

***Passaggio alla psicoterapia online durante la pandemia da Coronavirus (Covid-19): variabili associate alla soddisfazione dei pazienti. Il caso del Centro Medico Santagostino***



Laura Staccini\*, Daniele Cavadini\*\*, Rosa Gravagnuolo\*\*\*,  
Elena Olivetti\*\*\*\*, Camilla Bongiovanni\*\*\*\*\*, Raffaella Calati\*\*\*\*\*,  
Fabio Madeddu\*\*\*\*\*, Laura Mandelli\*\*\*\*\*, Stefano Porcelli\*\*\*\*\*

*Ricevuto il 16 maggio 2022  
accettato il 16 novembre 2023*

**Sommario**

La pandemia da Coronavirus (Covid-19) ha richiesto l'adattamento di pazienti e psicoterapeuti a un'evoluzione del tradizionale setting "in presenza" alla videoterapia (VT). La VT ha visto una progressiva diffusione prima come passaggio obbligato e, poi, come nuova modalità alternativa o integrabile. L'obiettivo di questo lavoro è indagare il grado di soddisfazione dei pazienti nel passaggio alla VT, unitamente all'impatto di attitudini/esperienze pregresse e attuali riguardo alla VT stessa. A tal fine, è stato sviluppato un questionario ad hoc, inviato via e-mail a tutti i pazienti seguiti in psicoterapia, tra marzo e giugno 2020, presso il servizio di Psicologia, Psicoterapia e Psichiatria del Centro Medico Santagostino. È stata condotta un'analisi della distribuzione delle risposte nel campione (n = 111) e un modello di regressione multipla per

\* Psicologo, psicoterapeuta, Professore a contratto. Centro Medico Santagostino, Società e Salute SpA, Via Temperanza 6, Milano; Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna, V.le Berti Pichat, 5 – 40126 Bologna; e-mail: laura.staccini2@unibo.it.

\*\* Psicologo, psicoterapeuta. Centro Medico Santagostino. Centro Terapia Cognitiva, Via Rusconi, 10 – 22100 Como; e-mail: daniele.cavadini@santagostino.it.

\*\*\* Psicologa, Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca, Piazza dell'Ateneo Nuovo, 1 – 20126 Milano; e-mail: r.gravagnuolo@campus.unimib.it.

\*\*\*\* Psicologo, psicoterapeuta. Centro Medico Santagostino. Società e Salute SpA, Via Temperanza, 6 – 20127 Milano; e-mail: elena.olivetti@santagostino; camilla.bongiovanni@santagostino.it.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 53/2023  
DOI: 10.3280/qpc53-2023oa16934*

valutare l'effetto di specifiche variabili sul grado di soddisfazione espresso dai pazienti. Le difficoltà nell'uso dei sistemi di video-comunicazione e di postazione predicono una minore soddisfazione per la VT. Nell'esperienza di VT, un senso di maggiore spontaneità con il terapeuta e la percezione di impatto sul modo di comunicare correlano, rispettivamente positivamente e negativamente, con la soddisfazione per la VT. Al fine di una migliore esperienza di VT, proponiamo di considerare diverse variabili contestuali e specifiche che ne caratterizzano il setting.

*Parole chiave:* psicoterapia online, transizione, soddisfazione.

***The transition to online psychotherapy during the Coronavirus (COVID-19) pandemic: variables associated with satisfaction of patients. The case of the Santagostino Medical Center***

**Abstract**

Due to the Coronavirus pandemic (Covid-19), the traditional psychotherapeutic setting had evolved to integrate video-conference psychotherapy. Since then, video-conference therapy (VT) has had a progressive diffusion and has become an alternative or integrable psychotherapy modality. The present study aimed to investigate patients' satisfaction with the transition to VT, and the impact of prior and current attitudes/experiences with video-conference psychotherapy. An online survey was e-mailed to all patients treated at the Psychology, Psychotherapy and Psychiatry service of the Santagostino Medical Center between March and June 2020. The analysis of the distribution of responses in the sample (n = 111) and a multiple regression model were conducted to evaluate the effect of each variable on the degree of satisfaction. Problems related to the use of video-communication software and suitable location for VT predicted dissatisfaction with VT. A sense of increased spontaneity towards the therapist and the perceived impact on the way to communicate during VT experiences correlated positively and negatively respectively with satisfaction with VT. For a better VT experience, several setting-related variables should be considered.

*Keywords:* online psychotherapy, transition, satisfaction.

\*\*\*\*\* Psicologa, psicoterapeuta, Ricercatore a tempo determinato, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi Milano Bicocca, Piazza dell'Ateneo Nuovo, 1 – 20126 Milano; Dipartimento di Psichiatria dell'Adulto, Ospedale Universitario di Nimes, Francia; e-mail: raffaella.calati@unimib.it.

\*\*\*\*\* Medico psichiatra, Professore ordinario. Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi Milano Bicocca, Piazza dell'Ateneo Nuovo, 1 – 20126 Milano; e-mail: fabio.madeddu@unimib.it.

\*\*\*\*\* Psicologo, psicoterapeuta, Professore a contratto. Centro Medico Santagostino. Società e Salute SpA, Via Temperanza, 6 – 20127 Milano; Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi Milano Bicocca, Piazza dell'Ateneo Nuovo, 1 – 20126 Milano; e-mail: laura.mandelli@unimib.it

\*\*\*\*\* Medico psichiatra. Centro Medico Santagostino. Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna, Viale C. Pepoli, 5 – 40123 Bologna; e-mail: stefano.porcelli@santagostino.it.

## Introduzione

La pandemia da Coronavirus (Covid-19) ha comportato una serie di radicali trasformazioni e cambiamenti nella vita e nelle abitudini dell'intera popolazione mondiale, comprese le modalità tradizionali di richiesta ed erogazione dei servizi sanitari. Nel campo della psichiatria e della psicologia, la videoterapia (VT) ha iniziato a occupare un posto sempre più consistente, affiancando e/o sostituendo in alcuni casi la tradizionale psicoterapia "in presenza" (nello studio del terapeuta).

La VT consiste in sedute di psicoterapia effettuate tramite connessione audio-video tra persone che si trovano in luoghi geograficamente distanti, dove c'è sincronia temporale ma non uno spazio fisico condiviso (Field, 1996; Schopp, Demiris & Glueckauf, 2006). La VT sembra portare diversi vantaggi poiché costituisce un valido mezzo attraverso cui rendere facilmente accessibile e immediato l'intervento terapeutico (Chen *et al.*, 2022). Infatti, per le persone affette da disagio psichico, spesso è la natura stessa del disturbo a rendere difficile l'accesso ai servizi di salute mentale (Backhaus *et al.*, 2012), soprattutto a causa di barriere come, ad esempio, i tempi di attesa molto lunghi, il non sapere a chi chiedere aiuto, la carenza di integrazione tra i servizi sanitari e i supporti governativi, le barriere culturali o linguistiche, i timori rispetto allo stigma sociale e i costi elevati (Moroz *et al.*, 2020). Questa osservazione è ancora più evidente per quelle patologie la cui sintomatologia comprende l'isolamento e il ritiro sociale, come nel caso del disturbo da ansia sociale per cui solamente il 10% della popolazione riceve un adeguato trattamento e per cui le nuove tecnologie hanno mostrato essere una valida alternativa alla tradizionale psicoterapia (Grassi & Marsigli, 2020).

Potendo ridurre le barriere sia logistiche che psicologiche che si interpongono tra il paziente e il terapeuta, la VT andrebbe a espandere l'accesso ai servizi di salute mentale e migliorare la qualità della vita di chi soffre di disagio psichico. Inoltre, numerosi studi hanno evidenziato come la VT sortisca esiti clinici simili alla tradizionale psicoterapia in presenza, dimostrandosi efficace nel ridurre significativamente i sintomi di depressione, ansia e migliorando la qualità della vita dei pazienti (Berryhill *et al.*, 2019; Păsărelu *et al.*, 2017; Trenoska Basile *et al.*, 2022).

Tuttavia, nel contesto della salute mentale, dove l'efficacia del trattamento è strettamente legata alla qualità della relazione tra paziente e terapeuta, non è ancora chiaro come questa nuova modalità di erogazione del trattamento sia percepita dai pazienti che usufruiscono dei servizi di salute mentale. Evidenze recenti riportano che, sebbene i pazienti trovino effettivamente più pratico e conveniente l'accesso alla terapia VT, la terapia in presenza

sembra essere ancora percepita come più coinvolgente e utile (van Kessel *et al.*, 2022; Abdelkarim *et al.*, 2022). La VT, infatti, potrebbe incrementare i tassi di abbandono del trattamento, come mostrato in uno studio in pazienti affetti da disturbo depressivo (Deen *et al.*, 2013). Tuttavia, questa osservazione non è unanime, poiché altri autori non hanno trovato differenze significative nel tasso di abbandono tra due gruppi di pazienti oncologici supportati rispettivamente tramite intervento in VT e terapia tradizionale in presenza, suggerendo così un livello di accettazione del trattamento comparabile (Bisseling *et al.*, 2019).

Particolare attenzione è stata rivolta anche al concetto di alleanza terapeutica in VT e sull'impatto che questa nuova tipologia di setting può avere sul legame tra paziente e terapeuta. A tal proposito, rispetto alla terapia tradizionale, la VT potrebbe impattare negativamente sull'alleanza terapeutica, (Norwood *et al.*, 2018). Tuttavia, dalle evidenze empiriche riportate in letteratura emergono frequentemente dati che vanno in direzione opposta. Alcuni studi, infatti, non evidenziano differenze tra la qualità dell'alleanza terapeutica in VT o in terapia in presenza (Knaevelsrud *et al.*, 2006; Simpson *et al.*, 2014; Cipolletta *et al.*, 2018), questo perché la relazione e l'intimità terapeutica che si instaurano nella VT avrebbero caratteristiche specifiche, poiché costruite in modo distintivo e differente rispetto a come avviene nella psicoterapia tradizionale. Quest'idea è supportata da studi recenti che hanno osservato elevati livelli di alleanza terapeutica percepita dai pazienti all'inizio del trattamento online, nonché un senso di maggiore controllo personale e riservatezza percepita (Simpson *et al.*, 2021). In tal senso, il setting online non sembra essere un fattore in grado di compromettere l'alleanza terapeutica, ma al contrario potrebbe andare a rinforzare la qualità del legame (Smaniotto *et al.*, 2020).

Nonostante in diversi studi la VT sembri essere associata a risultati clinici simili alla terapia tradizionale e a una buona soddisfazione dell'utente (Backhaus *et al.*, 2012; Jenkins-Guarnieri *et al.*, 2015), non tutti gli autori hanno riportato le medesime osservazioni. Apolinário-Hagen e collaboratori (2017) hanno condotto un'indagine online per valutare l'atteggiamento dei pazienti nei confronti degli interventi online. Sebbene l'81% dei soggetti abbia dichiarato di essere potenzialmente disposto a usufruire della VT, tale tipologia di trattamento è stata considerata utile ma non equivalente all'approccio tradizionale. Cipolletta e colleghi (2018), analizzando una serie di sessioni di VT, hanno frequentemente osservato la richiesta dei pazienti di integrare le sessioni online con sessioni in presenza, suggerendo che la modalità online era ancora considerata un complemento e non un sostituto della psicoterapia tradizionale. Infine, Osma e colleghi (2019) hanno

evidenziato un alto tasso di rifiuto della terapia VT in un campione di soggetti affetti da disturbo emotivo, essendo da loro valutata come “impersonale e inefficace”.

In aggiunta a queste considerazioni, è opportuno far presente che anche i fattori contestuali determinati dal setting possono avere un impatto sulla soddisfazione e l'esito alla VT, e che alcuni pazienti potrebbero essere più predisposti ad accettare tale tipologia di trattamento rispetto ad altre proprio a causa di caratteristiche specifiche del setting (Etzelmüller *et al.*, 2018).

Alla luce di queste evidenze e della scarsa conoscenza dei possibili fattori che possono avere un'influenza rispetto agli atteggiamenti e alla soddisfazione del paziente per la VT, è stato condotto uno studio con lo scopo di indagare il grado di soddisfazione nei confronti della VT in pazienti in carico presso il servizio di psicologia, psicoterapia e psichiatria del Centro Medico Santagostino. I pazienti erano passati alla modalità online durante il primo lockdown dovuto alla pandemia da Covid-19 a marzo 2020, dovendosi adattare a un nuovo modo di accedere al supporto psicologico (per una descrizione completa si veda Olivetti *et al.*, 2021). Nell'ipotesi che alcuni pazienti siano maggiormente predisposti di altri ad apprezzare la VT, l'identificazione di variabili maggiormente associate alla soddisfazione di un trattamento mediante VT può avere una notevole rilevanza clinica, dato l'attuale aumento della richiesta di tale modalità di usufruire del supporto psicoterapico.

## **Metodo**

### *Partecipanti*

Un questionario costruito ad hoc è stato inviato tramite e-mail ai pazienti in trattamento presso il servizio di psicologia, psicoterapia e psichiatria del Centro Medico Santagostino di Bologna in carico da marzo 2020 a giugno 2020 (circa 1.500 pazienti) e che avevano dato adesione a ricevere materiale tramite newsletter. A causa dell'emergenza pandemica, la grande maggioranza dei pazienti in carico tra marzo e giugno 2020 era stato convertito alla VT, con tassi di conversione fino al 90%. Il questionario, inviato nel giugno 2020, a tale scopo sono state prese in considerazione variabili personali (età, sesso, scolarizzazione, ecc.), il grado di conoscenza e di scetticismo verso la VT, e di dimestichezza con i mezzi di video-comunicazione, riferiti come antecedenti all'esperienza di VT stessa. Abbiamo inoltre considerato la pre-

senza di difficoltà tecniche e di postazione esperite durante la VT, unitamente a variabili volte a indagare la percezione di differenze rispetto alla terapia in presenza, sulla base di alcune suggestioni in letteratura (Abdelkarim & Abdelfattah, 2022; Etzelmueller *et al.*, 2018; Jenkis-Guarnieri *et al.*, 2015; Pruitt *et al.*, 2018). Un totale di 173 pazienti ha compilato almeno la prima sezione (A) del questionario (vedi *Misure*), e 111 (67,7%) hanno compilato per intero il questionario e sono stati inclusi nelle analisi. I pazienti che non avevano proseguito in VT o non avevano compilato per intero il questionario non differivano per età e genere dai pazienti che avevano completato per intero il questionario.

### *Misure*

Il questionario si compone di due sezioni, con domande perlopiù a risposta multipla su scala Likert (da 1 per niente o raramente a 5 molto spesso, sempre):

- la *SEZIONE A*, si compone di 15 domande volte a raccogliere informazioni sociodemografiche, durata e orientamento della psicoterapia in atto, livello di familiarità con i sistemi di VT, precedenti esperienze di VT prima dello stato di emergenza (“*Prima dell’emergenza Covid-19, hai mai fatto sedute di psicoterapia online, tramite video?*”) e grado di scetticismo nei confronti della VT (“*Prima dell’emergenza Covid-19, quanto eri scettico verso la videoterapia online?*”);
- la *SEZIONE B*, si rivolge unicamente ai pazienti che avevano accettato di proseguire le sedute tramite VT durante il lockdown. Si compone di 25 domande volte a raccogliere informazioni riguardo alle difficoltà tecnico-informatiche (es. “*In che misura hai riscontrato difficoltà nell’uso dei dispositivi (pc/tablet/smartphone)?*”) e logistiche (es. “*In che misura hai riscontrato difficoltà nel trovare una postazione idonea per effettuare la seduta?*”), differenze percepite con la psicoterapia in presenza e aspetti legati all’esperienza di VT (es. “*Hai la sensazione di essere in ‘connessione’ con il tuo terapeuta durante la videoterapia, anche in assenza di una presenza vis-à-vis?*”) e il cambiamento di atteggiamento nei confronti della VT (“*Con il passaggio alla videoterapia, è cambiato il tuo atteggiamento verso questa modalità?*”). Infine, è stata fatta una valutazione della soddisfazione generale per la VT (“*Indica su una scala da 0 a 10 il tuo apprezzamento generale della videoterapia online?*”).

## Analisi statistiche

Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando la versione 20.0 del software Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Sono state eseguite statistiche descrittive per identificare e riportare le caratteristiche dei pazienti, riportando media  $\pm$  deviazione standard per le variabili continue e le percentuali per le variabili categoriali. L'associazione tra soddisfazione verso la VT (variabile dipendente) e sesso, età, durata della terapia (in mesi) e soddisfazione globale rispetto alla terapia personale, sono state analizzate mediante test non parametrici (Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis ANOVA e Correlazione di Spearman). Analogamente, l'analisi di correlazione di Spearman è stata utilizzata per analizzare la correlazione tra la variabile dipendente e le restanti variabili a scala likert raccolte al questionario. L'analisi di regressione multipla è stata impiegata per testare possibili predittori indipendenti del grado di soddisfazione per la VT (per un massimo di 5 predittori, data la grandezza campionaria del nostro campione,  $n = 111$ ). Considerato l'elevato numero di variabili considerate, è stato fissato un valore di significatività inferiore a 0,01 (a due vie). Nel nostro campione, con i parametri citati, avevamo un potere statistico sufficiente (0,80) che ci permetteva di individuare dimensioni dell'effetto medie ( $d = 0.30$ ).

## Risultati

In generale, l'esperienza di VT viene valutata positivamente (*Tabella 1*).

*Tabella 1. Variabili personali, difficoltà tecniche e di postazione (n = 111)*

	<b>Media</b>	<b><math>\pm</math> DS*</b>
<i>Età (anni)</i>	34,16	10,44
<i>Durata della terapia in atto (mesi)</i>	13,0	13,1
<i>Soddisfazione globale per la terapia (scala 0-5)</i>	4,5	0,7
<i>Soddisfazione per la VT (scala 0-10)</i>	7,8	1,9

	<b>n.</b>	<b>%</b>
<i>Sesso</i>		
Uomini	85	76,6
Donne	26	23,4

<i>Scolarità</i>		
Media inferiore	2	1,8
Media superiore	26	23,4
Laurea	57	51,4
Post laurea	25	22,5
<i>Tipo di terapia (riferita)</i>		
Cognitivo-comportamentale	33	27,7
Interpersonale/sistemica/relazionale	19	17,1
Psicoanalisi/psicodinamica	17	15,3
Non nota	42	37,8
<i>Setting di terapia pre-Covid</i>		
Presso lo studio del terapeuta	86	77,5
In studio e online	7	6,3
Solo online	8	7,2
Terapia iniziata online durante il Covid	10	9,0
<i>Pregressa esperienza di VT</i>		
No	96	86,5
Sì	15	13,5
<i>Famigliarità con i sistemi di video-comunicazione</i>		
Scarsa	6	5,4
Media	12	10,8
Buona	93	83,8
<i>Conoscenza/Aver sentito parlare di VT</i>		
L'avevo provata in precedenza	24	21,6
Ne avevo sentito solo parlare	58	52,3
Non la conosco	29	26,1
<i>Scetticismo</i>		
Per nulla/poco	61	55,0
No opinione	12	10,8
Molto/abbastanza	38	34,2
<i>Difficoltà a trovare una postazione idonea</i>		
No	65	70,7
Sì	27	29,3
<i>Difficoltà con i sistemi di video-comunicazione</i>		
No	109	98,2
Sì	2	1,8

segue Tab. 1

<i>Difficoltà con i programmi di video-comunicazione</i>		
No	108	97,3
Sì	3	2,7
<i>Difficoltà di connessione internet</i>		
No	102	91,9
Sì	9	8,1
<i>Agio nella postazione di VT</i>		
Nella gran parte dei casi	73	65,8
Variabile (a volte sì, a volte no)	34	30,6
Mai o quasi mai	4	3,6
<i>Posticipo delle sedute a causa di difficoltà tecniche</i>		
Mai o 1-2 volte	109	98,2
Più di 2-3 volte	2	1,8
<i>Problemi di regolarità delle sedute</i>		
Per niente o poco	101	91,0
Talvolta/Spesso	10	0,9
<i>Problemi di durata delle sedute</i>		
Per niente	99	89,2
Talvolta o spesso (maggiore/minore)	12	10,8

Legenda: DS, deviazione standard; VT, videoterapia

### *Variabili personali, difficoltà tecniche e di postazione*

In *Tabella 1* sono riportate le caratteristiche socio-demografiche, di terapia e le difficoltà tecniche/di setting riportate. L'associazione tra Soddisfazione per la VT e le variabili personali e di natura tecnica sono riportate in *Tabella 2*. Correlazioni significative sono state identificate per Scetticismo, Difficoltà a trovare una postazione idonea, Senso di agio nella postazione di VT, Difficoltà con i programmi di video-comunicazione e Problemi di durata delle sedute. La difficoltà a trovare una postazione idonea è strettamente associata al senso di agio nella postazione. L'analisi di regressione logistica multipla indica un impatto significativo indipendente dei problemi legati alla postazione e all'uso dei software, mentre il grado di scetticismo iniziale manteneva solo una associazione al limite della significatività con la soddisfazione per la VT (*Tabella 3*).

Tabella 2. Associazione tra variabili personali, difficoltà tecniche e di postazione con la soddisfazione per la videoterapia (VT)

Variabili Personali	Stat.
Età	R = 0,11
Sesso	Z = 1,78
Livello educativo	H = 3,84
Tipo di terapia (riferito)	H = 5,0
Setting di terapia pre-Covid	H = 4,03
Durata della terapia in atto	R = 0,05
Soddisfazione globale per la terapia	R = 0,29*
Pregressa esperienza di VT	Z = -0,49
Conoscenza/aver sentito parlare della VT	R = -0,05
Scetticismo verso la VT	R = -0,32**
Familiarità con i sistemi di video-comunicazione	R = 0,06
Difficoltà a trovare una postazione idonea	Z = -3,09*
Difficoltà con i dispositivi di videochiamata	Z = -0,36
Difficoltà con i programmi di video-comunicazione	Z = -2,69*
Difficoltà di connessione internet	Z = -0,62
Agio nella postazione di VT	R = 0,58**
Posticipo delle sedute a causa di difficoltà tecniche	Z = -0,01
Problemi di regolarità delle sedute	Z = 1,55
Problemi di durata delle sedute	Z = -2,59**

Legenda: VT: videoterapia; R: Spearman Rho; Z: Mann-Whitney t-test; H: Kruskal-Wallis H test.  
\* p < 0,01, \*\* p < 0,001

Tabella 3. Associazione tra variabili personali, difficoltà tecniche e di postazione con la soddisfazione per la VT (regressione logistica multipla)

	B	CI for B		SE B	$\beta$	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$
		-95%	+95%				
Modello						0,36	0,33**
Difficoltà di postazione	0,63	0,26	0,99	0,19	0,30**		
Difficoltà con l'uso dei programmi di video-comunicazione	2,50	1,34	3,66	0,58	0,39**		
Scetticismo	0,50	0,84	0,12	0,18	0,23		
Problemi legati alla durata delle sedute	0,40	-0,15	0,95	0,28	0,13		

Legenda: VT: videoterapia; B: coefficiente di regressione non standardizzato; CI: intervallo di confidenza; SE: errore standard;  $\beta$ : coefficiente di regressione standardizzato; R<sup>2</sup>: coefficiente di determinazione;  $\Delta R^2$ : coefficiente di determinazione corretto.

\* p < 0,01, \*\* p < 0,001

*Differenze percepite rispetto alla terapia in presenza*

Le variabili legate alla percezione di differenze rispetto alla terapia in presenza sono riportate nel dettaglio in *Tabella 4*. Tutte, a eccezione del Senso di una minor comprensione da parte del terapeuta in VT, sono correlate alla soddisfazione per la VT (*Tabella 5*). Tali variabili sono inoltre correlate tra loro: il Senso di maggiore spontaneità è positivamente correlato con il Senso di maggiore intimità con il terapeuta ( $R = 0,64, p < 0,001$ ), maggiore controllo sull'andamento del colloquio ( $R = 0,52, p < 0,001$ ), aiuto ed efficacia ( $R = 0,27, p = 0,004$ ) e, negativamente, con Disagio a incontrare il terapeuta in un setting differente ( $R = -0.32, p < 0,001$ ). La Percezione di impatto sulla comunicazione correla positivamente con Senso di minore utilità delle sedute ( $R = 0,27 p = 0,005$ ). Considerando le variabili personali, di difficoltà tecniche e di postazione, sul Senso di maggiore spontaneità impatta negativamente il grado di Scetticismo iniziale ( $R = -0,29, p = 0,002$ ), mentre sul Senso di minore utilità delle sedute in VT impattano le Difficoltà a individuare una postazione idonea in VT ( $Z = -3,13, p = 0,001$ ) e le Difficoltà con i mezzi di video-comunicazione ( $Z = 1,14, p = 0,004$ ).

*Tabella 4. Variabili legate alla percezione di differenze rispetto alla terapia in presenza (n = 111)*

	Mai/ Raramente		Talvolta		Spesso/Quasi sempre	
	n.	%	n.	%	n.	%
Senso di maggiore connessione emotiva con il terapeuta	92	82,9	12	10,8	7	6,3
Senso di maggiore intimità con il terapeuta	19	17,1	37	33,3	55	49,5
Senso di maggiore spontaneità con il terapeuta	16	14,5	33	30,0	61	55,5
Senso di maggiore controllo sull'andamento del colloquio	15	13,6	28	25,5	15	13,6
Senso di aiuto ed efficacia	95	85,6	11	9,9	5	4,5
Percezione di un impatto sul modo di comunicare	18	16,2	27	24,3	66	59,5
Disagio a incontrare il terapeuta in un setting differente	1	0,9	13	11,7	97	87,4
Sensazione di essere meno compreso dal terapeuta	4	3,6	2	1,8	105	94,6
Senso di minore utilità delle sedute	2	1,8	4	3,6	104	95,5

Tabella 5. Correlazione tra le variabili legate alla percezione di differenze rispetto alla terapia in presenza e la soddisfazione per la videoterapia (VT)

	Rho di Spearman
Senso di maggiore connessione emotiva con il terapeuta	0,39**
Senso di maggiore intimità con il terapeuta	0,44**
Senso di maggiore spontaneità con il terapeuta	0,47**
Senso di maggiore controllo sull'andamento del colloquio	0,29*
Senso di aiuto ed efficacia	0,43**
Percezione di un impatto sulla comunicazione	-0,40**
Sensazione di essere meno compreso dal terapeuta	-0,14
Senso di minore utilità delle sedute	-0,34***

\*  $p < 0,01$ ; \*\*  $p < 0,001$

### Cambio di opinione verso la videoterapia (VT)

Alla domanda “Con il passaggio alla videoterapia, è cambiato il tuo atteggiamento verso questa modalità?” il 51,8% dei pazienti risponde “Sì la apprezzo maggiormente/ho riscontrato vantaggi”, il 35,5% risponde “No, non è cambiato”, mentre il 12,7% risponde “Ho riscontrato alcuni/numerosi o solo svantaggi”. Il cambiamento di opinione non si associa a nessuna variabile di natura personale, tecnica o di postazione, mentre correla positivamente con il Senso di aiuto ed efficacia ( $R = 0,53$ ,  $p < 0,001$ ), la Soddifazione globale per terapia ( $R = 0,25$ ,  $p = 0,008$ ) e, negativamente, con il Senso di minore utilità delle sedute ( $R = -0,36$ ,  $p < 0,001$ ) (dati non riportati, disponibili su richiesta).

## Discussione

La percezione che terapeuti e pazienti hanno riguardo alla VT è talvolta discordante (Cataldo *et al.*, 2021), ma è possibile che siano le caratteristiche contestuali del setting a predisporre alcuni individui ad accettare più facilmente la terapia online rispetto ad altri (Etzelmüller *et al.*, 2018). Non tutti i pazienti accettano facilmente questa modalità di trattamento e, infatti, già diversi autori avevano sottolineato la forte diffidenza dei pazienti nei confronti della VT (Apolinário-Hagen *et al.*, 2017; Cipolletta *et al.*, 2018;

Osma *et al.*, 2019). Dai risultati, tuttavia, è emerso che nonostante un iniziale atteggiamento scettico da parte del 34.2% del campione verso la VT, e la mancanza di esperienze pregresse per la quasi totalità dei pazienti (86,5%), il 51,4% di loro ha riferito un cambiamento nel proprio atteggiamento dopo avere sperimentato il nuovo setting per qualche mese. L'esperienza diretta continua a essere, come altri hanno notato (Jesser *et al.*, 2022), uno dei migliori modi per aumentare la confidenza con ciò che è nuovo e ridurre nel tempo le difficoltà nell'adattarsi alle novità e ai cambiamenti. Dai nostri risultati si può evincere quanto sia importante che i pazienti abbiano un buon livello di familiarità con la VT e le tecnologie a essa annesses per poter trarre il massimo beneficio dal trattamento. Tuttavia, non sempre queste condizioni sono ricreabili in terapia e, per ovviare a questo problema, è di fondamentale importanza che i professionisti della salute mentale siano in grado di accompagnare i pazienti all'interno del setting nuovo terapeutico. Difatti, già diversi autori avevano sottolineato precedentemente la necessità di flessibilità da parte dei clinici per il successo dell'implementazione della VT (Brooks *et al.*, 2012), evidenziando come molto spesso sia l'atteggiamento stesso del terapeuta e le capacità di comprendere le difficoltà del paziente a favorire l'utilizzo delle nuove tecnologie. Alla stessa maniera, dai nostri risultati è emerso come il livello di apprezzamento della VT sia significativamente predetto da fattori come: sentirsi a proprio agio nel luogo in cui avveniva la seduta e la difficoltà nell'uso dei programmi di video-chiamata. Il contesto ambientale e le competenze tecnologiche sono apparsi, dunque, essere elementi a cui prestare particolare attenzione durante la VT. In linea con quanto rilevato nel presente studio, Döring e colleghi (2022) hanno recentemente evidenziato tra i fattori chiave per il livello di fatica nell'uso della VT, i fattori tecnologici e ambientali. I problemi collegati alle difficoltà nell'uso degli apparecchi tecnologici possono costituire un ostacolo importante all'implementazione della VT; tra i più comuni sono stati segnalati problemi di connettività (Brooks *et al.*, 2012; Moreau *et al.*, 2018; Palyo *et al.*, 2012), problemi relativi all'allestimento delle apparecchiature necessarie per effettuare la videoconferenza (Adler *et al.*, 2014; Interian *et al.*, 2018) e la mancanza di supporto tecnico (Adler *et al.*, 2014; Interian *et al.*, 2018). Altri studi hanno evidenziato, invece, delle strategie *per* superare queste problemi, ad esempio grazie all'impiego di personale formato specificatamente all'utilizzo della VT (Brooks *et al.*, 2012; Shore *et al.*, 2012), capaci quindi di sfruttare le più opportune competenze comunicative e relazionali. Sugeriamo, ad esempio, di approfondire elementi caratterizzanti il colloquio in VT, al fine di individuare fin da subito possibili fattori di disturbo o disagio nella terapia. Così come in apertura e/o chiusura di una seduta di terapia in presenza si è soliti approfondire diversi

elementi del colloquio, potrebbe essere opportuno dedicare particolare attenzione ad aspetti specifici del setting in VT. A tal fine, potrebbe essere importante assicurarsi che vi siano condizioni adeguate fin dall'inizio del percorso di psicoterapia, dedicando tempo, se necessario, alla costruzione di un setting sufficientemente stabile e funzionale. In linea con gli studi precedenti (Smaniotto *et al.*, 2020; Simpson *et al.*, 2021), dai risultati è stato possibile evidenziare che una sotto-popolazione non irrilevante – circa il 50% dei partecipanti – ha dichiarato di avere trovato delle facilitazioni derivanti dal setting online, nel livello di vicinanza emotiva e spontaneità della relazione con il terapeuta. Approfondendo con i pazienti le informazioni relative alla esperienza VT al termine delle sedute è possibile apportare le dovute correzioni e gli accorgimenti necessari nei colloqui successivi, permettendo in tal modo di tenere conto degli elementi che ostacolano il clima emotivo del colloquio.

Questo studio suggerisce che devono essere identificate e affrontate numerose barriere al fine di migliorare i servizi di VT nelle organizzazioni della salute mentale. Studi recenti hanno anche riferito una sostanziale mancanza di formazione in materia (Montoya *et al.*, 2022) suggerendo l'importanza di incrementare i programmi formativi dedicati proprio all'uso della terapia online. La mancanza di formazione può impattare sull'efficacia del trattamento (Muir *et al.*, 2020) e per questa ragione è necessaria una formazione, soprattutto per i terapeuti con meno esperienza di terapia online, al fine di promuovere una maggiore competenza in merito e sostenere un uso efficace della terapia online in futuro.

## **Punti di forza e limiti**

Il presente studio offre un focus preciso su aspetti legati alla percezione soggettiva dei pazienti rispetto alla VT. Tuttavia, la numerosità del campione e il contesto specifico nel quale lo studio è stato condotto non permettono di generalizzare i dati ottenuti. Inoltre, anche le caratteristiche demografiche dei pazienti che hanno risposto al questionario identificano una sotto-popolazione che probabilmente è portatrice di caratteristiche proprie. Sarebbe, inoltre, opportuno affiancare ai dati raccolti elementi clinici e di funzionamento globale dei pazienti, così come operare una differenziazione fra approcci terapeutici distinti.

Gli studi successivi potrebbero, inoltre, prendere in considerazione gruppi differenti di pazienti e comparare soggetti che utilizzano la modalità VT con soggetti che sono in trattamento mediante terapia tradizionale per ottenere risultati empiricamente più consistenti.

## Conclusioni

La VT sta trovando la sua nicchia evolutiva all'interno della pratica dei professionisti della salute mentale. Un processo di integrazione, corroborato da dati scientifici solidi che consentano di comprendere sempre di più quando e come essa è uno strumento utilizzabile se non preferibile, è necessario perché ci si possa servire al meglio dei suoi vantaggi.

Come altri aspetti del setting, un'attenzione da parte dello psicoterapeuta al vissuto soggettivo che i pazienti sperimentano nella ricerca di un luogo adatto in cui svolgere le sedute e nell'utilizzo dei dispositivi tecnologici hardware e software, può rivelarsi importante.

## Riferimenti bibliografici

- Adler G., Pritchett L.R., Kauth M.R. & Nadorff D. (2014). A pilot project to improve access to telepsychotherapy at rural clinics. *Telemedicine and e-Health*, 20(1): 83-85. DOI: 10.1089/tmj.2013.0085.
- Abdelkarim A. & Abdelfattah I. (2022). Patients' Satisfaction with the quality of online versus in-person DBT skills group therapy: A pilot study. *European Psychiatry*, 65(S1): S708-S708. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2022.1824.
- Apolinário-Hagen J., Vehreschild V. & Alkoudmani R.M. (2017). Current views and perspectives on E-mental health: an exploratory survey study for understanding public attitudes toward internet-based psychotherapy in Germany. *JMIR Mental Health*, 4(1): e8. DOI: 10.2196/mental.6375.
- Backhaus A., Agha Z., Maglione M.L., Repp A., Ross B., Zuest D., Rice-Thorp N.M., Lohr J. & Thorp S.R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*, 9(2): 111-131. DOI: 10.1037/a0027924.
- Berryhill M.B., Culmer N., Williams N., Halli-Tierney A., Betancourt A., Roberts H. & King M. (2019). Videoconferencing Psychotherapy and Depression: A Systematic Review. *Telemedicine and e-Health*, 25(6): 435-446. DOI: 10.1089/tmj.2018.0058.
- Bisseling E., Cillessen L., Spinhoven P., Schellekens M., Compen F., Van der Lee M. & Speckens A. (2019). Development of the therapeutic alliance and its association with internet-based mindfulness-based cognitive therapy for distressed cancer patients: Secondary analysis of a multicenter randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(10): e14065. DOI: 10.2196/14065.
- Brooks E., Manson S.M., Bair B., Dailey N. & Shore J.H. (2012). The diffusion of telehealth in rural American Indian communities: a retrospective survey of key stakeholders. *Telemedicine and e-Health*, 18(1): 60-66. DOI: 10.1089/tmj.2011.0076.
- Cataldo F., Chang S., Mendoza A. & Buchanan G. (2021). A Perspective on Client-Psychotherapist Relationships in Videoconferencing Psychotherapy: Literature Review. *JMIR Mental Health*, 8(2): e19004. DOI: 10.2196/19004.
- Chen P.V., Helm A., Caloudas S.G., Ecker A., Day G., Hogan J. & Lindsay J. (2022). Evidence

- of phone vs video-conferencing for mental health treatments: A review of the literature. *Current Psychiatry Reports*, 24(10): 529-539. DOI: 10.1007/s11920-022-01359-8.
- Cipolletta S. & Mocellin D. (2017). Online counseling: An exploratory survey of Italian psychologists' attitudes towards new ways of interaction. *Psychotherapy Research*, 28: 1-16. DOI: 10.1080/10503307.2016.1259533.
- Deen T.L., Fortney J.C. & Schroeder G. (2013). Patient acceptance of and initiation and engagement in telepsychotherapy in primary care. *Psychiatric services*, 64(4): 380-384. DOI: 10.1176/appi.ps.201200198.
- Döring N., Moor K.D., Fiedler M., Schoenberg K. & Raake A. (2022). Videoconference Fatigue: A Conceptual Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19: 2061. DOI: 10.3390/ijerph19042061.
- Etzelmüller A., Radkovsky A., Hannig W., Berking M. & Ebert D.D. (2018). Patient's experience with blended video-and internet based cognitive behavioural therapy service in routine care. *Internet interventions*, 12: 165-175. DOI: 10.1016/j.invent.2018.01.003.
- Field M. (1996). *Telemental health – A guide to assessing telecommunications to health care*. Washington, DC: National Academy Press.
- Grassi E. & Marsigli N. (2020). Le nuove tecnologie e la psicoterapia: approfondimento del trattamento del disturbo d'ansia sociale. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 47: 101-119. DOI: 10.3280/qpc47-2020oa11208.
- Interian A., King A.R., St. Hill L.M., Robinson C.H. & Damschroder L.J. (2018). Evaluating the implementation of home-based videoconferencing for providing mental health services. *Psychiatric Services*, 69(1): 69-75. DOI: 10.1176/appi.ps.201700004.
- Jenkins-Guarnieri M.A., Pruitt L.D., Luxton D.D. & Johnson K. (2015). Patient perceptions of telemental health: Systematic review of direct comparisons to in-person psychotherapeutic treatments. *Telemedicine and e-Health*, 21(8): 652-660. DOI: 10.1089/tmj.2014.0165.
- Jesser A., Muckenhuber J & Lunglmayr B. (2022). Psychodynamic Therapist's Subjective Experiences With Remote Psychotherapy During the COVID-19-Pandemic. A Qualitative Study With Therapists Practicing Guided Affective Imagery, Hypnosis and Autogenous Relaxation. *Frontiers in Psychology*, 12: 777102. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.777102.
- Knaevelsrud C. & Maercker A. (2006). Does the Quality of the Working Alliance Predict Treatment Outcome in Online Psychotherapy for Traumatized Patients? *Journal of Medical Internet Research* 8(4): e31. DOI: 10.2196/jmir.8.4.e31.
- Montoya M.I., Kogan C.S., Rebello T.J., Sadowska K., Garcia-Pacheco J.A., Khoury B., Kulygina M., Matsumoto C., Robles R., Huang J., Andrews H.F., Ayuso-Mateos J.L., Denny K., Gaebel W., Gureje O., Kanba S., Maré K., Medina-Mora M.E., Pike K.M., Roberts M.C., ... & Reed G.M. (2022). An international survey examining the impact of the COVID-19 pandemic on telehealth use among mental health professionals. *Journal of psychiatric research*, 148: 188-196. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.01.050.
- Moreau J.L., Cordasco K.M., Young A.S., Oishi S.M., Rose D.E., Canelo I., ... & Hamilton A.B. (2018). The use of telemental health to meet the mental health needs of women using Department of Veterans Affairs Services. *Women's Health Issues*, 28(2): 181-187. DOI: 10.1016/j.whi.2017.12.005.
- Moroz N., Moroz I. & D'Angelo M.S. (2020, November). Mental health services in Canada: Barriers and cost-effective solutions to increase access. *Healthcare management forum*, 33(6): 282-287. DOI: 10.1177/0840470420933911.
- Muir S.D., de Boer K., Nedeljkovic M. & Meyer D. (2020). Barriers and facilitators of video-conferencing psychotherapy implementation in veteran mental health care environments:

- a systematic review. *BMC Health Services Research*, 20(1): 1-11. DOI: 10.1186/s12913-020-05858-3.
- 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 Psychotherapy*, 25: 797-808. DOI: 10.1002/cpp.2315.
- Olivetti E., Bongiovanni C., Staccini L., Cavadini D., Mandelli L. & Porcelli S. (2021). Passaggio alla psicoterapia online durante la pandemia da Coronavirus (Covid-19): precedente esperienza, familiarità con la tecnologia e conoscenze teoriche sulla psicoterapia online da parte del terapeuta. Il caso del Centro Medico Santagostino. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 49: 21-34. DOI: 10.3280/qpc49-2021oa13211.
- Osma J., Suso-Ribera C., Peris-Baquero Ó., Gil-Lacruz M., Pérez-Ayerra L., Ferreres-Galan V., Torres-Alfosea M.Á., López-Escriche M. & Domínguez O. (2019). What format of treatment do patients with emotional disorders prefer and why? Implications for public mental health settings and policies. *PLoS One*, 14(6): e0218117. DOI: 10.1371/journal.pone.0218117.
- Palyo S.A., Schopmeyer K.A. & McQuaid J.R. (2012). Tele-pain management: Use of videoconferencing technology in the delivery of an integrated cognitive-behavioral and physical therapy group intervention. *Psychological Services*, 9(2): 200. DOI: 10.1037/a0025987.
- Păsărelu C.R., Andersson G., Bergman Nordgren L. & Dobrea A. (2017). Internet-delivered transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(1): 1-28. DOI: 10.1080/16506073.2016.1231219.
- Schopp L., Demiris G. & Glueckauf R. (2006). Rural backwaters or frontrunners? Rural telehealth in the vanguard of psychology practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37: 165-173. doi:10.1037/0735-7028.37.2.165.
- Shore J., Kaufmann L.J., Brooks E., Bair B., Dailey N., Richardson Jr. W.B., ... & Manson S. (2012). Review of American Indian veteran telemental health. *Telemedicine and e-Health*, 18(2): 87-94. DOI: 10.1089/tmj.2011.0057.
- Simpson S.G. & Reid C.L. (2014). Alliance in videoconferencing psychotherapy. *Australian Journal of Rural Health*, 22: 280-299. DOI: 10.1111/ajr.12149.
- Simpson S., Richardson L., Pietrabissa G., Castelnuovo G. & Reid C. (2021). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(2): 409-421. DOI: 10.1002/cpp.2521.
- Smaniotta C., Ceschin R., Zappalà A., Nai S. & Gualtieri E. (2020). La nuova sfida della video psicoterapia su Internet. La nuova sfida della video psicoterapia su Internet. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 47: 121-136.
- Trenoska Basile V., Newton-John T. & Wootton B.M. (2022). Remote cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 78(12): 2381-2395. DOI: 10.1002/jclp.23360.
- van Kessel K., de Pont S., Gasteiger C. & Goedeke S. (2022). Clients' experiences of online therapy in the early stages of a COVID-19 world: A scoping review. *Counselling and Psychotherapy Research*. DOI: 10.1002/capr.12610.