la percezione di un’alleanza stabile e costante, che tuttavia non influisce in modo significativo sull’esito della cura. Gli autori si interrogano sul senso di utilizzare una scala, solitamente usata per valutare l’alleanza terapeutica nel contesto in presenza, anche per questo genere di interventi, e si invita alla creazione di nuovi modi per valutare questo aspetto.

Analoghi i risultati di un altro studio (Andersson *et al.*, 2012) che ha invece analizzato l’alleanza terapeutica negli interventi ICBT, misurandola con una versione del WAI (*Working Alliance Inventory*) modificata per la ICBT, in pazienti con diagnosi di depressione, ansia generalizzata e ansia sociale. Premettendo che il ruolo dell’alleanza terapeutica, negli interventi su Internet che prevedono la presenza di un terapeuta, non è ancora ben conosciuto, gli autori rilevano punteggi alti sull’alleanza terapeutica nei tre

campioni di pazienti; tuttavia, la correlazione tra i punteggi alla WAI e i punteggi rilevati in termini di esito della cura non sono statisticamente significativi. La conclusione è dunque che, sebbene i punteggi sull'alleanza terapeutica siano in linea con quelli riportati negli studi sulla terapia in presenza, l'alleanza terapeutica potrebbe essere meno importante nella ICBT che nella terapia in presenza nel determinare un cambiamento terapeutico. In un'altra ricerca sul trattamento della depressione (Preschl, Maercker e Wagner, 2011), non è stata trovata alcuna differenza significativa nella percezione dell'alleanza terapeutica tra i pazienti che avevano ricevuto una terapia in presenza e quelli che avevano ricevuto una psicoterapia ICBT; anche in questo caso i risultati non mostrano una relazione significativa tra i punteggi clinici al BDI (*Beck Depression Inventory*) alla fine del trattamento e i punteggi sull'alleanza terapeutica, misurata con il WAI, in entrambi i gruppi. Un'alleanza terapeutica positiva e stabile, misurata con il WAI, è stata riscontrata anche in diversi studi di applicazione della ICBT per il trattamento del disturbo post-traumatico da stress (Knaevelsrud e Maercker, 2007; Knaevelsrud *et al.*, 2015; Wagner *et al.*, 2012). Un'altra metanalisi (Spek *et al.*, 2007) ha fornito prove sull'importanza del supporto del terapeuta, in particolare nel trattamento on-line della depressione e dei disturbi d'ansia. È stato riscontrato che i trattamenti guidati dal terapeuta (il quale si limita a supportare il lavoro che il paziente fa in autonomia seguendo un protocollo) riducono significativamente i sintomi della depressione, al contrario dei trattamenti on-line non guidati (cioè del tutto privi dell'intervento del terapeuta). In uno studio in cui sono state condotte analisi quantitative (*Therapeutic Alliance Quality Scale*) e qualitative (interviste) su un gruppo di soggetti impegnati in una terapia on-line (Hanley, 2009), è risultato che tre quarti dei partecipanti hanno riportato una qualità media o alta di alleanza terapeutica. La ricerca, condotta su soggetti adolescenti, ha evidenziato che le aspettative iniziali e la fiducia riposta nel clinico e nella modalità di conduzione della terapia sono fattori che aumentano la qualità dell'alleanza terapeutica. Anderson *et al.* (2012) hanno condotto un ulteriore studio su soggetti adolescenti, al fine di valutare la qualità dell'alleanza terapeutica nella ICBT. Nello studio, condotto su 73 ragazzi con disturbo d'ansia e i genitori di alcuni di essi, i partecipanti sono stati assegnati in maniera casuale a condizioni di terapia on-line e terapia in presenza. Dall'analisi dei risultati, per ciò che concerne gli adolescenti, non è stata riscontrata una differenza significativa tra i due gruppi ed i miglioramenti in termini di sintomi sono stati evidenziati in entrambi i casi; lo studio evidenzia che la giovane età dei partecipanti può incidere positivamente sulla percezione dell'alleanza terapeutica nel *setting* on-line, che in questo caso è risultata predittiva dell'esito di cura.

Concentrandosi in particolare sulla VPI, risulta interessante una revisione sistematica (Simpson e Reid, 2014) che ha analizzato l'alleanza terapeutica nella VPI a confronto con la psicoterapia in presenza. Sebbene la maggior parte degli studi, come evidenziato dagli autori di questa revisione sistematica, utilizzino sottoscale dei questionari WAI, ARM (*Agnew Relationship Measure*) e GTAS (*Group Therapy Alliance Scale*) per valutare il legame terapeutico, nel loro studio gli autori hanno utilizzato punteggi globali di alleanza terapeutica. Le evidenze mostrano alti livelli di alleanza terapeutica riferita sia dai pazienti che dai terapeuti, nella VPI, anche in caso di problemi di connessione Internet o di scarsa qualità di suono e immagine; in generale, i pazienti hanno valutato l'alleanza terapeutica tanto forte quanto nella psicoterapia in presenza. I terapeuti hanno mostrato un'alleanza terapeutica crescente nel corso della VPI, frutto dei progressivi tentativi di miglioramento per esprimere empatia e calore in modo evidente al paziente. Si evidenzia nei pazienti un maggior senso di padronanza e una maggiore responsabilità percepita nei confronti della relazione nel contesto VPI che nella terapia in presenza, mostrando talvolta un'alleanza terapeutica ancora più forte nella VPI. I risultati supportano secondo gli autori la necessità di fare ulteriore ricerca sulla VPI, incoraggiandone la pratica e i *training*.

Sucala *et al.* (2013) hanno indagato l'opinione dei clinici rispetto alla qualità dell'alleanza terapeutica on-line. Dallo studio è emerso che i terapeuti, ancora poco pratici del nuovo contesto, possono sentirsi, comprensibilmente, meno sicuri di sé e, in alcuni casi, influenzati dai propri pregiudizi rispetto al contesto stesso. In uno studio sperimentale, Rees e Stone (2005) hanno assegnato casualmente degli psicologi clinici a guardare delle sessioni identiche di terapia, in presenza e in video. Sebbene fossero identiche, gli psicologi hanno valutato l'alleanza terapeutica significativamente inferiore nelle sessioni in video rispetto alle sessioni in presenza. Gli autori hanno ipotizzato che il giudizio negativo sull'alleanza terapeutica sia influenzato dalle aspettative negative degli psicologi sulla VPI. Lo sviluppo di una migliore comprensione di caratteristiche specifiche della relazione terapeutica on-line e delle differenze qualitative tra la relazione nella VPI ed in presenza è dunque fra le questioni di interesse per le ricerche future. L'obiettivo dovrebbe essere quello di fornire ai terapeuti delle raccomandazioni o delle linee guida su come facilitare l'alleanza nelle VPI e su quando fornire un trattamento in video terapia o dal vivo, con un approfondimento ed una comprensione dei meccanismi specifici di cambiamento e delle differenze qualitative tra la VPI e la terapia dal vivo. Inoltre, uno dei compiti per la ricerca futura è quello di identificare le caratteristiche peculiari dell'alleanza terapeutica nei diversi formati di trattamento (Berger, 2017).

Sulla base delle ricerche analizzate in questa sede, emerge che i punteggi sull'alleanza terapeutica negli interventi ICBT sono simili a quelli relativi al trattamento in presenza; tuttavia molti studi rilevano una scarsa correlazione tra alleanza terapeutica e buon esito della terapia nei trattamenti ICBT. La ricerca relativa all'alleanza terapeutica nella VPI, confrontata con la relazione in presenza, fornisce risultati sovrapponibili e promettenti rispetto alla possibilità che la VPI possa garantire la solidità dell'alleanza terapeutica e in alcuni casi addirittura rafforzarla.

Aspetti non verbali e corporei della relazione nella VPI

Una seconda area di interesse per gli autori di questo lavoro, riguarda l'impatto del nuovo *setting* (si farà da ora riferimento alla sola VPI, escludendo le altre forme di intervento on-line) su alcuni aspetti specifici della relazione. È intuitivo aspettarsi, ad esempio, un cambiamento nella percezione degli aspetti comunicativi non verbali, laddove lo strumento tecnologico richiede alla diade di rimodulare le distanze e l'accesso ai segnali facciali e corporei.

La relazione terapeutica, orientata in modo cooperativo al cambiamento, si costruisce non solo con le parole, ma anche attraverso la comunicazione affettiva veicolata dal corpo. Bowlby (1980) ritiene che il terapeuta convogli la propria comprensione per i desideri di amore e cura del paziente prevalentemente attraverso segnali non verbali. Tale aspetto è da riconsiderarsi alla luce della presenza dello schermo, che se da un lato limita l'accesso ad alcuni segnali, dall'altro lo amplifica. Si pensi ad esempio alla percezione del volto. Secondo Rolnick (2020), che ha raccolto l'esperienza di anni nell'utilizzo di Skype per la psicoterapia, la capacità di riconoscimento delle espressioni emotive è maggiore in video che in presenza, poiché la maggiore dimensione dei volti sullo schermo amplifica i dettagli. Terapeuta e paziente possono dunque essere maggiormente esposti ai reciproci segnali nella VPI. Alla luce di ciò, nascono alcune considerazioni relative alla posizione relazionale del terapeuta. Ancora più che nel *setting de visu*, il terapeuta dovrà, da un lato, verificare che la propria capacità di accogliere le emozioni sia chiaramente vista e sentita dal cliente, e dall'altro, occuparsi di intercettare elementi della prosodia del cliente stesso, come timbro, volume e ritmo delle parole, così come il contatto oculare, le espressioni facciali e i movimenti fisici. Porges (2011) sottolinea come gli esseri umani si regolino reciprocamente sulla base delle espressioni facciali e del tono di voce. Anche Van der Kolk (2015) sostiene che vedere il volto, incontrare lo sguardo, ascoltare il tono di voce sono stimoli fondamentali per il nostro cervello

per tornare sintonizzati e connessi. Il tema dello sguardo assume particolare rilevanza nella VPI. Recenti studi hanno evidenziato che un effetto importante dello sguardo diretto è di indurre un aumento di auto-consapevolezza, intesa sia nella dimensione sociale che in quella incarnata; alcuni autori hanno messo in evidenza come il guardare un'altra persona negli occhi aumenti la cosiddetta auto-consapevolezza "pubblica", riguardante cioè come ci si presenta e come si viene percepiti dagli altri (Hietanen e Hietanen, 2017; Hietanen *et al.*, 2008; Myllyneva, Ranta e Hietanen, 2015; Pönkänen, Peltola e Hietanen, 2011). Oltre all'aspetto sociale, la ricerca si è occupata anche della sensibilità ai segnali enterocettivi, relativi cioè alle informazioni provenienti dal corpo. Secondo Damasio (2010), la sensazione di esistere è supportata da una costante mappatura di informazioni omeostatiche riguardanti lo stato enterocettivo del corpo; partendo dal presupposto che questo processo sia sempre attivo, e non solo quando si è esposti ad uno stimolo esterno, alcuni autori hanno ipotizzato che uno sguardo diretto possa favorire l'emergere delle sensazioni interne (Isomura e Watanabe, 2020). In aggiunta è importante che emerga l'intenzionalità comunicativa dell'altro, oltre che il semplice sguardo diretto. Un recente studio sul ruolo dell'*Intention Processing Network* nell'elaborazione dell'intenzione comunicativa (Enrici, Bara e Adenzato, 2020) ha evidenziato come l'informazione acquisita attraverso differenti modalità comunicative, siano esse linguistiche o non-verbali, sia equivalente dal punto di vista dell'elaborazione mentale; l'idea che l'intenzione di chi parla possa veicolare i significati comunicativi, a prescindere dalla modalità utilizzata, assume dunque una certa rilevanza rispetto al dibattito sulla VPI. L'accuratezza nella percezione enterocettiva aumenta quando il soggetto è consapevole che l'altro è presente e vuole comunicare. Ciò non capita ad esempio di fronte a una telecamera accesa, ma priva di interlocutore (Durlík, Cardini e Tsakiris, 2014), o di fronte al viso registrato di un attore (Hazem *et al.*, 2017), mentre accade se si ha la sensazione di essere connessi in diretta con l'attore stesso. Nel contesto della VPI emergono alcune questioni di natura tecnica. Si pensi ad esempio al posizionamento della videocamera: quasi tutti i computer hanno la videocamera posizionata in alto e al centro dello schermo. Per guardarsi negli occhi gli interlocutori dovrebbero guardare contemporaneamente il piccolo led che indica che la telecamera è attivata, mentre più spesso accade che si guardi il volto dell'interlocutore, con l'illusione che lui percepisca di essere guardato da noi direttamente. Altri studi, che hanno esaminato il concetto di presenza nella terapia a distanza, dimostrano che è fortemente influenzata dalla capacità, di entrambe le parti, di immaginare che l'altro sia davvero seduto di fronte a loro, piuttosto che sullo schermo (Lombard e Ditton, 1997; Russell, 2015). Nella VPI, dunque, se l'intenzione comunicativa è preserva-

ta, non si può dire altrettanto del contatto oculare, così importante se considerato veicolo per l'aumento di consapevolezza e per la sintonizzazione della diade.

Un ulteriore elemento rilevante nella relazione terapeutica è la comunicazione affettiva corporea. La VPI richiede alla diade di incontrarsi in un territorio di risonanza emotiva in assenza della prossimità fisica. La mediazione dello strumento utilizzato rende parziale la familiarizzazione con il linguaggio del corpo del terapeuta da parte del paziente e viceversa. Ogden e Goldstein (2020), nella cornice della terapia senso-motoria, sostengono che i suoni non-verbali, le espressioni facciali, lo sguardo e la ricerca di prossimità (avvicinarsi/regolare la webcam), possono comunicare la risonanza del terapeuta con lo stato interno del paziente, favorendo la sua abilità di esprimere emozioni profonde in una relazione sicura, seppur geograficamente distante. Nei momenti di maggior intimità relazionale, ad esempio, il terapeuta, in modo quasi automatico, potrebbe voler trasmettere maggiore vicinanza aumentando la prossimità fisica al video e dunque al viso del suo paziente. I due autori suggeriscono di riportare nella relazione on-line gli stessi principi utilizzati dal vivo; pensando ad esempio al tracking corporeo, utilizzato insieme al paziente per ottenere una narrazione incarnata, già in fase di contratto terapeutico e creazione dell'alleanza, si può allenare il paziente al metodo utilizzato, talora enfatizzando e verbalizzando con chiarezza ciò che dal vivo si sarebbe sperimentato insieme, con operazioni di modeling e con una graduale scoperta. Si può ad esempio concordare uno specifico spazio di movimento nella stanza, estendibile a seconda delle necessità richieste dal lavoro con il corpo, in modo tale da rendere visibile, quando e se necessario, la figura a mezzo busto o nella sua interezza, magari intenta ad eseguire i gesti concordati. Implicitamente, gli autori considerano la VPI sovrapponibile alla terapia *vis à vis* anche nel lavoro "*bottom-up*", con alcuni accorgimenti tecnici.

A fronte di questo, il terapeuta consapevole potrà mettere in campo alcune strategie *ad hoc* per costruire fiducia ed alleanza tra terapeuta e paziente in video. Visti i limiti della comunicazione non verbale, potrà spiegare apertamente al paziente le nuove regole del *setting*, per evitare incomprensioni e frustrazione durante le sedute. Una buona prassi potrebbe essere quella di fornire al paziente un consenso informato in cui è specificato chiaramente come si svolgerà la seduta e quali sono gli aspetti nuovi rispetto alla terapia in presenza (Algeri, Gabri e Mazzucchelli *et al.*, 2018), ed inoltre, come proposto dall'American Psychological Association (2017), concordare con il paziente dei metodi alternativi di comunicazione, ovviando in tal modo a problematiche tecniche di varia natura, non ultima l'instabilità della connessione.

Attenzione e rappresentazioni mentali nella VPI

La terza e ultima area di interesse del presente lavoro attiene ad alcuni specifici aspetti del funzionamento psichico, che nella VPI presumibilmente risentono dell'impatto dello strumento tecnologico e del nuovo *setting*.

Come sostiene Damasio (2018), la mente emerge dal racconto di eventi esterni a noi, che hanno a che fare con l'ambiente, e interni a noi, enterocettivi, sulla base di rappresentazioni che il nostro Sistema Nervoso Centrale crea dalle percezioni; ci si potrebbe domandare quindi cosa accada all'attenzione quando lo "stimolo" percepito (l'altro della diade) si trova dall'altra parte di uno schermo. Il terapeuta tende a utilizzare, a seconda dei momenti, un'attenzione focalizzata o una consapevolezza aperta, orientando in modo diverso l'intenzione alla cura nei differenti momenti della terapia, cosa che consente la percezione dell'altro nella sua totalità incarnata (Siegel, 2019). Tale processo è vantaggioso, poiché il sistema di elaborazione ha dei limiti di tempo e spazio: spesso non si possono compiere simultaneamente due attività, elaborare due stimoli o recuperare dalla memoria due informazioni diverse (Ladavas e Berti, 2014). Non solo, Morgan, Patick e Magaletta (2008) sottolineano che l'attenzione del terapeuta viene coltivata in anni di istruzione, nel corso dei quali si creano rappresentazioni della coppia terapeuta-paziente e del *setting* di incontro. Ci si potrebbe dunque chiedere cosa accada nella mente quando queste rappresentazioni cambiano e quando l'attenzione focalizzata diventa il canale privilegiato a scapito di una consapevolezza più inclusiva. La mediazione dello schermo trasforma lo spazio terapeutico, arricchendo forse la relazione di nuovi elementi, ma privandola di quella cornice la cui rappresentazione è da tempo nell'immaginario dei terapeuti (e in qualche misura dei pazienti). Non ci sono ancora evidenze che forniscano una risposta a questi interrogativi, ma aprire una riflessione può forse essere d'aiuto nel percorso di perfezionamento della digitalizzazione della terapia.

In aggiunta, ci si potrebbe interrogare sull'eventuale compresenza delle due immagini (terapeuta e paziente) sullo schermo, vale a dire chiedersi cosa accada al proprio stato mentale quando incontra quello di un altro mentre ciascuno si rispecchia nella propria immagine. A proposito di stimoli salienti, l'attenzione sarà maggiormente attirata dalla novità di vedere in diretta le proprie espressioni e la propria immagine (Rolnick, 2020) o quella dell'altro (significativo)?

L'attenzione è una funzione che regola l'attività dei processi mentali filtrando e organizzando le informazioni provenienti dall'ambiente allo scopo di emettere una risposta adeguata (Ladavas e Berti, 2014). Se il livello di attenzione è troppo elevato o troppo basso, il sistema filtrante riduce o allar-

ga eccessivamente le informazioni in entrata, a scapito della prestazione finale. Nel caso della VPI quindi, il *focus* ristretto su cui i due soggetti poggiano l'attenzione potrebbe richiedere uno sforzo eccessivo all'elaboratore, che risponderà processando solo alcune informazioni o scegliendo di distrarsi per riposare. Si aggiunga inoltre che alcune particolari condizioni influenzano il sistema di elaborazione, come ad esempio il livello di arousal: la preparazione fisiologica a ricevere le stimolazioni esterne e interne, che permette di rispondere più o meno adeguatamente e velocemente all'ambiente, orienta le capacità di memoria, l'attenzione, il decision making, l'espressione delle emozioni e infine l'azione. Ciò apre riflessioni sull'importanza dell'ambiente esterno che circonda ciascuno dei due interlocutori. Ad esempio, gli stimoli in arrivo dal proprio ambiente familiare potrebbero essere più attivanti rispetto a quelli che terapeuta e paziente riceverebbero dal contesto "neutro" dello studio e di conseguenza la VPI potrebbe essere maggiormente esposta ad interruzioni e riconessioni, non solo in termini tecnici ma anche di processi cognitivi. Inoltre, se si pensa allo spazio di incontro terapeutico come un luogo sicuro per il paziente, emerge l'interrogativo su come la neurocezione (Porges, 2011) possa variare in funzione del luogo in cui ci si trova a fare terapia.

Un recente studio (Vriends *et al.*, 2017) ha indagato l'attenzione durante una chiamata Skype su un gruppo di donne con ansia sociale e un gruppo controllo. I risultati sottolineano che l'attenzione focalizzata su di sé (*Self Focused Attention*, SFA), monitorata attraverso il tracciamento oculare, oscilla a seconda delle fasi del colloquio. In entrambi i gruppi è risultata più alta all'inizio della chiamata e durante momenti critici della conversazione, caratterizzati ad esempio da giudizio o svalutazione, mentre è risultata più bassa, ad esempio, quando viene richiesto al partecipante di avere un ruolo attivo nella conversazione. Inoltre, dai dati emerge che un valore alto di SFA durante la chiamata è associato ad alti valori di preoccupazione e nervosismo pre e post colloquio, e da una bassa stima di sé. I risultati di questo studio hanno per gli autori la finalità clinica di comprendere meglio come funziona l'attenzione *self-focused* nel disturbo d'ansia sociale. Su un piano più generale, però, è utile nel comprendere l'importanza di questi aspetti nella VPI. Seguendo questi risultati e ampliando la ricerca si potrebbe forse arrivare a stabilire, ad esempio, con quali pazienti e in quali momenti della terapia accedere o meno alla possibilità di guardare la propria immagine in diretta, fino a comprendere come modulare al meglio questo strumento al fine di renderlo efficace e sicuro per una nuova era della psicoterapia.

Conclusioni

L'eccezionalità di questi tempi ha imposto a tutti gli psicoterapeuti, quantomeno per un periodo, l'uso esclusivo della VPI. Quello che fino a qualche anno fa poteva sembrare una proposta provocatoria, un'ipotesi in astratto o uno scenario a tinte distopiche, oggi, almeno per taluni, è d'uso comune. La CBT è tra le forme di terapia più utilizzate su Internet e, pertanto, ha più facilità ad accogliere questa nuova sfida, tuttavia è necessario riflettere sulle differenze fra la terapia in presenza, la VPI e la ICBT. Come emerge dagli aspetti analizzati nell'articolo, il nuovo setting incide a vari livelli.

Dagli studi esaminati emerge che l'alleanza terapeutica non risente della differenza di *setting* e, nel caso della VPI, può risultarne rinforzata. Inoltre, i risultati degli stessi studi indicano che l'alleanza terapeutica non è predittiva dell'esito del trattamento negli interventi ICBT. Comunque, lo sviluppo di una migliore comprensione delle caratteristiche specifiche della relazione terapeutica nella VPI e delle differenze qualitative tra la relazione nella VPI e in presenza è probabilmente fra le questioni più importanti da indagare nelle ricerche future (Berger, 2017). Rimane aperta la riflessione sul perché un aspetto così centrale nella terapia in presenza, come l'alleanza terapeutica, risulti poco significativo (in termini di efficacia del trattamento) negli interventi di ICBT. Un'ipotesi potrebbe essere che la rappresentazione della relazione e del terapeuta nella mente del paziente che usufruisce di un intervento di ICBT (non *vis à vis*) possa essere parziale e non significativa. Inoltre, gli strumenti prevalentemente utilizzati per la misurazione dell'alleanza terapeutica non sono costruiti per valutarla nella ICBT.

Gli aspetti non-verbali della comunicazione subiscono nel nuovo *setting* una trasformazione, legata alla maggiore accessibilità delle informazioni provenienti dal volto, che è percepito più grande e più vicino nello schermo, a scapito invece della possibilità di guardarsi contemporaneamente negli occhi: ciò potrebbe interferire ad esempio con l'aumento di consapevolezza enterocettiva o limitare la sintonizzazione della diade, laddove lo sguardo diretto è da considerarsi un canale privilegiato; d'altro canto, è emerso come l'intenzione comunicativa e l'idea che l'altro sia veramente presente dall'altra parte dello schermo favorisca la connessione interpersonale. Nonostante gli elementi corporei siano delimitati all'interno di uno schermo, secondo Ogden e Goldstein (2020) anche i trattamenti "*bottom-up*" possono adeguarsi al nuovo *setting*; comunque, al momento, non sono disponibili evidenze empiriche a supporto.

Certamente rimane da approfondire quali risvolti abbia la VPI sui processi cognitivi coinvolti nell'incontro fra terapeuta e paziente. Le informazioni ambientali cui la mente ha accesso sono parzialmente diverse dal *setting* in

presenza: ad esempio, l'attenzione è maggiormente focalizzata sullo schermo, a scapito di una consapevolezza aperta all'ambiente circostante, che consente alla coppia terapeuta-paziente, durante l'incontro in studio, di orientare l'attenzione stessa in funzione dei momenti di maggiore o minore sintonizzazione; ciò potrebbe forse giustificare quel senso di affaticamento generalmente percepito dopo ore davanti allo schermo, durante il periodo di *lockdown*, noto comunemente come "zoom fatigue". Inoltre, l'attenzione potrebbe essere influenzata dall'ambiente scelto, non necessariamente neutro e dunque potenzialmente attivante in termini di arousal.

In generale, si può immaginare che, anche a emergenza terminata, la VPI possa restare uno strumento impiegato da molti terapeuti, se disposti a mettere in discussione alcuni pregiudizi negativi. Gli studi restituiscono risultati promettenti e favorevoli all'utilizzo della VPI come valida alternativa all'incontro di persona.

BIBLIOGRAFIA

- Algeri D., Gabri S., Mazzucchelli L. (2018). *Consulenza psicologica on-line: esperienze pratiche, linee guida e ambiti di intervento*. Firenze: Giunti Psychometrics.
- American Psychological Association (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017). <http://www.apa.org/ethics/code/index.html>
- Anderson R., Spence S., Donovan C., March S., Prosser S., Kenardy J. (2012). Working Alliance in On-line Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders in Youth: Comparison With Clinic Delivery and its Role in Predicting Outcome. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3). DOI: 10.2196/jmir.1848
- Andersson G., Paxling B., Roch-Norlund P., Ostman G., Norgren A., Almqvist J., Silverberg F. (2012). Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(6): 344-355. DOI: 10.1159/000339371
- Andersson G., Paxling B., Wiwe M., Vernmark K., Felix C.B., Lundborg L., Carlbring P. (2012). Therapeutic alliance in guided Internet-delivered cognitive behavioural treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50: 544-550. DOI: 10.1016/j.brat.2012.05.003
- Apolinário-Hagen J.A., Tasseit S. (2015). Access to Psychotherapy in The Era of Web 2.0. – New Media, Old inequalities? *International Journal of Health Professions*, 2(2): 119-129. DOI: 10.1515/ijhp-2015-0010
- Ardito R., Rabellino D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2: Art 270. DOI: 10.3389/fpsyg.2011.00270
- Bara B. (2018). *Il terapeuta relazionale*. Torino: Bollati Boringhieri.

- Berger T. (2017) The therapeutic alliance in Internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychother. Research*, 27(5): 511-524. DOI: 10.1080/10503307.2015.1119908
- Bowlby J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3. Loss: Sadness and Depression*. New York: Basic Books.
- Carlbring P., Andersson G., Cuijpers P., Riper H., Hedman-Lagerlof E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47: 1-18. DOI:10.1080/16506073.2017.1401115
- Damasio A. (2018). *Lo strano ordine delle cose*. Milano: Adelphi.
- Damasio A. (2010). *Self comes to mind: Constructing the conscious brain*. London: Heinemann.
- Durlak C., Cardini F., Tsakiris M. (2014). Being watched: The effect of social self-focus on interoceptive and exteroceptive somatosensory perception. *Consciousness and Cognition*, 25: 42-50. DOI: 10.1016/j.concog.2014.01.010
- Enrici I., Bara B., Adenzato M. (2020) Theory of Mind, pragmatics and the brain. *Pragmatics and Cognition*, 26: 5-38. DOI: 10.1075/pc.19010.enr
- Fitzpatrick M., Nedeljkovic M., Abbott J.-A., Kyrios M., Moulding R. (2018) “Blended” therapy: The development and pilot evaluation of an Internet facilitates cognitive behavioral intervention to supplement face-to-face therapy for hoarding disorder. *Internet Interventions*, 12: 16-25. DOI: 10.1016/j.invent.2018.02.006
- Hadjistavropoulos H.D., Pugh N.E., Hesser H., Andersson G. (2016). Therapeutic Alliance in Internet-Delivered Cognitive Behaviour Therapy for Depression or Generalized Anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(2): 451-461. DOI: 10.1002/cpp.2014
- Hanley T. (2009). The working alliance in on-line therapy with young people: Preliminary findings. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3): 257-269. DOI: 10.1080/03069880902956991
- Hazem N., George N., Baltazar M., Conty L. (2017). I know you can see me: Social attention influences bodily self-awareness. *Biological Psychology*, 124: 21-29. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2017.01.007
- Hietanen J.K., Leppänen J.M., Peltola M.J., Linna-aho K., Ruuhiala H.J. (2008). Seeing direct and averted gaze activates the approach-avoidance motivational brain systems. *Neuropsychologia*, 46(9): 2423-2430. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2008.02.029
- Hietanen J.O., Hietanen J.K. (2017). Genuine eye contact elicits self-referential processing. *Consciousness and Cognition*, 51: 100-115. DOI: 10.1016/j.concog.2017.01.019
- Horvath A.O., Luborsky L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4): 561-73. DOI: 10.1037//0022-006X.61.4.561
- Isomura T., Watanabe K. (2020). Direct gaze enhances interoceptive accuracy. *Cognition*, 195: 104113. DOI: 10.1016/j.cognition.2019.104113

- Knaevelsrud C., Brand J., Lange A., Ruwaard J., Wagner B. (2015). Web-based psychotherapy for posttraumatic stress disorder in war-traumatized Arab patients: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17(3): E71. DOI: 10.2196/jmir.3582
- Knaevelsrud C., Maercker A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: A randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 7:13. DOI: 10.1186/1471-244X-7-13
- Ladavas E., Berti A. (2014). *Neuropsicologia*. Quarta edizione. Bologna: Il Mulino.
- Liotti G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Carocci.
- Lombard M., Ditton T. (1997). At the heart of it all: The concept of presence. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 3(2). DOI: 10.1111/j.1083-6101.1997.tb00072.x
- Morgan R.D., Patrick A.R., Magaletta P.R. (2008). Does the use of telemental health alter the treatment experience? Inmates' perceptions of telemental health versus face-to-face treatment modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1): 158-162. DOI: 10.1037/0022-006X.76.1.158
- Myllyneva A., Ranta K., Hietanen J.K. (2015). Psychophysiological responses to eye contact in adolescents with social anxiety disorder. *Biological Psychology*, 109: 151-8. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2015.05.005
- Ogden P., Goldstein B. (2020). Sensorimotor Psychotherapy from a Distance: Engaging the Body, Creating Presence, and Building Relationship in Videoconferencing. In: *Theory and Practice of On-line Therapy Internet-delivered interventions for Individuals, Groups, Families, and Organizations*. London: Routledge, Taylor and Francis Group, pp. 47-65.
- Pönkänen L.M., Peltola M.J., Hietanen J.K. (2011). The observer observed: Frontal EEG asymmetry and autonomic responses differentiate between another person's direct and averted gaze when the face is seen live. *International Journal of Psychophysiology*, 82(2): 180-187. DOI: 10.1016/j.ijpsycho.2011.08.006
- Porges S.W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*. New York: W.W. Norton.
- Preschl B., Maercker A., Wagner B. (2011). The working alliance in a randomized controlled trial comparing on-line with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry*, 11: 189. DOI: 10.1186/1471-244X-11-189
- Rees C.S., Stone S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6): 649-653. DOI: 10.1037/0735-7028.36.6.649
- Rolnick A. (2020). Principles of Internet-based Treatment. In: *Theory and Practice of On-line Therapy Internet-delivered interventions for Individuals, Groups, Families, and Organizations*. London: Routledge, Taylor and Francis Group.
- Russell G.I. (2015). *Screen Relations*. London: Karnac.
- Simpson S.G., Reid C.L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6): 280-99. DOI: 10.1111/ajr.12149

Cristina Smaniotto et al.

- Schore A.N. (2009). Right-brain affect regulation: An essential mechanism of development, trauma, dissociation, and psychotherapy. In: Fosha D., Siegel D., Solomon M. (eds.), *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development and Clinical Practice*. New York: W.W. Norton, pp. 112-144.
- Siegel D. (2019). *Diventare consapevoli. Una pratica di meditazione rivoluzionaria*. Milano: Raffaello Cortina.
- Spek V., Cuijpers P., Nyklicek I., Riper H., Keyzer J., Pop V. (2007). Internet-based cognitive-behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(3): 319-28. DOI: 10.1017/S0033291706008944
- Sucala M., Schnur J.B., Brackman E.H., Constantino M., Montgomery G.H. (2013). Clinicians' attitudes toward therapeutic alliance in E-therapy. *The Journal of General Psychology*, 140(4): 282-293. DOI: 10.1080/00221309.2013.830590
- Van Der Kolk B.A. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Veglia F. (1999). *Storie di vita. Narrazione e cura in psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Vriends N., Meral Y., Bargas-Avila J.A., Stadler C., Bögels S.M. (2017). How do I look? Self-focused attention during a video chat of women with social anxiety (disorder). *Behaviour Research and Therapy*, 92: 77-86. DOI: 10.1016/j.brat.2017.02.008
- Wagner B., Brand J., Schulz W., Knaevelsrud C. (2012). On-line working alliance predicts treatment outcome for posttraumatic stress symptoms in Arab war-traumatized patients. *Depression and Anxiety*, 29(7): 646-51. DOI: 10.1002/da.21962
- Wehmann E., Köhnen M., Härter M., Liebherz S. (2020). Therapeutic Alliance in Technology-Based Interventions for the Treatment of Depression: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6): e17195. DOI: 10.2196/17195