

REVIEW

Psicoterapia blended: intervento integrato sul trauma

Antonio Iannazzo¹, Stefano Zorgno¹, Luana Zaira Ruggiero¹, Caterina Santonicola², Olimpia Armenante¹, Vincenzo Motta², Anna Degano¹, Veronica Rosa¹

¹ A.S.P.I.C. - Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità

² SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata, Napoli (Italia)



Citation

Iannazzo A., Zorgno S., Ruggiero L. Z., Santonicola C., Armenante O., Motta V., Degano A., Rosa V. (2023).
Psicoterapia blended: intervento integrato sul trauma
Phenomena Journal, 5, 124-142.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.203>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Antonio Iannazzo
antonio.iannazzo1@gmail.com

Ricevuto: 20 ottobre 2023

Accettato: 1 dicembre 2023

Pubblicato: 7 dicembre 2023

ABSTRACT

This article constitutes the first part of an in-depth work on blended therapeutic intervention on trauma, starting from the various meanings of the terms blended, online, presence, describing their genesis and evolution. The objective is to delve into the possibilities that presence/distance integration can offer to the treatment of trauma.

This first article will focus mainly on the meanings of the term blended, which leads to the possibility of building an intervention through the use of various tools, such as video chats, e-mails, text chats, the telephone, presence, the metaverse.

Furthermore, some international experiences and some tools/platforms/software for remote working, will be reported. An in depth analysis of the term trauma and how to use it for trauma intervention will be explored in depth in the second article (in progress).

KEYWORDS

Online Psychotherapy; Remote Psychotherapy; Blended Therapy; Online Resources; Blended Setting.

ABSTRACT IN ITALIANO

L'articolo di seguito presentato, fa parte di un lavoro, più ampio, di approfondimento sul tema della psicoterapia in forma blended focalizzata sul trauma. In questo primo articolo vengono esplorati i significati dei termini blended, online, presenza, descrivendone la genesi e l'evoluzione. L'obiettivo di entrambi i lavori è approfondire le possibilità che l'integrazione presenza/distanza può offrire al trattamento del trauma. Questo primo articolo si focalizza sul termine blended, i cui significati rimandano ad un intervento in psicoterapia che si avvale di vari strumenti: le videochat, le e-mail, le chat testuali, il telefono, la presenza, il metaverso. Ampio spazio viene dato alle esperienze internazionali ed alcuni strumenti, piattaforme, software per lavorare a distanza. Ulteriori approfondimenti sul tema e termine trauma, su come sviluppare un intervento efficace, saranno presentati in un secondo articolo (in lavorazione).

PAROLE CHIAVE

Psicoterapia Online; Psicoterapia a distanza; Psicoterapia Blended; Possibilità dell'online; Setting Blended.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

1. Introduzione

Il lavoro degli psicologi e degli psicoterapeuti nel tempo ha subito rilevanti cambiamenti, si è fatta sempre più pressante la necessità di passare da interventi terapeutici in presenza a *setting* che possano contemplare anche la distanza, in forma sincrona e asincrona, nel contatto con i pazienti. L'avvento della Pandemia da Sars-Covid-19, ha "obbligato" la popolazione mondiale ad adattarsi alle nuove tecnologie, generando una nuova riflessione sulle molteplici opportunità della "presenza distante" in psicoterapia. L'ambito della salute mentale, in misura maggiore rispetto ad altri settori si è trovato a fronteggiare un trauma collettivo, la Pandemia da Covid-19, finora poco studiata. Il disagio e la sofferenza esistenziale delle persone è cresciuto/a in maniera esponenziale, con nuove manifestazioni patologiche e diverse tipologie di richiesta d'aiuto. Le guerre, che esistono da sempre, seppur considerate eventi fortemente traumatici, non rappresentano un adeguato precedente utile alla comprensione di questo fenomeno di natura mondiale e globale.

Nel trauma, la sofferenza e la patologia si generano dall'impatto che l'evento stressante, improvviso o ripetuto, ha sull'organismo e dalla sua reazione, che può diventare persistente nel tempo determinando modificazioni strutturali. Sostanzialmente vi sono due forme di patologie legate al trauma: una acuta, che più spesso si esprime nel DPTS; l'altra è una patologia cronica di adattamento, consistente nella reazione all'evento attraverso lo sviluppo di organizzazioni difensive reattive, che limitano le possibilità esistenziali esperienziali del soggetto. Entrambe le tipologie patologiche possono essere trattate in psicoterapia.

Gli interventi incentrati sul trauma si avvalgono di terapie specifiche, rivolte a pazienti con disturbi di DPTS e sviluppo traumatico. Tuttavia si riscontra spesso una resistenza da parte dei terapeuti ad implementare metodi *trauma-oriented*, quasi sempre per mancanza di formazione e per atteggiamenti pregiudizievole nei confronti della forma blended (presenza alternata all'on line o via web).

In seguito alla recente pandemia, il termine psicoterapia 'a distanza' è in parte superato. La psicoterapia ha già in sé degli elementi che la rendono 'mista', blended e integrata: con lo stesso paziente si fanno interventi in presenza; in video quando hanno difficoltà a venire in studio; si risponde ai messaggi su whatsapp (anche a quelli che vanno oltre le richieste logistiche); a volte i pazienti inviano mail per far sapere qualcosa che gli sta accadendo; viene loro suggerito dal terapeuta del materiale (articoli, siti, portali, link) online da consultare rispetto alle difficoltà che li ha portato in psicoterapia.

I vantaggi dell'intervento blended in psicoterapia sono numerosi, è necessario tuttavia creare degli accordi tra paziente e terapeuta, per poter utilizzare al meglio le potenzialità del metodo. All'inizio del percorso bisogna definire nei dettagli il campo in cui tutto sarà implementato, i confini e l'area di 'gioco'.

2. La presenza distante in psicoterapia

In un'epoca in cui è usuale trasferirsi all'estero e viaggiare molto per lavoro, in cui le tecnologie sono sempre più avanzate, l'intervento a distanza può rappresentare una preziosa risorsa e molti studi da diversi anni ne sostengono l'efficacia [1]. Vari lavori internazionali rivelano infatti come le terapie mediate da Internet permettano di creare una buona alleanza terapeutica, evidenzino una correlazione tra quest'ultima e i risultati del trattamento online e sostengano l'efficacia degli interventi psicologici tramite web per una varietà di problemi e disturbi, con dei valori medi di efficacia riscontrati simili a quelli della terapia vis-à-vis [2;3;4;5].

La psicoterapia online è diventata negli ultimi tempi un'esperienza sempre più diffusa e condivisa, tanto che possiamo ad oggi considerarla una strada inseribile a pieno titolo nei modi riconosciuti di fare psicoterapia, offrendo un'alternativa efficace alla pratica 'standard' [2].

All'inizio era la 'terapia a distanza'. Quando si usano questi termini ci si riferisce a modalità e *setting* accomunati dal fatto che le persone coinvolte, lo psicologo o psicoterapeuta e il/i paziente/i, sono fisicamente distanti e la comunicazione è mediata da un dispositivo informatico. La comunicazione può avvenire in tempi differenti (asincrona), tramite lo scambio di messaggi (chat testuale) o e-mail, oppure simultaneamente (sincrona), come quando si ricorre alla video call o alla telefonata [4].

Secondo le ricerche effettuate dall'Osservatorio della Psicologia, nell'articolo 'Il Barometro della Psicologia On Line', si giunge a concludere che: "La psicologia online è una nuova forma di terapia comoda e flessibile, che avvicina il paziente al terapeuta e si può realizzare in qualsiasi momento" (www.GuidaPsicologi.it).

Nella tabella che segue sono elencate le forme principali di erogazione delle consulenze.

Tabella 1 - Modalità di consulenza

<p>Videoconsulenza - Videochat Telefono Voice Chat - VOIP (<i>Voice Over Internet Protocol</i>) Chat testuale E-mail Videomail RegISTRAZIONI vocali (audiomessaggi) Web based therapy Fax Sms</p>

(Da, Iannazzo, Leoni, Ciuffo, 2022)

Fornari e Terranova [1] ritengono che la terapia online trovi sempre più senso e utilità nel mondo attuale e nel contesto storico che stiamo vivendo, costellato di trasferimenti frequenti, di espatri, di persone che continuamente si spostano per lavoro o studio. Sembra aver trovato ancor più riscontro alla luce della recente pandemia, risultando uno dei pochi mezzi per portare avanti percorsi già avviati o intraprenderne

di nuovi, nei periodi in cui molti Paesi hanno adottato il *lock-down* per contenere la diffusione del contagio da Sars-CoV-2. Risulta, a questo punto, molto utile anche nei periodi in cui non sono previste particolari restrizioni agli spostamenti.

La Psicoterapia Blended combina elementi della terapia a distanza e della terapia f2f (*face to face*) per offrire un approccio terapeutico più completo, efficace, flessibile e personalizzabile. Il termine “blended” si riferisce all’integrazione di diverse modalità terapeutiche in un unico approccio [6]. Per “blended therapy”, “blended care” o “blended counseling”, si intende l’integrazione di un approccio presenza-distanza, per delineare un percorso personalizzato per il cliente/paziente.

Un elemento comune è il cambiamento di criterio nella definizione del *setting* terapeutico, inteso come flessibile integrazione tra modalità in presenza e remota nell’intervento terapeutico. In un’altra accezione, la Blended Therapy è intesa come sinergia e compartecipazione di più soggetti a un percorso terapeutico ‘standardizzato’ e la parola “blended” è da tradursi come “misto”, “integrato” oltre che focalizzata all’integrazione online/in presenza. È il caso dell’esperienza di un gruppo di lavoro australiano (<https://www.blendedtherapy.com.au/about> o <https://www.facebook.com/blendedtherapy>) che si focalizza sull’uso di questo approccio con bambini (0-6 anni) da parte di un’equipe terapeutica. La Blended Therapy, in questo lavoro è intesa come approccio complesso rivolto ai piccoli pazienti nel loro ambiente di vita (domestico) e che combina più approcci terapeutici basati sull’evidenza. È quindi l’equipe che si reca dal paziente (il bambino). Questo approccio si fonda principalmente su due aspetti: la presenza del “keyworker” (operatore chiave) e la transdisciplinarietà. Vengono utilizzate sia sedute di terapia a distanza tramite piattaforme di videoconferenza, telefoni, chat, sia sedute in presenza nello studio del terapeuta. Questa combinazione consente di sfruttare i benefici offerti dalle varie modalità.

La terapia a distanza offre comodità e accessibilità, i clienti possono partecipare alle sedute da qualsiasi luogo geografico, senza doversi spostare, rivelandosi particolarmente vantaggiosa per coloro che vivono in aree remote o hanno difficoltà, di varia natura, a viaggiare e/o spostarsi. Inoltre, le sedute a distanza possono essere adattate agli impegni vari dei clienti, facilitando la conciliazione tra la terapia e le altre incombenze quotidiane. Nella Blended Therapy, le sedute a distanza vengono alternate a quelle in presenza nello studio del terapeuta, in modo da soddisfare l’esigenza di un’interazione f2f e di una connessione più personale poiché alcuni potrebbero sentirsi più a loro agio nel condividere le proprie emozioni ed esperienze in un ambiente fisico sicuro e confidenziale. Inoltre, la presenza fisica del terapeuta può offrire un maggior senso di sostegno e connessione emotiva.

L’approccio blended, include sia la comunicazione sincrona che quella asincrona tra le sedute, come scambi di messaggi, videocall, telefonate e compiti assegnati attraverso piattaforme online. Ciò consente una continuità nel processo terapeutico e la possibilità di lavorare su temi specifici al di fuori delle sedute f2f. La Psicoterapia Blended richiede che il cliente e il terapeuta abbiano accesso agli strumenti tecnologici necessari: *device* abbastanza recenti, un buon campo di ricezione telefonica, una connessione Internet affidabile. Inoltre, è importante stabilire accordi chiari e man-

tenere la riservatezza e la *privacy* di tutte le comunicazioni intercorse come anche assicurarsi che si disponga di una connessione Internet stabile e di un ambiente privato e sicuro per le sedute. Inoltre, è importante scegliere un terapeuta qualificato e affidabile anche per l'online, che rispetti le norme etiche e legali della professione. L'integrazione distanza-presenza del trattamento terapeutico ha dei grandi vantaggi come l'economicità in termini di costi e di tempo per il paziente e una maggiore flessibilità rispetto ad una terapia di routine. Negli interventi blended, quando si utilizza del materiale strutturato online, su cui il paziente deve lavorare, è importante sostenerne la motivazione, in quanto egli deve percepire di essere riuscito in autonomia a intraprendere e continuare il percorso, attivandosi sulle proposte online da elaborare. La Blended Therapy risulta efficace nei disturbi d'ansia, depressione, disturbo di accumulo, abuso di sostanze, fobia sociale, disturbo di panico, disturbi alimentari, trauma. Si dispone di evidenze scientifiche, attraverso la valutazione dell'efficacia, per molti disturbi [7;8;9;10]. Una revisione sistematica [11] della Terapia Blended focalizzata su depressione, ansia e abuso di sostanze, ha evidenziato la necessità di ulteriori ricerche per comprovarne i vantaggi specifici rispetto alla forma in presenza o esclusivamente online, e per trovare forme ottimali di integrazione tra queste modalità. Lo stesso invito è presente in un recente studio sulla forma blended nel trattamento della depressione [12].

Alcune ricerche dimostrano che la psicoterapia *blended* focalizzata sul trauma risulta più efficace di quella esclusivamente *online*. L'integrazione di presenza/distanza è concordata in modo flessibile tra paziente e terapeuta, con la prevalenza dell'una o dell'altra modalità, o in sequenza (*stepped care*). Un candidato ideale per questo tipo di approccio può essere la persona che non vuole uscire di casa, ha imbarazzo a recarsi nello studio del terapeuta, ha un carico orario di lavoro quotidiano alto, ha un impedimento fisico o di altra natura. Massoudi e collaboratori [13] sottolineano l'utilità di questo approccio per migliorare le proprie strategie di *coping* e per un cambiamento positivo in termini di affettività e benessere generale. Wentzel [14] evidenzia come non esista una formula fissa di integrazione di un approccio in presenza e online, ma questa dev'essere negoziata tra paziente e terapeuta, in cui si combinano comunicazione, attività guidate ed esercizi che il paziente può svolgere autonomamente.

Terapeuta e paziente possono, ad esempio, concordare un percorso di terapia di accettazione e impegno (ACT) o un programma di riduzione dello stress basato sulla consapevolezza (MBSR) con l'obiettivo di ridurre l'impatto delle emozioni negative; quindi usare la comunicazione digitale per interagire e verificare in tempo reale quanto il paziente abbia risposto ad attività come riflessioni, meditazioni guidate o valutazioni da completare tra le sedute. Il terapeuta dispone, sulla piattaforma, di strumenti (ad esempio, il "Fit for blended care instrument") che gli consentono di creare una lista di controllo per valutare l'adeguatezza di un intervento, o progettare un intervento ottimale.

Si fa uso di diversi portali online con esercizi personalizzabili e il paziente e il terapeuta possono co-costruire un programma di trattamento, in libertà e flessibilità.

Di seguito alcuni strumenti che si utilizzano nella Blended Therapy, tra piattaforme, soluzioni software, app:

Tab. 2 – Alcune piattaforme/software per la gestione della relazione di aiuto

Nome	Descrizione	Lingua
TherapistAid	Libreria di risorse online	Inglese
Psychology Tools	Libreria di risorse online	Inglese
TheraNest	Negozi online con strumenti e risorse	Inglese
Quenza	Piattaforma di terapia e coaching online	Inglese e Italiano
Doxy.me	Piattaforma di telemedicina	Inglese
Thera-link	Piattaforma di telemedicina	Inglese
Simple practice	Software di pratica di management	Inglese
VSee	Piattaforma di telemedicina	Inglese
Acuity	Strumento di pianificazione	Inglese e Italiano
InPlace	Piattaforma di psicoterapia pediatrica	Italiano
BeautyCheck	Piattaforma per psicoterapeuti e medici	Italiano

Questo approccio mantiene e potenzia gli stessi vantaggi della terapia in presenza [15]. Si riassumono alcuni vantaggi della blended therapy [8] per il paziente:

- economicità
- accessibilità a molti contenuti
- assunzione di un ruolo più attivo nel processo
- possibilità di agganciare pazienti con ansia sociale o agorafobia.

... e anche per il terapeuta:

- avere un maggior impegno da parte del paziente
- disporre di più strumenti di lavoro
- possibilità di dare supporto costante al paziente [16;17]
- possibilità di fare *assessment* continui che servono anche da fattore motivazionale all'inizio del trattamento e mantengono agganciato il paziente nel tempo
- l'autoapprendimento online diventa punto focale per la discussione in presenza
- possibilità di personalizzare ad hoc la combinazione online-in presenza

Non sempre, tuttavia, questo approccio è indicato [14], perché:

- a volte si usano materiali digitali inappropriati per il paziente, o poco compatibili con l'approccio f2f
- ha poco senso in situazioni di emergenza dove il paziente necessita di incontrare un terapeuta
- i pazienti a volte rispondono con discontinuità alle proposte online
- alcune persone non concordano sulla proposta di un intervento misto.

3. La costruzione del *setting* online

Il *setting* di un incontro di psicoterapia in videochiamata presenta delle particolarità, che lo differenziano dal più tradizionale *setting* in presenza nello studio del professionista.

In primo luogo, quando il percorso di terapia avviene online fin dall'inizio, l'atto di presentazione tra le due persone non si svolgerà nella modalità canonica, di corpi che si avvicinano, mani che si stringono, sguardi reciproci su come ci si presenta (dalla struttura corporea al modo di vestire) e di come usa il corpo nel primo incontro (elemento che rappresenta un pezzo della comunicazione non verbale). La conoscenza tra i due attori non avviene all'ingresso o in sala d'aspetto, dove il terapeuta accoglie il cliente e lo invita a seguirlo nel suo studio, bensì avviene direttamente nella "stanza" della terapia, nella quale i due "entrano" al momento della risposta alla videochiamata. Per favorire e gestire questo momento di prima accoglienza, è preferibile che sia il terapeuta ad 'aprire' la stanza virtuale, così come quando fisicamente apre la porta e fa accomodare il paziente.

Secondo Fornari e Terranova [1] ci sono degli aspetti importanti del *setting* online che vanno specificati, da parte del terapeuta, già al momento della definizione del primo appuntamento, oppure alle prime battute dell'incontro iniziale. Durante le comunicazioni preliminari è importante accordarsi sulla piattaforma di videochiamata da utilizzare; può rivelarsi utile, con alcune persone, specificare meglio il problema della riservatezza, esplicitando che anche il paziente dovrà trovarsi solo nella stanza da cui si collegherà. Alcuni pazienti potrebbero scegliere quale piattaforma di videochiamata usare, o non ritengono un problema effettuare le sedute anche se un convivente dovesse entrare nella stanza. Questo ci fornisce importanti elementi per iniziare a formulare alcune ipotesi cliniche sul funzionamento del cliente, da mettere poi a verifica nella relazione. Alcuni aspetti importanti del *setting* vanno tutelati fin dall'inizio e il terapeuta si deve far carico di ciò, in particolare:

1) la scelta di una piattaforma che garantisca qualità audio/video e sicurezza in termini di privacy. Anche se alcuni pazienti gradirebbero usare app che maneggiano più facilmente o che ritengono più "agevoli", è preferibile una videochiamata attraverso il PC, piuttosto che lo smartphone.

2) l'essenzialità della riservatezza.

4. La costruzione del *setting* integrato attraverso messaggi (scritti e vocali) ed email in psicoterapia: uso terapeutico

La continuità terapeutica tra una seduta e l'altra viene perseguita attraverso l'uso di strumenti come il diario clinico, sia nella versione cartacea che in quella digitale e/o grazie allo scambio di e-mail, messaggi (scritti o vocali) con il terapeuta, e visualizzazione di materiale in rete. Lo scambio dei messaggi consente di potenziare gli interventi psicoterapeutici svolti in seduta e di consolidare l'alleanza relazionale. La risposta ai messaggi da parte del terapeuta rappresenta per il paziente una forma di accoglienza e di interesse. Una "non risposta" ai messaggi può essere percepita dal

paziente come espressione di distanza che avrà necessità di essere affrontata durante la seduta successiva. I messaggi che vengono inviati hanno il più delle volte un contenuto emotivo.

Questi aspetti, andrebbero il più possibile contrattualizzati con il paziente all'inizio e non lasciati al caso (ad esempio, quanti messaggi, scritti o vocali, o quante mail può inviare la persona a settimana, quanto lunghe; in che modo risponderà il terapeuta; se questo avrà un costo o meno).

Negli anni, la comunicazione tramite messaggi si è strutturata dando vita ad un codice dei messaggi, caratterizzato da sinteticità, abbreviazioni, sigle, punteggiatura assente o comunque ridotta all'essenziale, ed infine gli *emoticon* che permettono di dare una connotazione di significato affettivo al contenuto del messaggio stesso. L'introduzione di servizi multiplatforma di messaggistica istantanea come whatsapp o simili ha determinato ulteriori evoluzioni nello scambio dei messaggi che da scritti con o senza emoticon/immagini, si sono evoluti in messaggi vocali. L'invio di emoticon o di immagini prese dal web, o fotografie di momenti della vita personale dei pazienti, inviati via messaggi sono indicatori di un coinvolgimento emotivo importante. Nei messaggi "vocali" la connotazione emotiva è resa ancora più evidente sia per il terapeuta che per il paziente, grazie al tono della voce, al ritmo e al volume, grazie alle pause e non ultimo alla lunghezza del messaggio vocale stesso.

I messaggi e le e-mail non sostituiscono le sedute di psicoterapia, ma le arricchiscono e spesso ne velocizzano l'iter processuale dinamico-relazionale e affettivo-relazionale [18]. Spesso seguono il modello delle sedute psicoterapeutiche: al messaggio del paziente segue la risposta del terapeuta, che accogliendo il contenuto di quanto espresso dal cliente, fornisce elementi di elaborazione ulteriore, che consentono allo stesso, di proseguire nell'elaborazione del momento di impasse che lo ha portato a contattare il terapeuta. Nei messaggi vengono presi in considerazione anche gli elementi della relazione terapeutica in essi contenuti, utili a far emergere il transfert nei confronti del terapeuta stesso. È importante che terapeuta e cliente condividano che questi strumenti, i messaggi e le e-mail, fanno parte del processo terapeutico e non sono semplicemente uno scambio comunicativo o di sostegno fine a sé stesso.

È utile inserire nella definizione del contratto terapeutico sia le informazioni relative alla cadenza degli appuntamenti, ai pagamenti e orari, e anche le modalità in cui queste informazioni vengono comunicate da parte del paziente e alle modalità di risposta del terapeuta, sia rispetto alla loro lunghezza. In una ricerca sugli scambi dei messaggi in psicoterapia [19] sono emersi dati relativi a: *numero dei messaggi e sesso degli inviati* (il maggior numero dei messaggi è stato inviato da clienti donne); *contenuto dei messaggi* (il maggior numero di messaggi era collegato ad interventi terapeutici svolti in seduta e alla loro elaborazione); *diagnosi* (disturbi nevrotici); *urgenze* (sms urgenti); *orari* (sms inviati dopo le 20 e prima delle 9); *giorni festivi e prefestivi*.

Manfrida [20] sottolinea le informazioni utili rispetto "alla lettura diagnostica degli sms: che cosa deve guardare il terapeuta nel messaggio" (pag.63), a sostegno della definizione di Watzlawick [21] che "tutto è comunicazione", nei messaggi le informazioni importanti per il terapeuta sono infatti desumibili dalla presenza/assenza

degli emoticon, della punteggiatura e dal suo utilizzo, come dalla presenza di errori ortografici, dalla ripetizione di parole, dalla lunghezza del messaggio (eccessivamente lungo o eccessivamente breve).

In queste forme di comunicazione non viene compromessa la premessa fondamentale della relazione di aiuto, ovvero il bisogno di essere ascoltato e compreso e la disponibilità ad accogliere e rispondere. Anche lo scambio attraverso sms configura una relazione significativa che consente di chiedere e offrire aiuto, sia pure in forme, con modalità e limiti diversi rispetto al classico incontro di persona.” [20, pag.36].

5. Trattamenti blended del trauma: alcuni esempi ‘allargati’

La psicoterapia a distanza risulta essere efficace nel il trattamento del trauma nelle sue varie dimensioni, depressione, ansia, disregolazione emotiva, difficoltà interpersonali, di concentrazione, di adattamento, per via dell’opprimente coacervo di emozioni, sensazioni, pensieri, ricordi associati ad esso.

L’efficacia della terapia integrata col PTSD, ha avuto riscontro anche in ricerche recenti [22;23;24;25;26] che ne evidenziano l’economicità, la promozione del senso di autonomia e la riduzione di barriere psicologiche.

Un contributo importante viene dallo studio delle ricercatrici coreane Kim e Lee [22] con studentesse universitarie affette da PTSD e sottoposte a un trattamento *online* che integra un approccio olistico e cognitivo comportamentale. Lo stesso nello studio a cura di Knaevelsrud e colleghi [23], un intervento via internet con pazienti arabi portatori di sintomi di PTSD per traumi da esposizione ai conflitti in Medio Oriente. Lo studio di Kim e Lee [22], mette in luce come le donne sentano più degli uomini il vissuto della vergogna e lo stigma per i traumi subiti, soprattutto se di natura interpersonale e sessuale. La forma online della terapia si rivela molto adatta anche [27;23] a contesti instabili e insicuri di esposizione a violazioni dei diritti umani (guerre e dittature).

Di seguito verranno riassunte alcune sperimentazioni degli ultimi anni nel trattamento di PTSD, depressione, ansia, insonnia ecc., legate a situazioni traumatiche indotte per esempio da guerra o calamità naturali. Si distinguono interventi post-emergenza e pratica di routine. Gli obiettivi vanno dalla promozione della resilienza allo sviluppo di capacità di *coping*, alla regolazione emotiva e comportamentale, e sono fattori importanti sia una buona alleanza terapeutica che la personalizzazione dell’intervento.

5.1 Un programma di scrittura online strutturata

L’OSWT (*Online Structured Writing Therapy*) prevede l’uso strutturato della scrittura con PTSD e lutto complicato. Ruwaard e Lange [28;29], hanno descritto questo metodo in uno studio in Olanda e Germania su studenti con PTSD, adulti in fase di lutto complicato, adolescenti vittime di abusi sessuali, adulti di una comunità araba vittime di terrorismo, donne che hanno subito una perdita perinatale. Il percorso integra esposizione, ristrutturazione cognitiva e rafforzamento del supporto sociale nella terapia focalizzata sul trauma.

Svolto in cinque settimane, questo trattamento si traduceva in un mix di *homework* e sedute in presenza, nell'arco di tre fasi così suddivise:

❑ Fase 1 (esposizione immaginativa). Il paziente scrive narrazioni dettagliate, in prima persona e al tempo presente dell'evento traumatico, liberamente, senza preoccuparsi della cronologia, dello stile, della grammatica, dell'ortografia, della ripetizione o di un linguaggio appropriato.

❑ Fase 2 (rivalutazione cognitiva). Egli compone una lettera di incoraggiamento a un amico immaginario.

❑ Fase 3 (chiusura o condivisione sociale). Scrive un resoconto coerente dell'evento, riflettendo su quanto vi ha appreso e su come prevenire le ricadute, destinandolo a una persona. Importante l'atto simbolico di spedizione, che aiuta a distanziarsi dall'episodio, a rafforzarsi sul piano emotivo e dell'autostima.

Criteri di efficacia come l'alleanza terapeutica, la percezione di un senso di chiarezza, il grado di accettazione, l'aspettativa di cambiamento, l'aumento del senso di padronanza nel relazionarsi ai propri vissuti e l'autostima, sono obiettivi dell'OSWT, dove si susseguono parti di psicoeducazione, istruzioni per la scrittura, modelli di *feedback* standardizzati come ad esempio "sostegno terapeutico" e "riformulazione esplicita". Non si utilizza, in questo studio, la parola *blended*, ma si evidenzia come la guida del terapeuta assicuri un'implementazione dei criteri menzionati, testimoniando quanto il paziente effettivamente contatti gli aspetti più dolorosi. Il professionista è testimone dell'evento rievocato, offre al paziente *feedback* sul suo senso di speranza, sulla sua autostima, sulla sua resilienza, sulla capacità di porsi in alleanza e di accettare i fallimenti. Il terapeuta può soprattutto adattare alla motivazione del paziente istruzioni e testi psicoeducativi.

5.2 La piattaforma "RESILIENT"

Un gruppo di ricerca canadese [30;31] ha riassunto gli esiti di una sperimentazione della piattaforma "RESILIENT" coinvolgendo psicologi tirocinanti con pazienti traumatizzati dall'incendio di Fort McMurray in Alberta del 1° maggio 2016. L'intento di promuovere la resilienza ha originato un percorso su dodici moduli *online* che alternava sedute in autonomia e incontri con un terapeuta tirocinante. Obiettivi specifici erano ridurre sintomi di PTSD, depressione e insonnia. Belleville e collaboratori [32;33] hanno discusso sull'efficacia di "RESILIENT" in chi avesse seguito almeno metà percorso, la cui efficacia sui sintomi è stata testata tramite la *checklist* PCL-5 (*Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5*), per il PTSD [34], la PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire - Depression Subscale*) per la depressione [35], e l'ISI (*Insomnia Severity Index*) per l'insonnia [36]. I tirocinanti nel *focus group* hanno identificato come prioritarie l'alleanza, l'empatia coi pazienti e la comunicazione efficace di emozioni nonostante la difficoltà a cogliere segnali non verbali. Inoltre hanno convenuto che questo trattamento si adattava meno a situazioni di stress eccessivo e di discrepanza tra aspettative e contenuto. Le sedute prevedevano moduli di psicoeducazione, oltre a consegne come l'esposizione guidata a ricordi traumatici,

strategie di gestione del sonno, respirazione, attivazione di comportamenti funzionali al benessere, ristrutturazione cognitiva.

In sede di *focus group* i partecipanti riflettevano sulla modalità più adeguata di interazione: la sola videochiamata era, secondo alcuni, uno strumento poco sufficiente; raggiungere fisicamente i pazienti sembrava un gesto poco opportuno, intrusivo, e in parte molesto. In assenza dei segnali non verbali, una semplice telefonata era da alcuni ritenuta il mezzo migliore per riconoscere e trasmettere emozioni, instaurare empatia, comprendere le prospettive dell'interlocutore. Per altri restava la videochiamata il mezzo più utile, non solo per riconoscere le espressioni facciali, ma anche per focalizzarsi sugli argomenti e non deviare su altri. Grondin e collaboratori [37;38] hanno suggerito tecniche come l'amplificazione dei comportamenti non verbali e il chiarimento verbale dello stato affettivo del paziente, in aggiunta ad accorgimenti logistici dei dispositivi. Restano condivisi i vantaggi trasversali della modalità *blended* come l'accessibilità, l'economicità, la possibilità di ottenere alta adesione al trattamento e di personalizzarlo [30;31;11;39;14] anche se restano perplessità e resistenze sul formato *online*. Oltre a problemi di privacy, il percorso non era indicato per disturbi di personalità, forte instabilità emotiva, impulsività e precedenti tentativi di suicidio. Anche le aspettative dei pazienti sull'impegno richiesto erano basse: molti non si sarebbero aspettati un forte investimento emotivo, per un periodo così prolungato di trattamento. Risultava importante per il paziente interfacciarsi col terapeuta tra una seduta e l'altra, il quale adattava il percorso alle sue esigenze, con indicazioni su quali esercizi svolgere e per quanto tempo. La discrepanza tra aspettative e consegne è stata compensata da una strutturazione flessibile co-costruita dal paziente e dal terapeuta tra un incontro e l'altro: distinguendo i sintomi per gravità e ordinando le attività nel modo desiderato dal paziente.

In sintesi, il coinvolgimento dipendeva da tre fattori: l'adeguatezza dei contenuti al profilo dei destinatari, la gravità dei sintomi/stress e la corrispondenza tra aspettative e impegno. Queste considerazioni trovano riscontro in uno studio a cura di Lebel e collaboratori [40] circa l'efficacia di un trattamento *online* per promuovere la resilienza dopo un evento catastrofico, di fronte alle tre aree sintomatiche considerate: PTSD, depressione e insonnia.

Un ulteriore sviluppo di questa sperimentazione [41] ha provato a testare la qualità del supporto emotivo con gli sfollati nel medio-lungo periodo, stimolando così una riflessione sulla necessità di adattare già dall'inizio il trattamento in questa direzione. I risultati hanno mostrato che il completamento del trattamento è legato a un miglioramento del supporto emotivo, senza attendere la conclusione del trattamento.

5.3 Piattaforma “webSTAIR”

L'uso di “webSTAIR” con veterani di guerra appartenenti alle aree rurali degli USA è stato oggetto di uno studio semisperimentale a cura di Cloitre e collaboratori [42]. Il contesto è della terapia di routine, seguendo in forma blended su dieci moduli il trattamento STAIR (*Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation*) per la

regolazione affettiva e interpersonale.

Molti sono i riferimenti bibliografici degli ultimi sei-sette anni sui trattamenti blended che danno supporto teorico all'uso di "webSTAIR". Questi illustrano l'efficacia in particolare sui sintomi di depressione e PTSD con soggetti traumatizzati, traducendosi in un percorso flessibile e personalizzabile [43;44;11;45;46;47].

I destinatari dell'intervento erano adulti con sintomi di PTSD, depressione, disregolazione emotiva, problemi interpersonali e basso funzionamento sociale. Il campione era costituito prevalentemente da donne di aree rurali. L'eterogeneità dei campioni usati nelle sperimentazioni con veterani ha costituito un limite dei disegni di ricerca, per cui sono state necessarie ulteriori ricerche [47]. È stato implementato un disegno di "non inferiorità", per dimostrare come dimezzare la presenza di un terapeuta nelle sedute non diminuisce l'efficacia dell'intervento così composto: si è confrontata la forma "webSTAR" a dieci appuntamenti (uno per settimana) insieme al terapeuta ("Coach10"), con una forma a cinque appuntamenti ("Coach5"). I veterani sono stati equamente suddivisi tra le due modalità. Si è tenuto conto dei loro resoconti prima, a metà e dopo il trattamento e in un follow-up di 3 mesi, riscontrando in entrambi i casi una riduzione significativa nei sintomi e alta alleanza terapeutica. I primi cinque moduli vertevano sulla consapevolezza, sulla gestione delle emozioni e tolleranza del disagio, mentre i restanti si orientavano alla consapevolezza relazionale e fornivano strumenti di assertività, di flessibilità e di esercizio di compassione per sé e gli altri. Entrambe le sequenze includevano consegne scritte e audiovisive di psicoeducazione, nonché esercizi interattivi e fogli di lavoro per aiutare il paziente nell'apprendimento e nella pratica.

I terapeuti descrivevano ai pazienti concetti chiave, rafforzavano il loro impegno ed entusiasmo, li sostenevano nel completamento settimanale dei moduli e li aiutavano a focalizzare gli esercizi sulle proprie preoccupazioni e esperienze. L'alleanza è stata valutata con il *Working Alliance Inventory* (WAI) [48], i tassi di completamento misurando il tempo di connessione, e la riduzione dei sintomi con una serie di strumenti pertinenti ai quadri clinici.

Come per lo studio della piattaforma "RESILIENT" in Canada, anche per la web-STAIR si preferiva escludere quadri altamente problematici come persone con ideazione suicidaria o omicida, psicosi, mania, deterioramento cognitivo, incapacità di partecipare ad appuntamenti regolari *online*, uso di alcool o sostanze, episodi di violenza in corso, ma anche situazioni di mancanza di un luogo privato in cui connettersi, o un trattamento concomitante per il PTSD. L'efficacia di una forma blended con quadri medio-gravi contrasta con l'opinione comune che vede le terapie basate sulla tecnologia più appropriate per quadri di gravità lieve-moderata.

Quando i pazienti si sentono importanti, protagonisti autonomi e indipendenti l'abbandono è inferiore del 25%. La riduzione del tempo trascorso insieme al terapeuta inficia poco i buoni risultati sia sulla qualità della relazione, che sui sintomi. La necessità di un supporto aggiuntivo si è avuta solo in limitate situazioni di crisi.

5.4 Agire sui significati e valutazioni personali del trauma

Il NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) del Regno Unito, tramite il gruppo di ricerca di A. Ehlers e collaboratori [49] ha promosso a Thames Valley, Londra e Sussex, uno studio sperimentale su una nuova terapia cognitiva *online* per il PTSD (ICT-PTSD).

È stata supportata l'applicabilità a quadri di alta dissociazione o sintomi complessi, modificando i ricordi negativi, riducendo il *coping* disfunzionale e l'insorgenza dei *flashback*. Il lavoro sui ricordi, sui significati e sui fattori scatenanti aveva benefici aggiuntivi che spiegano nel complesso il miglioramento dei tassi di recupero.

Questo trattamento prevedeva moduli con il supporto del terapeuta, scambi di messaggi con un programma specifico, o via *sms* o con brevi telefonate nelle prime 12 settimane (fase di trattamento settimanale), seguite da telefonate mensili nei successivi 3 mesi (fase di richiamo). In piattaforma si poteva visualizzare la percentuale di completamento del paziente.

La sperimentazione si è avvalsa di strumenti di valutazione per quel che riguarda la percezione della credibilità del trattamento, l'alleanza, la *compliance*, usando questionari *self-report*, misurazioni del tempo di interazione, percentuale di completamento. Ulteriori strumenti servivano a fare una valutazione primaria e secondaria dei sintomi del PTSD.

A ispirare questo metodo è stato il modello PTSD di Ehlers e Clark [50] focalizzato sul cambiamento di valutazioni del trauma a distanza di tempo, sui ricordi, sulle conseguenze, sull'identificazione e discriminazione delle cause di ricidiva dei sintomi; e anche sui comportamenti che ne rinforzano la perpetuazione e sulle valutazioni dei pazienti.

La possibilità di instaurare una buona alleanza era legata alla disponibilità del terapeuta a fornire assistenza *online*. L'ICT-PTSD richiedeva, rispetto a una modalità in presenza, meno della metà della presenza del terapeuta, con risparmio notevole sui costi. In questa sperimentazione, il tasso di abbandono è stato inferiore del 10%. Questo suggerisce che le consegne a distanza non aumentano la probabilità di deterioramento dei sintomi, soprattutto con quadri gravi. Anzi si sono avuti benefici aggiuntivi con quadri di elevata dissociazione e sintomi complessi.

Sono stati corroborati gli effetti specifici del lavoro sui ricordi, sui *trigger* e sui significati: i miglioramenti, anche piccoli, nella qualità della vita non devono indurre a trascurare un lavoro dettagliato sui ricordi e sul cambiamento dei processi cognitivi messi in moto.

Tabella 3 - Sintesi degli interventi illustrati

Anno e nazione	Autori dello studio	Programma utilizzato	Destinatari	Sintomi trattati
2016 Olanda	J. Ruwaard e A. Lange	Programma online di scrittura OSWT	Minori e adulti traumatizzati. Donne con perdita perinatale, adulti arabi vittime di terrori- smo	PTSD e lutto complicato
2022 Canada	V. Békés, G. Belleville, e collaboratori	Piattaforma RESILIENT	Sopravvissuti a incendi in Canada. Feedback di tirocinanti psico- logi sull'esito del trattamento	PTSD, depressione maggiore, e insonnia.
2022 Stati Uniti	M. Cloitre e collaboratori	Piattaforma webSTAIR	Donne veterane in aree rurali degli USA Pratica di routine	PTSD, depressione, disregola- zione emotiva, difficoltà interper- sonali, basso livello di funzionamento sociale.
2022 UK	A. Ehlers e collaboratori	Considerazioni sul Metodo ICT-PTSD	Adulti in diverse aree urbane e rurali dell'Inghilterra. Pratica di routine	PTSD

6. Conclusioni

Possiamo trarre alcune conclusioni sull'evoluzione di una psicoterapia blended applicata al trauma. Innanzitutto, affinché questa possa ritenersi efficace nel medio-lungo periodo si deve lavorare sulla memoria, sui significati attribuiti ai ricordi e su come il paziente si rapporta ai medesimi; inoltre non si può prescindere da un approccio che migliori e amplifichi il repertorio di strategie di *coping*, anche su quadri di dissociazione.

Mentre è importante che il paziente lavori in totale autonomia in alcuni esercizi nei moduli online, vanno invece previsti momenti di monitoraggio e di verifica e chiarimento insieme al terapeuta per la rielaborazione dell'impegno e per la capacità di assumere comportamenti funzionali al proprio equilibrio, questi momenti alternati alle sedute 'in autonomia'. Gli intervalli possono essere variabili perché è importante far leva sul senso di autonomia, sull'essere protagonisti attivi del percorso terapeutico. Questo può essere personalizzato, negoziando col paziente consegne, obiettivi e contenuti su cui focalizzarsi.

Le posizioni su quale sia il modo più opportuno per dialogare coi pazienti sono varie: chi è in favore della videochiamata; chi della semplice telefonata; chi dei messaggi scritti/mail. Inviarsi messaggi e testi in piattaforma è garanzia di maggiore tutela della *privacy*. La Psicoterapia Blended preserva una buona alleanza terapeutica, non si riduce rispetto a una modalità di interazione in presenza. Un mezzo potente che

facilita l'autonomia del paziente è l'uso di programmi di scrittura strutturata, anche in continuità con le terapie espressive di Van der Kolk [51] applicate al trauma, a dimostrazione di come un lavoro di tipo creativo-espressivo, se opportunamente calibrato alle esigenze del paziente, sia possibile in forma blended.

Un obiettivo importante è la riduzione dei sintomi dei quadri clinici annessi all'esposizione al trauma: PTSD e depressione sono i principali, che comportano disregolazione emotiva, difficoltà relazionali, utilizzo di *coping* disfunzionale, insonnia, disagio significativo nella qualità della vita.

La gravità dei quadri su cui si può intervenire oscilla tra l'esclusione di situazioni particolarmente complesse e la loro inclusione; l'intento è quello di sfatare il mito che la psicoterapia blended sia applicabile solo a situazioni di medio-bassa gravità, e che sia molto più difficile, rispetto alla terapia in presenza, instaurare alleanza, raggiungere l'efficacia nel lungo periodo o effettuare un intervento focalizzato. A minare l'efficacia paiono essere piuttosto condizioni come stress elevato, aspettative incongrue rispetto al percorso da intraprendere, la mancanza di un luogo e di buoni dispositivi per connettersi *online*.

La supervisione di chi utilizza la modalità blended con il trauma, pone il *focus* sulla capacità di sintonizzazione e di comprensione empatica; sulle abilità comunicative con le tecnologie utilizzate; sulla capacità di rapportarsi con i vissuti che risuonano dall'essere testimoni dei ricordi e delle sensazioni esperite dai pazienti, negoziando con loro un percorso su misura.

BIBLIOGRAFIA

1. Fornari S., & Terranova, C. (2020). La psicoterapia on line in videochiamata. *Rivista Costruttivismi*, 7, 3-21.
2. Amichai-Hamburger, Y., Brunstein-Klomek A., Friedman D., Zuckerman O., & Shani-Sherman T. (2014). The future of online therapy. *Computer in Human Behavior*, 41, 288-294.
3. Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 109-160.
4. Mancuso, F. (2019). La terapia online: Innovazione e integrazione tecnologica nella pratica clinica. *Cognitivismo Clinico*, 16, 193-207.
5. Venturo-Conerly, K. E., Fitzpatrick, O. M., Horn, R. L., Ugueto, A. M., Weisz, J. R. (2022). Effectiveness of youth psychotherapy delivered remotely: A meta-analysis. *American Psychologist*, 77(1). doi: 10.1037/amp0000816
6. Iannazzo, A., Leoni, F., & Ciuffo, P. (2022). *Psicoterapia online. Come realizzare interventi efficaci a distanza*. Carocci, Roma.
7. Carroll, M. K., Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T. A., & Rounsaville, B.,J. (2009). Enduring effects of a computer-assisted training program for cognitive behavioral therapy: A 6-month follow-up of CBT4CBT. *Drug Alcohol Depend*, 100(1-2):178-81. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.09.015
8. Fitzpatrick, M., Nedeljkovic, M., Abbott, J-A., Kyrios, M., & Moulding, R. (2018). Blended" therapy: The development and pilot evaluation of an internet-facilitated cognitive behavioral intervention to supplement face-to-face therapy for hoarding disorder. *Internet Interventions*, 12, 16 -25.

doi.org/10.1016/j.invent.2018.02.006

9. Månsson, K. N. T., Skagius Ruiz, E., Gervind, E., Dahlin, M., & Andersson, G. (2013). Development and initial evaluation of an internet-based support system for face-to-face cognitive behavior therapy: A proof of concept study. *Journal of Medicine Internet Resources*, *15*(12): e280. Published online 2013 Dec 10. doi: 10.2196/jmir.3031

10. Olmstead, T. A., Ostrow, C. D., & Carroll, K. M. (2010). Cost-effectiveness of computer-assisted training in cognitive-behavioral therapy as an adjunct to standard care for addiction. *Drug Alcohol Depend*, *110*(3):200-7.

doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.02.022

11. Erbe, D., Eichert, H. C., Riper, H., & Ebert, D. D. (2017). Blending Face-to-Face and Internet-Based Interventions for the Treatment of Mental Disorders in Adults: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research* *19*(9).

doi: 10.2196/jmir.6588. PMID: 28916506; PMCID: PMC5622288

12. Racing, S. P. A., Stikkelbroek, Y. A. J., den Hollander, W., Riper, H., Deković, M., Nauta, M. H., Creemers, D. H. M., Immink, M. C. P., Spuij, M., & Bodden, D. H. M. (2021). Pragmatic Quasi-Experimental Controlled Trial Evaluating the Outcomes of Blended CBT Compared to Face-to-Face CBT and Treatment as Usual for Adolescents with Depressive Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(6):3102.

doi.org/10.3390/ijerph18063102

13. Massoudi, B., Blanker, M. H., Valen van, E., Wouters, H., Bockting, C. L. H., & Burger, H. (2017). Blended care vs. usual care in the treatment of depressive symptoms and disorders in general practice [BLENDING]: Study protocol of a non-inferiority randomized trial. *BMC Psychiatry*, *13*;17(1):218. doi: 10.1186/s12888-017-1376-1

14. Wentzel, J., van der Vaart, R., Bohlmeijer, E. T., & van Gemert-Pijnen, J. E. (2016). Mixing online and face-to-face therapy: how to benefit from blended care in mental health care. *JMIR mental health*, *3*(1), e4534.

15. Ebert, D., Tarnowski, T., Gollwitzer, M., Sieland, B., & Berking, M. (2013). A transdiagnostic internet-based maintenance treatment enhances the stability of outcome after inpatient cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, *82*(4), 246-256.

16. Romijn, G., Riper, H., Kok, R., Donker, T., Goorden, M., van Roijen, L. H., ... & Koning, J. (2015). Cost-effectiveness of blended vs. face-to-face cognitive behavioural therapy for severe anxiety disorders: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, *15*(1), 1-10. doi: 10.1186/s12888-015-0697-1.

17. Romijn, G., Batelaan, N., Koning, J., Van Balkom, A., De Leeuw, A., Benning, F., ... & Riper, H. (2021). Acceptability, effectiveness and cost-effectiveness of blended cognitive-behavioural therapy (bCBT) versus face-to-face CBT (ftfCBT) for anxiety disorders in specialised mental health care: A 15-week randomised controlled trial with 1-year follow-up. *PLoS One*, *16*(11), e0259493. doi:10.1371/journal.pone.0259493.

18. Schlicker, S., Ebert, D. D., Middendorf, T., Titzler, I., & Berking, M. (2018). Evaluation of a text-message-based maintenance intervention for Major Depressive Disorder after inpatient cognitive behavioral therapy. *Journal of Affective Disorders*, *227*, 305-312.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.047>

19. Eisenberg, E., & Manfrida, G. (2007). Scripta... volant: uso e utilità dei messaggi sms in psicoterapia. *Scripta... volant*, 1000-1024.

20. Manfrida, G. (2009). *Gli sms in psicoterapia*. Antigone Edizioni, Torino.

21. Watzlavick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, Roma.

22. Kim, S., & Lee, K. (2023). Development and evaluation of an online mental health program for traumatized female college students: A randomized controlled trial. *Archives of Psychiatric Nursing*, *43*, 118-126. doi.org/10.1016/j.apnu.2023.01.003

23. 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), e3582. doi :<https://www.jmir.org/2015/3/e71>

24. Lewis, C., Roberts, N. P., Bethell, A., Robertson, L., & Bisson, J. I. (2018). Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).

doi: www.10.1002/14651858.CD011710.pub2.

25. Weiner, L., Berna, F., Nourry, N., Severac, F., Vidailhet, P., & Mengin, A. C. (2020). Efficacy of an online cognitive behavioral therapy program developed for healthcare workers during the COVID-19 pandemic: the REduction of STress (REST) study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21, 1-10.

<https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-020-04772-7>

26. Zalta, A. K., Tirone, V., Siedjak, J., Boley, R. A., Vechiu, C., Pollack, M. H., & Hobfoll, S. E. (2016). A pilot study of tailored cognitive-behavioral resilience training for trauma survivors with subthreshold distress. *Journal of traumatic stress*, 29(3), 268-272.

27. 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.

<https://www.jmir.org/2006/4/e31>

28. Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B., Dolan, C. V., & Emmelkamp, P. (2012). The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice. *PloS one*, 7(7), e40089.

doi.org/10.1371/journal.pone.0040089

29. Ruwaard, J., & Lange, A. (2016). Online structured writing therapy for post-traumatic stress disorder and complicated grief. *Guided Internet-Based Treatments in Psychiatry*, 121-141.

doi.org/10.1007/978-3-319-06083-5_7, consultabile anche alla pagina

https://www.researchgate.net/publication/299506204_Online_Structured_Writing_Therapy_for_Post-traumatic_Stress_Disorder_and_Complicated_Grief.

30. Békés, V., Grondin, F., & Bouchard, S. (2020). Barriers and facilitators to the integration of web-based interventions into routine care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(2).

doi.org/10.1111/cpsp.12335

31. Békés, V., Belleville, G., Lebel, J., Ouellet, M. C., Chen, Z., Morin, C. M., ... & MacMaster, F. P. (2022). Trainee Therapists' Perceptions of a Blended Intervention to Promote Resilience after a Natural Disaster: A Qualitative Case Study. *Journal of Clinical Medicine*, 11(15), 4361.

doi.org/10.3390/jcm11154361 parzialmente consultabile alle pagine

<https://www.mdpi.com/journal/jcm>. Rimando anche alla sezione "Special Issue Clinical Applications of Cyberpsychology and Virtual Reality for Mental Disorders" al link

https://www.mdpi.com/journal/jcm/special_issues/cyberpsychology.

32. Belleville, G., Ouellet, M. C., Békés, V., Lebel, J., Morin, C. M., Bouchard, S., ... & Macmaster, F. P. (2023). Efficacy of a therapist-assisted self-help internet-based intervention targeting PTSD, depression, and insomnia symptoms after a disaster: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 54(2), 230-246.

doi.org/10.1016/j.beth.2022.08.004

33. Belleville, G., Ouellet, M. C., Békés, V., Lebel, J., Morin, C. M., Bouchard, S., ... & Macmaster, F. P. (2023). Efficacy of a therapist-assisted self-help internet-based intervention targeting PTSD, depression, and insomnia symptoms after a disaster: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 54(2), 230-246. doi.org/10.1016/j.beth.2022.08.004

34. Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). *Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov*, 10(4), 206. Versione aggiornata illustrata al link del National Center for PTSD:

https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/PCL5_Standard_form.PDF.

35. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group, & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama*, 282(18), 1737-1744.

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/192080>.

36. Morin, C. M. (1993). *Insomnia, psychological assessment and management*. Guilford Press, New York.

37. 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), e12298.

doi.org/10.1111/cpsp.12298

38. Grondin, F., Lomanowska, A. M., Békés, V., & Jackson, P. L. (2021). A methodology to improve eye contact in telepsychotherapy via videoconferencing with considerations for psychological distance. *Counselling Psychology Quarterly, 34*(3-4), 586-599.

doi.org/10.1080/09515070.2020.1781596

39. Simpson, S. (2009). Psychotherapy via videoconferencing: A review. *British Journal of Guidance & Counselling, 37*(3), 271-286.

doi.org/10.1080/03069880902957007

40. Lebel, J., Flores-Tremblay, T., Binet, É., Ouellet, M. C., & Belleville, G. (2021). Données d'utilisation d'un autotraitement guidé en ligne pour promouvoir la résilience après une catastrophe naturelle. *Santé mentale au Québec, 46*(1), 203-227.

doi.org/10.7202/1081516ar

41. Frenette, É., Ouellet, M. C., Guay, S., Lebel, J., Békés, V., & Belleville, G. (2023). The effect of an Internet-based cognitive behavioral therapy intervention on social support in disaster evacuees. *Journal of Clinical Psychology, 79*, 1713-1725. doi.org/10.1002/jclp.23497

42. Cloitre, M., Amspoker, A. B., Fletcher, T. L., Hogan, J. B., Jackson, C., Jacobs, A., ... & Lindsay, J. (2022). Comparing the ratio of therapist support to internet sessions in a blended therapy delivered to trauma-exposed veterans: Quasi-experimental comparison study. *JMIR mental health, 9*(4), e33080.

Sintesi al link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35475777/>. Articolo intero

consultabile al link: <https://mental.jmir.org/2022/4/e33080/> o

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9096630/>

43. Amarti, K., Schulte, M. H., Kleiboer, A., Van Genugten, C. R., Oudega, M., Sonnenberg, C., ... & Riper, H. (2022). Feasibility of Digital Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Older Adults With the Moodbuster Platform: Protocol for 2 Pilot Feasibility Studies. *JMIR Research Protocols, 11*(10), e41445. <https://www.researchprotocols.org>

44. Connolly, S. L., Miller, C. J., Lindsay, J. A., & Bauer, M. S. (2020). A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing. *Clinical Psychology: Science and Practice, 27*(2), e12311.

doi.org/10.1111/cpsp.12311

45. Nakao, S., Nakagawa, A., Oguchi, Y., Mitsuda, D., Kato, N., Nakagawa, Y., ... & Mimura, M. (2018). Web-based cognitive behavioral therapy blended with face-to-face sessions for major depression: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research, 20*(9), e10743.

<https://www.jmir.org/2018/9/e10743>.

46. Netter, A. L., Beintner, I., & Brakemeier, E. L. (2022). Adding an App-Based Intervention to the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy in Routine Outpatient Psychotherapy Treatment: Proof-of-Concept Study. *JMIR Formative Research, 6*(8), e35482.

<https://formative.jmir.org/2022/8/e35482>

47. Pearson, R., Carl, E., & Creech, S. K. (2022). Computerized Psychological Interventions in Veterans and Service Members: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of Medical Internet Research, 24*(6), e30065. <https://www.jmir.org/2022/6/e30065>

48. Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology, 36*(2), 223.

doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223

49. Ehlers, A., Wild, J., Warnock-Parkes, E., Grey, N., Murray, H., Kerr, A., ... & Clark, D. M. (2023). Therapist-assisted online psychological therapies differing in trauma focus for post-traumatic stress disorder (STOP-PTSD): a UK-based, single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*,

10(8), 608-622. Consultabile alla pagina:

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2823%2900181-5>

50. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345. https://www.researchgate.net/publication/292004334_A_cognitive_model_of_posttraumatic_stress_disorder.

51. Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Cortina, Milano. [ed. or., 2014, *The body keeps the score: brain, mind and body in the healing of trauma*. Viking Press. NY, 3].

Sitografia

https://www.guidapsicologi.it/pro/psicologos_it/own/osservatorio-psicologia-online2021.pdf

<https://www.blendedtherapy.com.au/about>

<https://www.facebook.com/blendedtherapy>