

EFFICACIA DELLA PSICOTERAPIA ON-LINE

Anna Rita Colasanti*, Antonella Sinagoga**, Valentina Costa**, Annalisa Urbano**, Ilaria Mucci**, Luciano Consalvi**

Riassunto

Obiettivi. I numerosi e importanti cambiamenti sociali prodotti da Internet e dal fenomeno on-line hanno causato moltissime differenze, rispetto al passato, nei modi in cui ci relazioniamo, comunichiamo e creiamo legami (Cabrè, 2016). Ciò si è reso particolarmente evidente nell'attuale emergenza del COVID 19, nella quale all'aumentato *distress* connesso alla paura, all'incertezza della situazione, nonché all'autoreclusione forzata, si è accompagnato in molti casi l'impedimento di un supporto diretto, di una comunicazione faccia a faccia propri dei tradizionali interventi di cura (Zhang *et al.*, 2020). Lo scopo di questa ricerca è quindi quello di presentare una revisione sistematica per esaminare le prove di *efficacy* ed *effectiveness* nel trattamento di sintomi psicologici di rilevanza clinica o dei disturbi mentali con tipologia di intervento psicoterapeutico on-line per arrivare a capire se l'*e-therapy* possa sostituire la terapia tradizionale in particolari momenti/situazioni o affiancarla come ulteriore forma di supporto.

Metodo. La ricerca che ha utilizzato i database elettronici Scopus, PsycINFO, Pubmed/Medline, Google Scholar e Researchgate, ha preso in considerazione gli articoli pubblicati in tutte le lingue negli ultimi 8 anni, selezionati sulla base dei seguenti criteri: studi aventi per oggetto la verifica di *efficacy* ed *effectiveness* di almeno un programma di trattamento on-line di sintomatologie psicologiche cliniche o di disturbi mentali, condotti o almeno guidati da un professionista clinico (psicologo formato o psicoterapeuta in formazione); con disegni controllati randomizzati (RCT o quasi-RCT); con almeno un *follow-up* di almeno 3 mesi.

Risultati. L'*efficacy* ed *effectiveness* di questi programmi di intervento *internet-based* condotti da psicologi o di auto-aiuto guidato da professionisti della salute mentale nel ridurre la sintomatologia clinica, per la maggior parte basati su teorie cognitivo-comportamentali, è risultata ugualmente efficace rispetto a specifici interventi cognitivo comportamentali standard *face-to-face* in presenza, e si è rivelata significativamente più efficace rispetto a gruppi di controllo sottoposti a trattamenti

*Facoltà di Scienze dell'Educazione, Università Pontificia Salesiana, Roma; Email: becciu.colasanti@tin.it

**Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP), Roma. In ordine alfabetico.

usuali (TAU), liste di attesa, interventi proposti dai servizi sanitari, condizioni di auto-aiuto on-line non guidate da psicologi. È importante sottolineare che in alcuni casi però tali miglioramenti non sono stati mantenuti ai *follow-up*.

Conclusioni. Gli studi inclusi nella rassegna hanno confermato l'efficacia dei programmi d'intervento *on-line* nel trattamento delle sintomatologie cliniche o di specifici disturbi mentali. Studi futuri dovrebbero includere trattamenti che non riguardano solo teorie cognitivo-comportamentali o disturbi specifici, ma anche specifiche sintomatologie significative o transdiagnostiche, se possibile. Ci si augura di proseguire in questa direzione poiché questo potrebbe aiutare nello sviluppare programmi *internet-based* sempre più efficaci, non esclusivamente cognitivo-comportamentali, volti a prevenire lo sviluppo di eventuali disturbi e ricadute quando sono già presenti disturbi, consentendo di ridurre anche i tempi e i costi.

Parole chiave: *psicoterapia on-line, trattamenti guidati on-line, disturbi mentali, sintomi clinici.*

Abstract

Objectives. The many important social changes produced by the Internet and the on-line phenomenon have caused many differences, compared to the past, in the ways in which we relate, communicate, and create bonds (Cabrè, 2016). This has been particularly evident in the current emergence of COVID 19, in which the increased distress related to fear, uncertainty of the situation, as well as forced self-exclusion, has been accompanied in many cases by the impediment of direct support, face-to-face communication proper to traditional treatment interventions (Zhang *et al.*, 2020). Therefore, the purpose of this research is to present a systematic review to examine the evidence of efficacy and effectiveness in the treatment of clinically relevant psychological symptoms or mental disorders with on-line psychotherapeutic intervention type in order to arrive at an understanding of whether e-therapy can replace traditional therapy at particular times/situations or complement it as an additional form of support.

Method. The search, which used the electronic databases Scopus, PsycINFO, Pubmed/Medline, Google Scholar and Researchgate, took into consideration articles published in all languages in the last 8 years, selected on the basis of the following criteria: studies aimed at verifying the efficacy and effectiveness of at least one on-line treatment program for clinical psychological symptoms or mental disorders, conducted or at least guided by a clinical professional (trained psychologist or psychotherapist in training); with randomized controlled designs (RCTs or quasi-RCTs); with at least a follow-up of at least 3 months.

Results. The efficacy and effectiveness of these psychologist-led Internet-based intervention

programs or self-help programs led by mental health professionals in reducing clinical symptomatology, mostly based on cognitive-behavioral theories, was equally effective compared with specific standard face-to-face cognitive-behavioral interventions in presence, and was significantly more effective than control groups undergoing usual care (TAU), waiting lists, interventions offered by health services, and on-line self-help conditions not led by psychologists. Importantly, however, in some cases these improvements were not maintained at follow-ups.

Conclusion. The studies included in the review confirmed the effectiveness of on-line intervention programs in treating clinical symptoms or specific mental disorders. Future studies should include treatments that address not only cognitive-behavioral theories or specific disorders, but also specific significant or transdiagnostic symptoms, if possible. It is hoped to continue in this direction as this could help in the development of increasingly effective internet-based programs, not exclusively cognitive-behavioral, aimed at preventing the development of any disorders and relapse when disorders are already present, allowing for a reduction in time and cost as well.

Keywords: *on-line psychotherapy, guided on-line treatment, mental disorders, clinical symptoms.*

1. INTRODUZIONE

I numerosi e importanti cambiamenti sociali prodotti da Internet e dal fenomeno on-line hanno causato moltissime differenze, rispetto al passato, nei modi in cui ci relazioniamo, comunichiamo e creiamo legami (Cabrè, 2016).

Tali trasformazioni hanno investito non solo gli ambiti personale e sociale, ma anche quello professionale.

In ambito formativo, l'*e-learning* (apprendimento *on-line*) utilizza le tecnologie e Internet facilitando l'accesso alle risorse e ai servizi, operando una crescita professionale che corrisponde il più delle volte anche ad una significativa crescita personale. In ambito medico la chirurgia a distanza diventa prassi, permettendo agli specialisti di intervenire su pazienti che non hanno modo di raggiungere i grandi poli ospedalieri o che, nei casi più urgenti, si trovano all'interno di ambulanze attrezzate.

In questo panorama è chiaro come i servizi *on-line* rappresentino un enorme potenziale anche nell'area del benessere e della salute mentale consentendo ad esempio di rendere più accessibile l'assistenza psicologica, di ridurre lo stigma sociale, di bypassare la resistenza di alcuni a richiedere aiuto.

La psicologia e la psicoterapia sono pertanto chiamate a rinnovarsi in un contesto rinnovato.

Ciò si è reso particolarmente evidente nell'attuale emergenza del COVID 19, nella quale all'aumentato *distress* connesso alla paura, all'incertezza della situazione, nonché all'autoreclusione forzata, si è accompagnato in molti casi l'impedimento di un supporto diretto, di una comunicazione faccia a faccia propri dei tradizionali interventi di cura (Zhang *et al.*, 2020).

Ciò ha portato molti psicologi e molti psicoterapeuti a considerare nonché a rivalutare la possibilità della terapia *on line*.

Quando si parla di psicoterapia *on-line* sembra non esserci ancora una chiara posizione, soprattutto tra i professionisti.

La psicoterapia *on-line* è un intervento offerto da un professionista della salute mentale che si realizza tramite l'uso di sms, e-mail, chat, forum, audio e video-conferenza. Può essere individuale, di gruppo, sincrona o asincrona, automatizzata o interpersonale (Barack & Grohol, 2011; Suler, 2000).

Di essa ne possono usufruire anche persone con mobilità limitata, restrizioni temporali di vario genere, come chi vive in luoghi difficilmente raggiungibili, più isolati e/o in cui vi è una ristretta scelta di servizi; chi per lavoro ha una limitata disponibilità oraria oppure è costretto a viaggiare e a trasferirsi in paesi dove non potrà consultare un professionista della salute mentale a causa di barriere linguistiche; chi è fisicamente disabile e gli stessi *caregiver* (Cipolletta S., Mocellin D., 2017).

Inoltre, la terapia *on-line*, oltre a permettere una flessibilità oraria, certamente è più accessibile anche dal punto di vista economico (Andersson & Titov, 2014). Lo specialista può lavorare da casa, senza doversi recare in studio e il risparmio di tempo è anche risparmio di denaro: certamente un intervento *on-line* ha un costo più ridotto rispetto a quello tradizionale faccia a faccia. Ancora, c'è chi teme di essere stigmatizzato in quanto fruitore di determinati servizi che potrebbe provare meno vergogna nel chiedere aiuto in rete (Wagner *et al.*, 2013). Superando lo stigma si supera la resistenza al trattamento; la presenza del monitor del computer permette una maggiore confidenza: la distanza, lo "schermo protettivo", garantendo l'anonimato e riducendo il timore del rifiuto, favoriscono il processo di *self-disclosure* (Attril, 2012). La distanza data dalla barriera tecnologica, paradossalmente, può permettere al cliente di percepirsi più simile al terapeuta, e così anche più vicino. Lo status di anonimato e la sensazione di un senso della privacy maggiore favoriscono un'apertura spontanea che permette di andare oltre le distrazioni e apparenze.

Non meno importante, la forma *on-line* consente di attivare una più alta riflessione dal momento che il cliente, e lo stesso terapeuta, nello scrivere rallentano il processo di comunicazione: compone

e rileggere un messaggio dilata i tempi della riflessione e dell'autoconsapevolezza, oltre a permettere un approfondimento dell'introspezione. Il cliente può soffermarsi sulle emozioni provate, e ciò promuove le associazioni, velocizzando elaborazione e intuizione. Entrambi possono riflettere su quanto avvenuto fuori nella seduta, continuare a riflettere su questo materiale, e nel caso dello specialista, c'è la possibilità di prepararsi maggiormente per la seduta successiva.

Tuttavia ci sono rischi di cui bisogna tener conto: l'assenza del non verbale potrebbe costituire uno svantaggio nel processo di valutazione e di costruzione della relazione terapeutica; è necessaria una competenza informatica e l'abilità del terapeuta nella scrittura al fine di comunicare in maniera efficace attraverso la tastiera (Calderoni, 2013). Può essere di supporto il *text-talk*: cambiare colore e grandezza dei caratteri, utilizzare l'*emotional bracketing* (mettere le emozioni tra parentesi), o fornire, da parte del terapeuta, descrizioni dettagliate di ciò che si prova, funzionali ad aiutare il cliente nella comprensione delle parole scritte. Sappiamo, ad esempio, quanto l'alleanza terapeutica si instauri attraverso una serie di reciproche sensazioni di calore, rispetto e attenzione (Calderoni, 2013). Rispetto alla terapia faccia a faccia, l'*on-line* richiede una serie di interventi costanti che testimonino e confermino la propria presenza nel cyberspazio: un momento di silenzio potrebbe essere interpretato come distrazione, quindi occorre puntualizzare che è un momento per riflettere su quanto il cliente ha appena detto dal cliente, oppure utilizzare le *emoticon* come conferma di un ascolto attivo e aperto.

Altro aspetto problematico è l'anonimato, quando richiesto. Questo se da un lato favorisce l'apertura di sé può essere un limite nella gestione della crisi.

E ancora c'è da considerare l'aspetto legato alla privacy, che rinvia alla sicurezza del computer del cliente, dello specialista, ma anche alla possibilità degli *hackers* di accedere alle informazioni legate al trattamento.

D'altra parte di certo non è utile un atteggiamento pregiudiziale verso la psicoterapia *on-line*: sarebbe un errore ritenerla inadeguata solo sulla base di ciò che la differenzia "in meno" rispetto a quella tradizionale; se si considera che è il significato dell'esperienza nel suo complesso a promuovere il cambiamento e non l'esperienza in sé si potrebbe essere più propensi a considerare la possibilità di altre forme di aiuto che possano sostituire o affiancare quelle tradizionali.

Ad oggi non mancano gli studi sulla percezione da parte di pazienti della terapia on line. Secondo uno studio condotto da Pruitt, Luxton (2016) sulla valutazione dei trattamenti tecnologicamente mediati, la soddisfazione espressa dai pazienti per l'intervento e per la qualità dell'alleanza terapeutica è paragonabile alla terapia *face to face*.

In uno studio di Wong *et al.* (2018) condotto su 409 studenti, tra i 16 e 35 anni, provenienti dalle università della Malesia sono state esaminate le preferenze manifestate rispetto al *counseling face to face* o al *counseling on-line* e si è riscontrata una preferenza da parte di una significativa fascia di studenti universitari per la forma *on line*. Lo studio non esplicita le ragioni che portano gli studenti a preferire questa forma di aiuto, tuttavia i dati fanno riflettere sulla reale possibilità di riconsiderare le potenzialità delle psicoterapia on-line.

Si ritiene che per sfatare da un lato atteggiamenti pregiudiziali e contenere dall'altro eventuali facili entusiasmi occorra basarsi dati scientifici. Nel presente contributo si intende esaminare quegli studi che riportano prove di *efficacy* ed *effectiveness* nel trattamento dei disturbi con tipologia di intervento psicoterapeutico *on-line* per arrivare a capire se l'*e-therapy* possa sostituire la terapia tradizionale in particolari momenti/situazioni o affiancarla come ulteriore forma di supporto.

2. OBIETTIVI DI RICERCA

L'articolo ha, dunque, come obiettivo generale quello di valutare, attraverso l'analisi della letteratura, e delle ricerche degli ultimi otto anni, l'efficacia della psicoterapia on-line.

Obiettivi più specifici di questo lavoro sono:

- Esaminare la recente letteratura, nel panorama internazionale, relativa agli studi che hanno riportato prove di *efficacy* ed *effectiveness* nel trattamento dei disturbi con tipologia di intervento psicoterapeutico *on-line*.
- Individuare gli studi che confrontano l'intervento psicoterapeutico on-line rispetto a quello faccia a faccia; gli interventi basati su differenti approcci terapeutici somministrati on-line; gli interventi psicoterapici (sedute individuali o di gruppo, auto-aiuto individuale o di gruppo) via internet (file scritti/audio/video, videochiamate/chat/email, sincrone/asincrone) o telefono, condotti o guidati/supportati direttamente da almeno uno psicologo, psicoterapeuta, psichiatra e comparazioni con psicoterapia *face-to-face*, TAU, liste di attesa, altre terapie di auto-aiuto/psicoeducazioni basate su internet non guidate; l'intervento psicoterapeutico *on-line* rispetto a un gruppo di controllo non sottoposto ad alcun trattamento;
- Focalizzare l'attenzione su studi con disegni controllati randomizzati (RCT o quasi RCT) che verifichino l'efficacia di terapie basate su internet o attraverso il telefono; condotte o almeno guidate da professionisti clinici in termini di effetti su sintomatologie cliniche; con un *follow-up* di almeno 3 mesi.

Dalla ricerca effettuata è stata rintracciata molta letteratura su attitudini e sensazioni personali del terapeuta e/o del cliente.

3. STRATEGIA DI RICERCA, CRITERI DI INCLUSIONE E DI ESCLUSIONE

Al fine di analizzare la recente letteratura, nel panorama internazionale, relativa agli studi che hanno riportato prove di *efficacy* ed *effectiveness* nel trattamento dei principali disturbi con tipologie di intervento psicoterapeutico *on-line*, sono stati utilizzati, tramite l'uso di parole chiave, alcuni database bibliografici e motori di ricerca. Questi dati sono stati sottoposti a una valutazione successiva con criteri di inclusione ed esclusione.

3.1 Strategia di ricerca

Gli studi che misurano l'efficacia di trattamento con procedure di psicoterapia *on-line* sono stati identificati tramite ricerche bibliografiche sui seguenti database bibliografici e motori di ricerca: Scopus, PsycINFO, Pubmed/Medline, Google Scholar e Researchgate e attraverso l'analisi delle liste bibliografiche di articoli.

Non sono stati applicati limiti relativi alla lingua di pubblicazione e gli articoli in lingua straniera sono stati tradotti.

La ricerca per parole chiave è stata effettuata su contributi pubblicati a partire da gennaio 2013 al presente, l'ultima ricerca è stata effettuata in settembre 2020. In ogni database sono stati inseriti termini di ricerca specifici per la telepsicoterapia; tali termini sono stati poi associati ad alcune condizioni di salute mentale, quali la depressione, il disturbo post traumatico da stress, ansia, disturbi alimentari e psicosomatici, insonnia, etc. ma anche ai vari tipi di tecnologie utilizzate come videoconferenze, mail o messaggistica istantanea. Si sono inoltre cercati contributi che mettessero in relazione gli interventi di sostegno psicologico *on-line* con quello tradizionale.

Sono stati utilizzati i seguenti termini di ricerca:

Psychotherapy on-line, OR Internet-based intervention, OR on-line counseling, OR telepsychology, OR psychology at distance, AND depression, OR traumatic stress, OR stress disorder, OR anxiety disorder, OR phobia, OR panic, OR dialectical behavior therapy, OR in vivo exposure, OR difference to face to face, OR interpersonal therapy, OR skype, OR face-time, OR web based.

3.2 Criteri di inclusione ed esclusione

L'inclusione dei contributi è stato effettuato in base ai seguenti criteri di inclusione: articoli di ri-

cerca pubblicati in tutte le lingue, a partire dal 2013; studi che si focalizzano su condizioni di salute mentale comune (come depressione, PTSD, ansia, disturbi alimentari, insonnia, ...), studi che abbiano dato prove di efficacia; con disegni controllati randomizzati (RCT o quasi-RCT); con *follow-up* a distanza di almeno 3 mesi dalla fine dell'intervento e conseguimento di risultati statisticamente significativi. Sono state incluse revisioni sistematiche e metanalisi in quanto sono strumenti indispensabili per sintetizzare le evidenze scientifiche in modo accurato ed affidabile (Liberati, 2015).

Sono stati definiti come criteri di esclusione articoli con queste caratteristiche: *full text* non disponibili, *follow-up* assente o di durata inferiore a 3 mesi, studi non quasi RCT o non RCT; studi che si focalizzano su altri tipi di disturbi diversi da quelli definiti (quali malattie croniche o problematiche relative alla salute), assenza di gruppo di controllo, assenza di risultati statisticamente significativi o di misurazioni pre o post intervento tramite strumenti validati; studi che valutano l'efficacia di Interventi/protocolli psicologici basati esclusivamente su internet in termini di riduzione di disturbi o sintomatologie cliniche (depressione, depressione post-partum, DPTS, ansia, insonnia, ansia) e quindi sono escluse terapie miste (condotte un po' *on-line* e un po' in presenza).

In totale gli articoli sottoposti ad una prima fase di analisi sono risultati 360 articoli.

Dopo l'eliminazione dei duplicati ($n = 20$), i restanti articoli ($n = 340$) sono stati sottoposti a screening sulla base del titolo e dell'*abstract*. Da questa prima selezione sono stati esclusi 243 articoli, mentre i restanti 97 sono stati valutati per l'eleggibilità, secondo i criteri di inclusione prima definiti. A questi sono stati aggiunti 6 articoli in seguito all'aggiornamento effettuato a settembre 2020, per un totale di 103 articoli.

Si è così giunti ad escludere 84 articoli *full text*, non rispondenti ai criteri stabiliti e a selezionarne 19.

Sono stati individuati, quindi, 19 studi di cui quattro relativi a interventi *on-line* su pazienti con sintomi depressivi (Flygare, A. *et al.*, 2020; Lappalainen, P. *et al.*, 2014; Choi, N. G. *et al.*, 2014;

Andersson, G. *et al.*, 2013); due su pazienti con sintomi depressivi misti ad ansia generalizzata (Kladnitski, N. *et al.*, 2020; Newby, J. M. *et al.*, 2014); uno su pazienti con depressione maggiore (Andersson, G. *et al.*, 2013); uno su pazienti con problemi di insonnia (Krieger, T. *et al.*, 2019); uno con bulimia nervosa (Zerwas, S. C. *et al.*, 2017); uno su pazienti con dipendenza da alcool (Boß, L. *et al.*, 2018); uno su donne con *depression* post-partum (O'Mahen, H. A. *et al.*, 2014); sette su pazienti con disturbo post traumatico da stress (Kersting, A. *et al.*, 2013; Morland L. A. *et al.*, 2014; Morland, L. A. *et al.*, 2015; Ivarsson, D. *et al.*, 2014; Knaevelsrud, C. *et al.*, 2015; Lewis, C. E. *et al.*,

2017; Littleton, H. *et al.*, 2016); uno su pazienti con disturbo ossessivo compulsivo (Vogel, P. A. *et al.*, 2014).

Sono stati esclusi gli studi con assenza di RCT (Scherer, S. *et al.*, 2014; Newby, J. M. *et al.*, 2014; Goetter, E. M. *et al.*, 2014; Gordon R.M. *et al.*, 2017; Kocsis, B.J. *et al.*, 2017; Thompson, R.B., 2016; Bilić, 2020; Ebenfeld, 2020); con assenza di follow-up di almeno tre mesi dopo l'intervento (Brenes, G. A. *et al.*, 2015; Kramer, J. *et al.*, 2014; O'Mahen H. A. *et al.*, 2013; Milgrom, J. *et al.*, 2016; Nieminen, K. *et al.*, 2016; Miner, A. *et al.*, 2016; Krupnick J. L. *et al.*, 2016; De Bruin, 2020; Kall, 2020; Wei, 2020; Lopes, 2020; Van Agteren, 2020); interventi di auto-aiuto non guidati/supportati (Donker, T. *et al.*, 2013; Meyer, 2019; Powell, 2020); interventi senza interazione diretta tra terapeuta e paziente, solo invio di email automatiche (Titov, 2013). E' stato poi escluso un intervento focalizzato su predittori e non sull'efficacia (Warmerdam, L. *et al.*, 2013) e un intervento di medicina, in cui l'intervento psicoterapico è facoltativo (Fortney, J. C. *et al.*, 2015); un intervento volto a valutare l'efficacia di una terapia basata in parte su internet e in parte in presenza (Høifødt, R. S. *et al.*, 2013); interventi condotto/supportato da non-psicologi (Richards, D. *et al.*, 2015; Kuhn, E. *et al.*, 2017; Engel C. C. *et al.*, 2015; Acierno, R. *et al.*, 2016; Egede, L. E. *et al.*, 2015; Rohrbach *et al.*, 2019; Lee, 2016; Lund, 2014) e un intervento che compara due terapie guidate basate su internet in cui la sola differenza è il dispositivo usato ovvero o computer o cellulare (Watts, S. *et al.*, 2013). Sono stati esclusi:

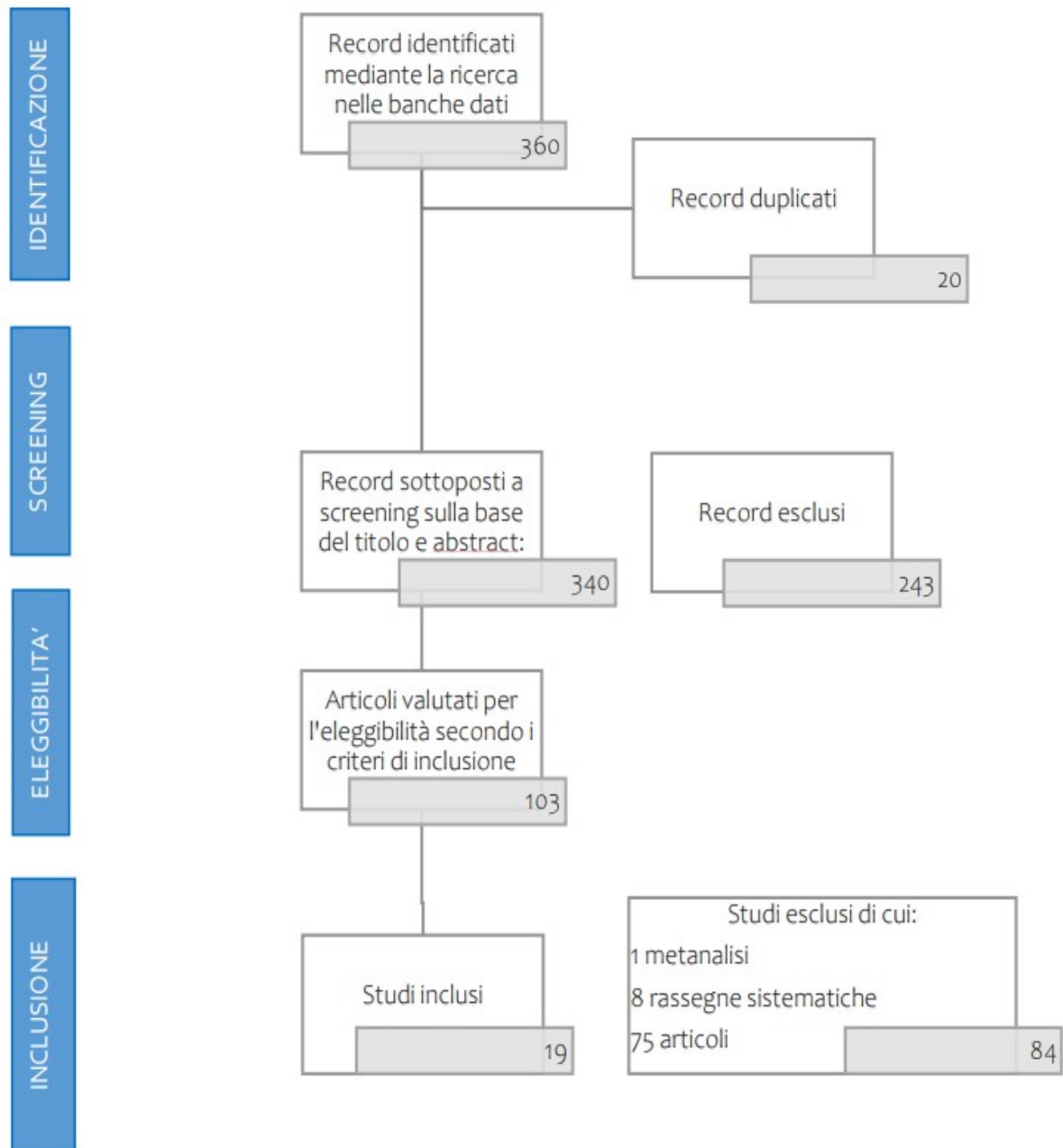
- interventi in cui non sono stati ancora pubblicati i risultati (Braun L. *et al.*, 2019; Scherer, S. *et al.*, 2013; Kouvnone, 2019);
- interventi che affrontano in modo generico aspetti della terapia on-line (anche di vari orientamenti tipo CBT), la sua efficacia, vantaggi e svantaggi (Shoemaker, E.Z. *et al.*, 2016; Kingsley, A. and Henning, J.A., 2015; Andersson, G. & Titov, N., 2014; Montano, A. *et al.*, 2014; Maheu M.N. *et al.*, 2017; Andersson, G. *et al.*, 2013; Ebert, D.D. *et al.*, 2018);
- uno studio in cui il campione è composto da un solo soggetto (Laskoski, 2020);
- studi che valutano aspetti etici, legali, fattibilità e raccomandazioni di trattamento dell'offerta di aiuto psicologico on-line (Gassova Z. & Werner-Wilson, R.J., 2018; Taddei, S. *et al.*, 2015; Kotsopoulou, A. *et al.*, 2015);
- studi che valutano atteggiamenti degli psicologi nei confronti di diversi aspetti della consulenza *on-line* e della relazione terapeutica (Cipolletta, S., Mocellin, D., 2018; Cipolletta, S. *et al.*, 2018; Cipolletta, S., 2015; Schuster, R. *et al.*, 2018);

- studi che analizzano l'aderenza agli interventi, alle istruzioni e al comportamento del terapeuta confrontandoli con l'adesione a interventi faccia a faccia (Van Ballegooijen, W. *et al.*, 2014; Bagnal, K. M., 2014; Cabrè, V. *et al.*, 2016; Wagner, B. *et al.*, 2014; Mol, M. *et al.*, 2018);
- un sondaggio che indaga le preferenze di pazienti depressi, chiedendo loro se preferiscono la psicoterapia faccia-faccia, *on-line* o altre modalità (Renn, 2019); studi che valutano la percezione/soddisfazione dei pazienti che usufruiscono di interventi tramite web (Feather, J. S. *et al.*, 2016; Mishna, F. *et al.*, 2015; Pruitt, L.D., Luxton D.D., 2016);
- aspetti secondari (atteggiamenti, percezioni, predittori e moderatori) di uno studio già riportato nella rassegna (Richards, D. *et al.*, 2016; Richards, D. *et al.*, 2018);
- studi che valutano atteggiamenti e disponibilità nei confronti della terapia *on-line* e la sua efficacia (Wong, K. P. *et al.*, 2018);
- studi che valutano se le variabili di motivazione possono predire l'aderenza di un tipo di trattamento faccia a faccia o *on-line* (Alfonsson, S. *et al.*, 2017);
- un intervento di prevenzione (Bolinski F. *et al.*, 2018);
- interventi tramite internet per il trattamento di dolori cronici o altre problematiche come la salute della donna in gravidanza o allattamento al seno (no disturbi mentali)(Lin, J. *et al.*, 2018; Jiang, 2015; Flax, 2014; Oluwafemi, 2014; Khorshid, 2014; Lund, 2014).

Sono state ancora escluse le otto rassegne sistematiche (Mogoşe, 2016; Roman, 2019; Varker, 2018; Rees, 2015; Aschford, 2016; Lau, 2017; Simon, 2019; Lewis, 2018), e la metanalisi (Osenbach, 2013) che includevano studi senza follow-up o con follow-up inferiore a tre mesi criterio non corrispondente ai criteri di inclusione. Sono stati inclusi, però tre studi della rassegna di Mogoase (Andersson, 2013; Andersson, 2013; Newby, 2014); uno della rassegna di Roman (O'Mahen, 2014); quattro di Varker (Choi, 2014; Morland, 2014; Morland, 2015; Vogel, 2014); quattro di Simon e Lewis (Ivarsson, 2014; Knaevelsrud, 2015; Lewis, 2017; Littleton, 2016).

Il diagramma schematico del lavoro di screening, effettuato seguendo le indicazioni del PRISMA statement (Moher *et al.*, 2015), è riportato di seguito (Fig.1).

FIG. 1 Diagramma di flusso di selezione degli studi



STUDI ESCLUSI

- Studi con assenza di RCT: 8
- No *follow up* o dopo tre mesi: 12
- Valutano aspetti etici, legali, fattibilità e raccomandazioni di trattamento dell'offerta di aiuto psicologico *on-line*: 4
- Valutano percezioni e atteggiamenti degli psicoterapeuti rispetto alle tipologie di intervento di psicoterapia *on-line*:1
- Valutano la percezione/soddisfazione dei pazienti che usufruiscono di interventi tramite web: 3
- Affrontano in modo generico aspetti della terapia *on-line*, la sua efficacia, vantaggi e svantaggi : 7
- Valutano aspetti secondari (atteggiamenti, percezioni, predittori e moderatori) di uno studio già riportato nella rassegna: 2
- Valutano l'aderenza agli interventi, alle istruzioni e al comportamento del terapeuta confrontandoli con l'adesione a interventi faccia a faccia: 5
- Intervento di prevenzione: 1
- Valuta se le variabili di motivazione possono predire l'aderenza di un tipo di trattamento faccia a faccia o *on-line*: 1
- Intervento di auto/aiuto non guidato/supportato: 3
- Intervento senza interazione diretta con psicoterapeuta:1
- Focalizzato su predittori e non su efficacia:1
- Intervento di medicina: 1
- valuta efficacia terapia mista in presenza/faccia a faccia: 1
- interventi condotti/supportati da non psicologi: 8
- compara due terapie guidate: 1
- risultati non pubblicati: 2
- sondaggio:1
- campione un solo soggetto: 1
- valutano atteggiamenti e disponibilita' nei confronti della terapia *on-line* e la sua efficacia: 1
- valuta se le variabili di motivazione possono predire l'aderenza di un tipo di trattamento faccia a faccia o *on-line* : 1
- interventi tramite internet per il trattamento di dolori cronici o altre problematiche come la salute della donna in gravidanza o allattamento al seno (no disturbi mentali): 6

4. SISTEMA DI CODIFICA

Facendo riferimento alle indicazioni del PRISMA (*statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions*) (Moher *et al.*, 2015) è stata costruita una specifica griglia di osservazione.

Gli studi selezionati sono stati analizzati e riportati secondo uno schema di codifica costituita da 12 voci volte a indagare: fonte (titolo, autori, anno), paese, scopo, campione, disturbo oggetto di trattamento, variabili indagate, strumenti di rilevazione, sessioni (numero, durata, organizzazione), teoria di riferimento, disegno RCT o quasi RCT, periodo di follow-up, principali risultati ottenuti.

Alla voce “Fonte” sono riportati il titolo, gli autori e l’anno di pubblicazione dell’articolo e alla voce “Paese”, il luogo dove si è svolta ricerca e lo scopo principale della ricerca. Alla voce Campione sono stati sintetizzati i dati relativi ai destinatari dell’intervento: numero dei soggetti, età media e modalità di reclutamento del campione. Sotto “Variabili indagate” sono stati inclusi i principali sintomi oggetto degli interventi in relazione a “disturbi oggetto di trattamento” come depressione, PTSD, ansia, disturbi alimentari, valutati con gli Strumenti di rilevazione, elencati alla voce successiva.

Le “Sessioni” indicano il numero degli incontri, la durata e l’organizzazione degli stessi. Attraverso la “Teoria di riferimento” è possibile avere indicazioni sui principi teorici alla base degli interventi.

Alla voce “Disegno RCT o quasi RCT” è stato riportato il disegno sperimentale utilizzato. E’ stata poi inserita la durata del “periodo di *follow-up*” a partire da tre mesi. La voce riguardante i “Principali risultati ottenuti” dagli interventi, intende, infine, fornire una panoramica generale degli effetti più rilevanti, rispetto all’efficacia della psicoterapia *on-line*, rilevati.

Una riga della tabella, a scopo esemplificativo, è riportato di seguito (Fig.2).

Autori, anno	Paese	Scopo	Campione	Disturbo bersaglio	Variabili	Strumenti di rilevazione	Sessioni: numero, durata, organizzazione	Teoria di riferimento	Disegno RCT o quasi RCT	Periodi di follow-up	Principali risultati ottenuti
<p>O'Mahen H. A., Richards D. A., Woodford J., Wilkinson E., McGinley J., Taylor R. S., Warren F. C.</p> <p>2013</p> <p>Netmums: a phase II randomized controlled trial of a guided Internet behavioural activation treatment for postpartum depression</p>	Regno Unito	<p>Valutare l'efficacia preliminare di Netmums Helping With Depression (Netmums HWD) sui sintomi depressivi e ansiosi, sulla compromissione lavorativa e sociale, sul sostegno percepito e sul legame materno auto riferito con il bambino</p> <p>Stabilire i tassi di adesione e reclutamento</p> <p>Determinare l'adesione al trattamento; predittori di adesione ai moduli e alle sessioni telefoniche</p>	<p>N = 83 donne con disturbo depressivo maggiore che soddisfa i criteri dell'ICD-10 (punteggio superiore a 12 all'EPDS) che avevano dato alla luce un bambino vivo nell'ultimo anno, con età superiore ai 18 anni.</p> <p>Escluse donne con abuso di sostanze e psicosi.</p> <p>Randomizzate a 2 condizioni sperimentali:</p> <p>1) Gruppo Sperimentale (GS): NetmumsHWD (N = 41)</p> <p>2) Gruppo di Controllo (GC): Treatment As Usual (TAU; N = 42)</p>	Depressione post-partum	<p>Depressione</p> <p>Ansia</p> <p>Adattamento sociale e lavorativo</p> <p>Adattamento sociale</p> <p>Supporto sociale percepito</p> <p>Legame postnatale</p> <p>Utilizzo del servizio sanitario</p> <p>Aderenza a NetmumsHWD</p>	<p>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox, Holden & Sagovsky, 1987)</p> <p>Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006)</p> <p>Work and Social Adjustment Scale (WSAS; Mundt, Marks, Greist & Shear, 2002)</p> <p>Social Provisions Scale (SPS; Cutrona & Russell, 1987)</p> <p>Postnatal Bonding Questionnaire (PBQ; Brockington e <i>et al.</i>, 2001)</p> <p>Adult Service Use Schedule (AD-SUS; Byford, McCrone & Barrett, 2003)</p>	<p>Il programma di trattamento durava 17 settimane (valutazione post-trattamento)</p> <p>1) Gruppo Sperimentale (GS): NetmumsHWD trattamento composto da 12 sessioni. Il programma consisteva in: un modulo di Attivazione Comportamentale (BA) di base (5 sessioni e 1 sessione di prevenzione delle ricadute); scelta di 2 moduli opzionali da un elenco di 6 possibili. Il contenuto includeva: esercizi interattivi abbinati ad esempi; accesso a una chat room tra pari moderata da infermieri domiciliari del campo della salute mentale e aperta solo alle donne incluse nella ricerca; supporto psicologico settimanale telefonico condotto da operatori di salute mentale (diplomati in psicoterapia): le sessioni telefoniche hanno una durata di 20-30 minuti e si sono concentrate sulla risposta alle domande sul materiale terapeutico. Le sessioni sono inoltre state attivamente seguite dai terapeuti utilizzando telefonate, e-</p>	<p>Teoria Cognitivo-Comportamentale</p> <p>In particolare: Attivazione e comportamentale (BA)</p>	RCT	Follow-up a 6 mesi	<p>NetmumsHWD è fattibile e può offrire risultati promettenti come un trattamento efficace per la Depressione post-partum.</p> <p>Il Gruppo Sperimentale (Netmums HWD) ha ottenuto migliori risultati in termini di depressione (EPDS), compromissione lavorativa e sociale (WSAS), e ansia (GAD-7) al post-trattamento rispetto alle donne nel Gruppo di Controllo (TAU), nonché un miglioramento in termini di depressione (EPDS) al follow-up a 6 mesi. Sebbene,</p>

		<p>Raccogliere dati sull'utilizzo dell'assistenza sanitaria nel pre-trattamento e nel post-trattamento in preparazione e di una valutazione economica della salute</p>					<p>mail e messaggi di testo per riprogrammare gli appuntamenti e mantenere un'elevata aderenza al programma.</p> <p>2) Gruppo di Controllo (GC): Treatment As Usual (TAU), e anche questo gruppo ha avuto accesso alla chat room moderata da infermieri domiciliari dell'ambito della salute mentale e da sostenitori dei genitori che forniscono supporto e consulenza tramite email o chat per la depressione.</p>			<p>nel Gruppo Sperimentale (Netmums HWD), al post-trattamento ci sia stata una tendenza verso un migliore supporto percepito (SPS) e un migliore legame madre-bambino auto-riferito (PBQ), i risultati in questo caso sono stati più contenuti (ovvero di dimensioni più piccole)</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

5. DISCUSSIONE

L'analisi delle tabelle sopra riportate ha permesso, attraverso un'attività di sintesi, di evidenziare gli elementi salienti che vanno a caratterizzare il nostro studio. Tra gli studi presi in esame e inseriti in questa rassegna, 5 hanno interessato la popolazione degli Stati Uniti (Littleton, Grills, Kline, Schoemann & Dodd, 2016; Morland et al., 2015; Zerwas et al., 2017; Choi, Marti, Bruce, Hegel, Wilson, Kunik, 2014; Morland et al., 2014). Seguono poi 4 studi effettuati in Svezia (Flygare et al., 2020; Andersson, Hesser, Hummerdal, Bergman-Nordgren & Carlbring, 2013b; Andersson et al., 2013a; Ivarsson et al., 2014), 3 in Germania (Boß et al., 2017; Knaevelsrud, Brand, Lange, Ruwaard & Wagner, 2015; Kersting et al., 2013), 2 in Australia (Kladnitski, Smith, Uppal & Newby, 2020; Newby, Williams & Andrews, 2014) e 2 nel Regno Unito (O'Mahen et al., 2013; Lewis et al., 2017). In base ai criteri d'inclusione, sono stati selezionati altri 3 studi provenienti rispettivamente da Svizzera (Krieger et al., 2019), Norvegia (Vogel et al., 2014) e Finlandia (Lappalainen et al., 2014).

5.1 Scopo

Lo scopo che più frequentemente emerge dall'analisi di questi studi, in accordo col nostro scopo di ricerca, riguarda la valutazione dell'efficacia di un programma di trattamento di diversi disturbi clinici, con orientamento cognitivo-comportamentale *internet-based* (O'Mahen et al., 2013; Flygare et al., 2020; Kladnitski et al., 2020; Littleton et al., 2016; Andersson et al., 2013b; Andersson et al., 2013a; Newby et al., 2014; Zerwas et al., 2017; Ivarsson et al., 2014; Knaevelsrud et al., 2015), indicato il più delle volte con la sigla iCBT. È opportuno specificare che lo scopo della ricerca di Andersson et al. (2013b) si focalizza sulla verifica dei risultati al *follow-up*, a 3 anni e mezzo, della ricerca di Vernmark et al. (2010), il cui scopo originale era quello di valutare i benefici a lungo termine di 2 terapie cognitivo-comportamentale *internet-based*. Molti autori, inoltre, fanno riferimento a specifici trattamenti basati su tecniche cognitivo-comportamentali *internet-based*. Proponiamo qui di seguito, delle indicazioni più precise: Kladnitski et al. (2020) utilizzano la *Mindfulness Enhanced iCBT* e la *Internet delivered Mindfulness Training* (iMT); Krieger et al. (2019) ricorrono alla Sleep Restriction Treatment (SRT) e all'iCBT multicomponentiale (MCT); Morland et al. (2015) e Morland et al. (2014) fanno riferimento alla Cognitive Processing Therapy (CPT); Vogel et al. (2014), la *Exposure and Response Prevention* (ERP); Choi et al. (2014), la *Telepsicoterapia Problem Solving* (telePST); Lappalainen et al. (2014), il trattamento di auto-aiuto *internet-based* basato sull'*Acceptance and*

Commitment Therapy (iACT); Lewis et al. (2017), il trattamento focalizzato sul trauma; Kersting et al. (2013), le tecniche di esposizione di ristrutturazione cognitiva. Boß et al. (2017) fanno riferimento a un intervento sull'abuso d'alcol *internet-based*, senza specificare però l'orientamento teorico. L'efficacia di questi trattamenti è stata valutata confrontandola con l'efficacia di diverse tipologie di trattamento alternative: alcuni autori hanno identificato come gruppo di controllo soggetti sottoposti ai consueti trattamenti (O'Mahen et al., 2013; Kladnitski et al., 2020; Krieger et al., 2019); altri autori, invece, confrontano le terapie on-line con la psicoterapia tradizionale *face-to-face* (Morland et al., 2015; Zerwas et al., 2017; Choi et al., 2104; Morland et al., 2014; Lappalainen et al., 2014). In alcuni studi, invece si valuta il confronto della terapia *internet-based* con altri programmi di trattamento *internet-based*, che si focalizzano su determinati elementi del trattamento: vediamo Kladnitski et al. (2020), che usano un programma trattamentale iCBT per la consapevolezza (*Mindfulness Enhanced iCBT*) e un programma di allenamento per la consapevolezza di vari sintomi clinici (*Internet delivered Mindfulness Training – iMT*); Krieger et al. (2019) fanno un confronto di efficacia tra un programma di trattamento iCBT per la cura dell'insonnia basata sulla restrizione del sonno (*Sleep Restriction Treatment – SRT*) e un programma di trattamento iCBT multicomponentiale (MCT). In altri studi, il gruppo di controllo fa riferimento a condizioni di controllo attivo, sempre in modalità *on-line* (Flygare et al., 2020; Littleton et al., 2016; Andersson et al., 2013a; Boß et al., 2017). Altri autori utilizzano gruppi di controllo in lista d'attesa (Vogel et al., 2014; Andersson et al., 2013b; Newby et al., 2014; Lewis et al., 2017; Ivarsson et al., 2014; Knaevelsrud et al., 2015; Kersting et al., 2013). Infine, troviamo Choi et al. (2104) che utilizzano il confronto col supporto telefonico. È utile evidenziare che alcuni autori hanno indicato altri scopi differenti, legati, comunque, alla valutazione dell'efficacia di determinati trattamenti *internet-based*: O'Mahen et al. (2013) intendono raccogliere dati sull'utilizzo dell'assistenza sanitaria nel pre-trattamento e nel posttrattamento in preparazione di una valutazione economica della salute; Flygare et al. (2020) valutano l'impatto di disturbi clinici in comorbidità sull'efficacia del trattamento dei sintomi depressivi. Analizzando sia gli scopi che determinate caratteristiche dei campioni, emerge che alcuni autori utilizzano programmi *internet-based* per il trattamento di specifici disturbi clinici in determinate popolazioni-target. Per citare alcuni esempi: O'Mahen et al. (2013) utilizzano il programma di trattamento NetmumsHWD (Netmums Helping With Depression) per la depressione post-partum in donne che avevano dato alla luce un bambino vivo nell'ultimo anno; Littleton et al. (2016) valutano l'efficacia del programma iCBT "From Survivor to Thriver" per donne vittime di stupro con disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD); il campione di Knaevelsrud et al. (2015) è composto da soggetti arabi traumatizzati coinvolti in conflitti bellici, con particolare attenzione all'Iraq. Oltre

a questi ultimi riferimenti, citiamo Morland et al. (2014), che hanno concentrato la propria ricerca sui veterani di guerra. Rimane da sottolineare lo studio di Choi et al., 2014, i cui soggetti, come criterio di inclusione, erano costretti alla vita domestica (per verificare l'efficacia di una psicoterapia *internet-based* rispetto alla psicoterapia domiciliare *face-to-face*).

5.2 Campione

Andando ad esaminare altre caratteristiche dei campioni presi in esame e considerando che tra i criteri d'inclusione non è stato posto alcun limite, si può notare l'eterogeneità della numerosità, con la maggior parte dei campioni che supera le 100 unità. Lo studio col campione più piccolo è di Vogel et al. (2014), che conta 30 partecipanti; lo studio col campione più grande è quello di Boß et al., 2017, che ha un totale di 434 soggetti. Osservando l'età media dei campioni, è facile constatare che la totalità dei partecipanti era maggiorenni. Emerge, inoltre, come nella maggior parte degli articoli esaminati, il campione è composto perlopiù da soggetti di genere femminile.

5.3 Disturbi oggetto di trattamento

Riguardo i disturbi oggetto di trattamento, la maggior parte degli studi, nello specifico 13, si è focalizzata sulla depressione: 5 sulla Depressione e sintomi depressivi (Flygare et al., 2020; Andersson et al., 2013a; Newby et al., 2014; Choi et al., 2014; Lappalainen et al., 2014), 2 sul Disturbo Depressivo Maggiore (Kladnitski et al., 2020; Andersson et al., 2013b); 1 sulla Depressione Post-Partum (O'Mahen et al., 2013). Seguono 7 studi che hanno esaminato il Disturbo Post-Traumatico da Stress (Littleton et al., 2016; Morland et al., 2015; Morland et al., 2014; Lewis et al., 2017; Ivarsson et al., 2014; Knaevelsrud et al., 2015; Kersting et al., 2013). Vengono poi 3 studi che hanno trattato l'ansia, in particolare: 1 sull'Ansia (Newby et al., 2014); 1 sul Disturbo d'Ansia Generalizzato (Kladnitski et al., 2020); 1 sul Disturbo d'Ansia Sociale (Kladnitski et al., 2020). Troviamo, infine, 2 studi focalizzati sul Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Kladnitski et al., 2020; Vogel et al., 2014); 1 sul Disturbo da Panico (Kladnitski et al., 2020); 1 sull'Agorafobia (Kladnitski et al., 2020); 1 sull'Insonnia (Krieger et al., 2019); 1 sulla Dipendenza da Alcol (Boß et al., 2017)

5.4 Variabili indagate

Analizzando le variabili indagate, emerge che in 14 studi è presente la Depressione e i sintomi depressivi (O'Mahen et al., 2013; Flygare et al., 2020; Littleton et al., 2016; Krieger et al., 2019; Andersson et al., 2013b; Andersson et al., 2013a; Morland et al., 2015; Choi et al., 2014; Lappa-

lainen *et al.*, 2014; Lewis *et al.*, 2017; Boß *et al.*, 2017; Ivarsson *et al.*, 2014; Knaevelsrud *et al.*, 2015; Kersting *et al.*, 2013); in 11 studi si va ad indagare l'Ansia (O'Mahen *et al.*, 2013; Flygare *et al.*, 2020; Littleton *et al.*, 2016; Andersson *et al.*, 2013b; Andersson *et al.*, 2013a; Morland *et al.*, 2015; Newby *et al.*, 2014; Lewis *et al.*, 2017; Boß *et al.*, 2017; Ivarsson *et al.*, 2014; Knaevelsrud *et al.*, 2015); 6 ricerche approfondiscono la sintomatologia del Disturbo Post-Traumatico da Stress (Morland *et al.*, 2015; Morland *et al.*, 2014; Lewis *et al.*, 2017; Ivarsson *et al.*, 2014; Knaevelsrud *et al.*, 2015; Kersting *et al.*, 2013); 6 ricerche vanno ad indagare la qualità della vita (Krieger *et al.*, 2019; Andersson *et al.*, 2013b; Andersson *et al.*, 2013a; Zerwas *et al.*, 2017; Ivarsson *et al.*, 2014; Knaevelsrud *et al.*, 2015); 4 studi valutano anche la soddisfazione dei pazienti (Krieger *et al.*, 2019; Morland *et al.*, 2015; Morland *et al.*, 2014; Lappalainen *et al.*, 2014); 3 l'alleanza terapeutica (Littleton *et al.*, 2016; Morland *et al.*, 2015; Vogel *et al.*, 2014); 2 l'aderenza al trattamento (Morland *et al.*, 2015; Morland *et al.*, 2014); 2 la comorbidità psicopatologiche (Zerwas *et al.*, 2017; Morland *et al.*, 2014); 2 il supporto sociale percepito (O'Mahen *et al.*, 2013; Lewis *et al.*, 2017); infine 1 va a valutare il funzionamento globale (Lewis *et al.*, 2017).

5.5 Strumenti di rilevazione

Sono stati utilizzati gli strumenti di rilevazione più disparati tra loro, per analizzare le variabili oggetto dello studio. Spesso sono state utilizzate solamente alcune sottoscale presenti all'interno dei test per verificare l'efficacia del trattamento sui sintomi presentati sia sul campione preso in esame sia sul gruppo di controllo.

La Depressione e i suoi sintomi sono presenti nella maggior parte degli studi, seguita dal Disturbo D'Ansia, e a seguire il Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD). Altri studi analizzano la Qualità della vita, la soddisfazione dei pazienti relativamente al trattamento, il grado di alleanza terapeutica, le comorbidità psicopatologiche, il supporto sociale percepito e il funzionamento globale, mediante la somministrazione di questionari e interviste.

Relativamente alla Depressione è stato misurato nello studio di O'Mahen H. A., et al tramite il *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS; Cox, Holden & Sagovsky, 1987); nello studio di Flygare A. L. *et al.* E di Andersson G., et al tramite il Self-reported Montgomery-Åsberg

Depression Rating Scale (MADRS-S; Svanborg & Asberg, 1994; nng & Bailer, 1993 e il ZUF-8 (Schmidt, Lamprecht & Wittmann, 1989); negli studi di Andersson G., Hesser H., Veilord A. *et al.* Choi N. G. et al tramite gli studi di Flygare A. L. *et al.*, Andersson G., et al, Andersson G., Hesser H., Hummerdal D., et al, Zerwas S. C. et al, Lappalainen P. et al, Ivarsson D. et al, tramite il *Beck*

Depression Inventory - Second edition (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 2005; nello studio di Littleton H., et al, Krieger T., et al tramite il *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale* (CES-D; Radloff, 1977; nello studio di Littleton H., et al tramite il *Scale for Suicide Ideation* (SSI; Beck, Kovacs & Weissman, 1979;nello studio di Krieger T., et al tramite il *Allge-meine Depressions-Skala - Kurzform* (ADS-K; Hautzie il *Hamilton Rating Scale for Depression* (HDRS; Hamilton, 1967);negli studi di Vogel P. A., et al, Lewis C. E. et al tramite il *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Steer, & Garbin, 1988); nello studio di Boß L. et al tramite il *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995).

Relativamente al Disturbo D'Ansia il fenomeno è stato misurato nello studio di O'Mahen H. A.,et al, Kladnitski N. et al, Newby J. M. et al tramite il *Generalized Anxiety Disorder Scale* (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006); nello studio di Kladnitski N. et al tramite il *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5* (ADIS-5; Brown and Barlow, 2014); nello studio di Littleton H., et al tramite il *Four Dimensional Anxiety Scale was administered* (FDAS; Bystritsky, Linn & Ware, 1990); negli studi di Andersson G., Hesser H., Veilord A. et al., Andersson G., Hesser H., Hummerdal D.,et al, Zerwas S. C. et al, Lewis C. E. et al, Ivarsson D. et al, tramite il *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck Epstein, Brown & Steer, 1988); nello studio di Vogel P. A., et al tramite il *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM- IV* (ADIS-IV; Di Nardo, Brown, & Barlow, 1994);

Relativamente al Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD), il fenomeno è stato misurato nello studio di Kladnitski N. et al e nello studio di Newby J. M. et al, tramite il *General psychological distress* (K-10; Kessler et al., 2002); nello studio di Littleton H., et al tramite il *PTSD Symptom Scale-Interview* (PSS-I; Foa Riggs, Dancu & Rothbaum 1993) e lo *Stressful Life Events Screening Questionnaire* (SLESQ; Goodman, Corcoran, Turner, Yuan & Green, 1998); nello studio di Morland L., et al, Morland L. A., Mackintosh M.-A. et al, Ivarsson D. et al, tramite il *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS; Blake et al., 1995); nell studio di Lewis C. E. et al, tramite il

PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5; Weathers et al., 2013b); nello studio di Ivarsson D. et al, Kersting A. et al., tramite il *Impact of Event Scale Revised* (IES-R; Weiss & Marmar, 1997); nello studio di Ivarsson D. et al, Knaevelsrud C. et al, tramite il *Post-traumatic Stress Diagnostic Scale* (PDS; Foa, Cashman, Jaycox & Perry, 1997).

In numerosi lavori inoltre sono stati somministrati questionari di personalità che studiano le caratteristiche globali del paziente relativamente alla verosimile presenza di disturbi di personalità sia in Asse I sia in Asse II del DSM IV. Sono stati somministrati negli studi di Flygare A. L. et al, il *Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II* (MB First, M Gibbon, 2004), e lo *SCID-II* (First, Spi-

tzer, Gibbon, Williams & Benjamin, 1994); nello studio di Andersson G., Hesser H., Veilord A. *et al.* Morland L. A., Mackintosh M.-A. *et al.*, lo *Structured Clinical Interview for DSM-IV- Clinical Version (SCID-I-CV; First Gibbon, Spitzer & Williams, 1997a)*; nello studio di Flygare A. L. *et al.*, Zerwas S. C. *et al.*, lo *Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (SCID-I; First Gibbon, Spitzer & Williams, 1998)*; nello studio di Vogel P. A., *et al.*, il *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI; Thordarson Radomsky, Rachman, Shafran, Sawchuk & Hakstian, 2004)* e lo *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale interview (Y-BOCS; Goodman Rasmussen, Pricce, Mazure, Heninger & Charney, 1989)*; nello studio di Lappalainen P. *et al.*, la *Symptom Checklist 90 (SCL-90; validazione finlandese di Holi, Sammallahti & Ahlberg, 1998)*; nello studio di Knaevelsrud C. *et al.*, la *Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25; Mollica, Wyshak, de Marneffe, Khuon & Lavelle, 1987)* e la *Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1986)*; nello studio di Kersting A. *et al.* la *Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993)* e la *Dutch Screening Device for Psychotic Disorder (DSDPD; Lange, Schrieken, Blankers, Van de Ven & Slot, 2000)*

5.6 Sessioni

In tutti gli studi il campione preso in esame è stato reclutato e suddiviso in uno o più gruppi. In tutti gli studi, essendo RCT, il campione è stato randomizzato casualmente a diverse condizioni sperimentali: uno o più gruppi sperimentali e uno di controllo. Il programma di trattamento, ha avuto una durata da un minimo di 5 settimane (Kersting *et al.*, 2013; Knaevelsrud *et al.*, 2015), fino ad un periodo massimo di 20 settimane (Zerwas *et al.*, 2017; Morland *et al.*, 2014; Lewis *et al.*, 2017; Ivarsson *et al.*, 2014); in generale in ogni ricerca il trattamento era sempre guidato da un clinico esperto, ed era provvisto di supporto psicologico e/o di un servizio di consulenza tramite email o chat (attraverso le relative piattaforme internet) oppure tramite contatto telefonico o videochiamata. Le consulenze, nella maggior parte dei casi erano fornite da psicologi formati per tecniche specifiche, sia da psicoterapeuti abilitati o in formazione. Il materiale fornito dagli sperimentatori consisteva in moduli scritti da completare, contenuti formativi come ad esempio videolezioni riguardanti sia psicoeducazione e/o informazioni generiche sui disturbi psicologici trattati, sia una formazione specifica relativa alle tecniche e strategie psicoterapeutiche utilizzate. Sono state eseguite inoltre delle verifiche di *follow-up* per riscontrare l'efficacia e i benefici apportati ai rispettivi campioni nel tempo, dai tipi di trattamento utilizzati.

Per quanto riguarda i dettagli dell'organizzazione delle sessioni di ogni singola ricerca presa in esame in questa rassegna, si osservi la Tabella (Fig.3) sottostante.

Fig. 3

Articoli	settimane durata trattamento (nr)	Gruppo Sperimentale	Gruppo di Controllo
1) <u>O'Mahen et al., 2013</u>	17	12 sessioni contenenti moduli di Attivazione Comportamentale, esercizi interattivi per il trattamento della depressione e accesso ad una chat room tra pari moderata da infermieri. Il supporto psicologico settimanale telefonico era condotto da diplomati in psicoterapia.	accesso alla chat room moderata da infermieri domiciliari e da sostenitori dei genitori che hanno fornito supporto e consulenza tramite email o chat per la depressione
2) <u>Flygare et al., 2020</u>	10	iCBT (terapia cognitivo comportamentale basata su Internet) diviso in 8 moduli di testo e esercizi per un totale di 114 pagine. I moduli includevano un'introduzione alla teoria Cognitivo Comportamentale, un modulo relativo alla depressione e due moduli relativi alla ristrutturazione cognitiva erano inclusi inoltre un modulo sul miglioramento della qualità del sonno ed uno relativo alle tecniche di rilassamento. Il modulo conclusivo era strutturato per far raggiungere ai pazienti gli obiettivi a lungo termine e per la prevenzione delle ricadute. + guida e supporto psicologico da un terapeuta via messaggio scritto, e un servizio di messaggistica per contattarlo.	9 moduli scritti non contenenti elementi di terapia cognitivo comportamentale ma informazioni generiche su depressione, diagnosi epistemologia, differenze di genere comorbidità e brevi descrizioni di trattamenti psicologici e farmacologici. + supporto psicologico da un terapeuta via messaggio scritto, ma i contenuti in questo caso, rispetto al gruppo sperimentale, erano solo supportivi non contenevano informazioni relative al cambiamento dei comportamenti disfunzionali.
3) <u>Kladnitski et al., 2020</u>	14	6 lezioni contenente materiale tecnico illustrativo, accessibile da internet e scaricabile. Il campione è stato diviso in tre gruppi sperimentali in cui variavano i contenuti: Il primo gruppo era sottoposto ad un trattamento di iCBT (terapia cognitivo comportamentale basata su Internet) contenete esercizi di psicoeducazione su depressione, ansia, ciclo CBT, skills CBT come Attivazione comportamentale (BA), terapia cognitiva (incluso monitoraggio cognitivo e ristrutturazione cognitiva), strategie per la gestione dell'ansia e delle ruminazioni, esposizione graduale e prevenzione delle cadute. Al secondo gruppo era somministrato un programma di Mindfulness Enhanced CBT basato su internet (MEiCBT) che consisteva in: una integrazione tra le componenti iCBT del GS1, e i principi della Mindfulness. In particolare educazione sui principi di consapevolezza, esercizi informali di consapevolezza e un totale di 9 meditazioni guidate adattate dalla Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) (Segal et al., 2012; Teasdale et al., 2013) e Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) (Kabat-Zinn, 2013) integrate con le competenze CBT insegnate. Il terzo gruppo era sottoposto ad un programma Mindfulness Training basato su internet (iMT) che consisteva in: educazione alla consapevolezza (mindfulness), guida sull'uso delle abilità di consapevolezza per gestire i sintomi, 9 meditazioni guidate (ad esempio Mindfulness of Breath, Body Scan), orientamento sull'utilizzo delle capacità di consapevolezza nella vita quotidiana e suggerimenti per il superamento delle difficoltà comuni associate alla pratica della mindfulness.	invitato a chiedere assistenza al proprio medico di base o a rivolgersi ai servizi sanitari
4)	14	programma interattivo basato su internet "From Survivor to	accedeva ad un sito web psicoeducativo

<p><u>Littleton et al., 2016</u></p>		<p>Thriver” consisteva in 9 moduli, è in cui è necessario completare un modulo alla volta, per passare a quello successivo (accesso dato dal terapeuta). I primi 3 moduli sono psicoeducativi sul PTSD e sull’impatto del rapporto sessuale non desiderato; I moduli 4-5 introducono il modello cognitivo; i moduli dal 6 al 9 consistono nell’uso di tecniche cognitivo-comportamentali.</p> <p>Ogni modulo è composto da un video in cui gli sviluppatori spiegano l’argomento, una descrizione scritta accompagnata da esempi delle competenze richieste o delle tecniche ed esercitazioni interattive asincrone con il terapeuta alla fine di ogni modulo. Il terapeuta forniva un feedback scritto e un videomessaggio sulle esercitazioni completate dalla partecipante per favorirla nel proseguire nel completamento dei moduli ed apprendere e utilizzare le tecniche CBT.</p>	<p>di auto-aiuto contenente informazioni psicoeducative sul PTSD e sull’impatto del rapporto sessuale non desiderato (rilassamento, strategie di coping adattive) corrispondenti a quelle dei primi 3 moduli del programma del GS, ma solo in forma scritta. In questo caso però i moduli non contenevano contenuti multimediali attivi come nel gruppo sperimentale.</p>
<p>5) <u>Krieger et al., 2019</u></p>	<p>8</p>	<p>Gruppo Sperimentale 1 era somministrato un intervento di multi- component cognitive behavioral self-help internet-based guided intervention (MCT): programma di auto-aiuto guidato che consiste in 8 sessioni (1 a settimana), con informazioni e compiti scritti; le componenti sono: psicoeducazione, tecniche comportamentali, tecniche cognitive per la gestione dell’insonnia.</p> <p>In tutti gli studi il campione preso in esame è stato reclutato e suddiviso in uno o più gruppi. In tutti gli studi, essendo RCT, il campione è stato randomizzato casualmente a diverse condizioni sperimentali: uno o più gruppi sperimentali e uno di controllo. Il programma di trattamento, ha avuto una durata da un minimo di 5 settimane (Kersting et al., 2013; Knaevelsrud et al., 2015), fino ad un periodo massimo di 20 settimane (Zerwas et al., 2017; Morland et al., 2014; Lewis et al., 2017; Ivarsson et al., 2014); in generale in ogni ricerca il trattamento era sempre guidato da un clinico esperto, ed era provvisto di supporto psicologico e/o di un servizio di consulenza tramite email o chat (attraverso le relative piattaforme internet) oppure tramite contatto telefonico o videochiamata. Le consulenze, nella maggior parte dei casi erano fornite da psicologi formati per tecniche specifiche, sia da psicoterapeuti abilitati o in formazione. Il materiale fornito dagli sperimentatori consisteva in moduli scritti da completare, contenuti formativi come ad esempio videolezioni riguardanti sia psicoeducazione e/o informazioni generiche sui disturbi psicologici trattati, sia una formazione specifica relativa alle tecniche e strategie psicoterapeutiche utilizzate. Sono state eseguite inoltre delle verifiche di <i>follow-up</i> per riscontrare l’efficacia e i benefici apportati ai rispettivi campioni nel tempo, dai tipi di trattamento utilizzati.</p> <p>Per quanto riguarda i dettagli dell’organizzazione delle sessioni di ogni singola ricerca presa in esame in questa rassegna, si osservi la Tabella (Fig.3) sottostante.</p> <p>Gruppo Sperimentale 2 era somministrato un trattamento basato sull’Internet-based guided sleep restriction treatment (SRT): istruzioni sulla restrizione del sonno e un modulo introduttivo psicoeducativo. E messa in pratica della restrizione del sonno, che consiste nel mettere in atto una lieve privazione del sonno per migliorare la qualità del sonno endogeno, tutto fatto sulla base dei protocolli tenuti dal paziente sul sonno e sotto la guida di un terapeuta.</p>	<p>libero accesso alle cure fornite dal servizio sanitario e dopo 8 settimane (post-test) sono stati sottoposti al programma MCT, come il Primo Gruppo Sperimentale</p>
<p>6) <u>Andersson</u></p>	<p>8</p>	<p>iCBT + trattamento di auto-aiuto, composto da 7 moduli di testo scritto, inclusi esercizi (114 pagine).</p>	<p>terapia di gruppo di persona CBT, che seguiva la struttura e le componenti</p>

<p><u>et al., 2013b</u></p>		<p>Il materiale consisteva in un'introduzione alla CBT, seguita da una introduzione sulla depressione da una prospettiva CBT con un focus sull'aspetto comportamentale, in particolare sull'attivazione comportamentale, seguita dalla ristrutturazione cognitiva, gestione del sonno, definizione di obiettivi/ valori e prevenzione delle ricadute. Il trattamento è guidato via internet da un terapeuta (psicologo clinico), il quale chiede ai pazienti di svolgere i compiti entro ogni domenica, e entro 24 h dalla ricezione, darà un feedback personalizzato per ogni paziente sul compito svolto.</p>	<p>dell'intervento nel Gruppo Sperimentale (iCBT). È infatti stato preparato un manuale per il conduttore e il co-conduttore (rispettivamente uno psicologo clinico e uno studente di psicologia) che includeva alcune linee guida, elementi di psico-educazione, revisione dei compiti, esercizi e una programmazione degli 8 incontri di gruppo, ciascuno della durata di 2 ore (inclusa una pausa di 15 minuti). Durante il periodo di trattamento nessun partecipante al Gruppo di Controllo ha avuto contatti via internet con un terapeuta, ma durante gli incontri di gruppo sono stati forniti gli stessi moduli scritti del gruppo iCBT, per assicurarsi che non ricevessero informazioni e trattamenti meno dettagliati sulla depressione.</p>
<p>7) <u>Andersson et al., 2013a</u></p>	<p>8</p>	<p>Il campione è stato suddiviso in due gruppi Sperimentali e i trattamenti sono stati forniti da 6 psicologi in formazione psicoterapica, supervisionati da uno psicoterapeuta.</p> <p>Gruppo Sperimentale 1: sottoposto a iCBT via email in cui il terapeuta svolge la terapia via email. Poiché non esisteva un protocollo manuale per la terapia via email i ricercatori dell'articolo di Vernmark <i>et al.</i>, 2010, hanno creato un manuale che si basa sui principi CBT per il trattamento della depressione, ma ovviamente le risposte via email del terapeuta non erano standardizzate, ma si adattavano alle esigenze del paziente, quindi in generale questo protocollo includeva una concettualizzazione del caso, analisi funzionale con l'uso di compiti per casa e l'uso di componenti tipiche della CBT per la depressione come attivazione comportamentale e ristrutturazione cognitiva, regolazione del sonno, definizione di obiettivi / valori e prevenzione delle ricadute; praticamente il ruolo dello psicologo era lo stesso che si ha nel trattamento face-to-face, solo che veniva fatto per email una volta a settimana.</p> <p>Gruppo Sperimentale 2: intervento di ICBT di auto-aiuto guidato: un programma on-line composto da moduli con compiti a casa che il paziente deve completare per passare al modulo successivo, sempre basato su teorie CBT. Ovvero includeva un'introduzione alla CBT, una descrizione della depressione da una prospettiva CBT con focus comportamentale, l'attivazione comportamentale, la ristrutturazione cognitiva, la gestione del sonno, la definizione di obiettivi / valori e la prevenzione delle ricadute. Lo psicologo, alla fine di ogni modulo, dava l'accesso a quello successivo e rafforzavano via email i progressi compiuti.</p>	<p>Lista di attesa.</p>
<p>8) <u>Morland et al., 2015</u></p>	<p>Non specificata (1 o 2 sedute alla settimana)</p>	<p>CPT-VTC: Cognitive Processing Therapy (CPT) in videotele conferenza (VTC) e consisteva in 12 sessioni di gruppo a cadenza settimanale o bi-settimanale, della durata di 90 minuti.</p>	<p>CPT-NP: Cognitive Processing Therapy (CPT) di persona e consisteva in 12 sessioni di gruppo a cadenza settimanale o bi-settimanale, della durata di 90 minuti</p>

	per un totale di 12 incontri		
9) <u>Vogel et al., 2014</u>	12	<p>Il campione è stato suddiviso in due gruppi Sperimentali:</p> <p>Gruppo Sperimentale 1: trattamento ERP con VTC: i primi 4 partecipanti del gruppo VTC hanno ricevuto in media 6 sessioni di videoconferenza tramite 2 computer dell'ospedale, all'interno dell'ospedale e 9 sessioni telefoniche.</p> <p>Dopo aver ricevuto l'approvazione del comitato etico per l'uso dei tablet e delle apparecchiature di videoconferenza professionali, tutti e 6 gli altri partecipanti alla condizione VTC hanno ricevuto sessioni di videoconferenza solo sul tablet, integrate da una sessione telefonica occasionale quando non era pratico incontrarsi tramite videoconferenza.</p> <p>Le sessioni erano programmate seguendo il rationale di trattamento standard ERP.</p> <p>Le sessioni venivano svolte una volta a settimana.</p> <p>La durata delle telefonate era tra i 30 e 45 minuti, mentre le videoconferenze fino a un massimo di 90 minuti.</p> <p>I famigliari, siccome hanno un ruolo importante e supportivo al DOC, erano presenti alla prima videoconferenza.</p> <p>Dopo la valutazione post-trattamento, ai partecipanti sono state offerte sessioni telefoniche di mantenimento di follow-up 1 o 2 volte al mese fino al colloquio di follow-up a 3 mesi per incoraggiare ulteriori esposizioni e suggerire miglioramenti.</p> <p>Tutti i partecipanti hanno fatto almeno una chiamata telefonica prima del follow-up.</p> <p>Gruppo Sperimentale 2: trattamento ERP auto-aiuto: è stato inviato ai partecipanti tramite email l' ERP-based self-help book (Foa & Kozak, 1997) e non sono stati più contattati da nessun terapeuta e non è stata fornita loro una guida. Però potevano contattare il clinico se avevano domande in merito allo studio o al materiale del libro o se la loro condizione peggiorava.</p>	Lista di attesa.
10) <u>Newby et al., 2014</u>	10	<p>intervento di iCBT strutturato su un trattamento on-line assistito da un clinico tramite sito web, organizzato in 6 lezioni illustrate on-line, e un corrispondente sommario della lezione (che include compiti e esercizi pratici), da completare entro 10 settimane. Le lezioni sono presentate in forma di storia illustrata di due personaggi di fantasia affetti da ansia e depressione che acquisiscono la padronanza delle loro sintomatologie grazie all'aiuto di un clinico che utilizza tecniche CBT. Le specifiche componenti trattate nelle lezioni sono centrate sui pensieri negativi ricorrenti (ruminazione) e le convinzioni positive: psicoeducazione, auto-monitoraggio, identificazione, ristrutturazione cognitiva delle credenze positive/negative sui pensieri negativi ricorrenti (ruminazione), attivazione comportamentale, problem solving, spostamento dell'attenzione, tempo speso per preoccupazioni, esposizione immaginativa a scenari preoccupanti. I partecipanti al gruppo iCBT hanno</p>	Lista di attesa. Il trattamento iCBT è stato somministrato dopo la valutazione post-trattamento.

		<p>ricevuto regolarmente e-mail e/o contatti telefonici con il proprio clinico fino al completamento della lezione 2, dopo di che è stato attivato il contatto solo in risposta a richieste del paziente.</p> <p>Il terapeuta ha risposto a tutte le e-mail che richiedevano una consulenza clinica. Inoltre alla all'inizio di ogni modulo ogni partecipante doveva completare un questionario self-report il Kessler-10 e/o PHQ-9, questo permetteva al clinico di monitorare possibili aumenti di sintomatologia, e se c'era un aumento di almeno di 0,5 nel punteggio totale, il clinico contattava telefonicamente il partecipante.</p>	
11) <u>Zerwas et al., 2017</u>	20	<p>Il programma consisteva in 16 sedute di gruppo di 90 minuti ciascuna. La durata era di 20 settimane (12 a cadenza settimanale seguite da 4 a cadenza bisettimanale) e i gruppi erano formati da 3 – 5 pazienti condotti da un terapeuta, a cui sono stati somministrati i medesimi contenuti e trattamenti.</p> <p>Il trattamento in questo caso è stato condotto on-line tramite una chat di gruppo.</p>	Stesso trattamento di gruppo del Gruppo sperimentale, ma di persona.
12) <u>Choi et al., 2014</u>	6	<p>Il campione è stato suddiviso in due gruppi Sperimentali:</p> <p>Gruppo Sperimentale 1: Tele-PST: 6 sessioni a cadenza settimanale (1°face-to-face, 2°-6° via Skype) della durata di 60 minuti.</p> <p>Gruppo Sperimentale 2: IP-PST: psicoterapia tradizionale consistente in 6 sessioni a cadenza settimanale della durata di 60 minuti svolte di persona presso domicilio.</p> <p>In entrambi i gruppi sperimentali (Tele-PST e IP-PST) ogni sessione PST di 60 minuti, il terapeuta e il partecipante utilizzano un foglio di lavoro per progredire nelle 7 fasi della PST-PC (PST Primari Care) focalizzandosi sulla valutazione dei partecipanti, valutazione degli specifici problemi, l'identificazione della possibile migliore soluzione, attuazione pratica delle migliori soluzioni, oltre a affrontare l'anedonia e il ritardo psicomotorio attraverso l'attivazione comportamentale e una maggiore esposizione a eventi piacevoli.</p>	supporto telefonico strutturato su 6 sessioni a cadenza settimanale della durata di 30 minuti. Lo scopo delle chiamate era fornire supporto non specifico e monitorare i sintomi depressivi dei partecipanti per garantirne la sicurezza.
13) <u>Morland et al., 2014</u>	20	<p>trattamento di gruppo in videoconferenza guidato da un conduttore e da un co-conduttore (tra 9 psicologi in dottorato e un assistente sociale esperto, formati) basato sul protocollo CPT-C (Resick, Galovski, O'Brien Uhlmansiek <i>et al.</i>, 2008), composto da 12 sessioni da 90 minuti, a cadenza bi-settimanale (6 settimane). I partecipanti inoltre ricevevano un quaderno CPT-C che includeva informazioni didattiche e esercizi.</p>	Stesso trattamento di gruppo del Gruppo sperimentale, ma di persona.
14) <u>Lappalaine n et al., 2014</u>	6	<p>trattamento di iACT strutturato su due incontri faccia-faccia con il terapeuta (uno all'inizio, dove il partecipante viene intervistato per la raccolta anamnestica per circa 60 minuti e alla fine del trattamento); poi tramite email poi ogni partecipante accede al programma iACT, composto da 6 moduli, da completare uno a settimana. I moduli sono composti da materiale per esercizi scritti, materiale audio, testi da leggere, con esercizi, domande, ecc basate sui principi dell'ACT. I terapeuti fornivano supporto e feedback scritti una volta alla settimana, e monitoravano i progressi, inoltre se i partecipanti non completavano il modulo entro la data prefissata, il terapeuta mandava loro un SMS al cellulare per "ricordare" la scadenza.</p>	trattamento di ACT-IP strutturato in colloqui faccia a faccia paziente-terapeuta di circa 60 minuti l'uno, svolte presso il Dipartimento di Psicologia una volta a settimana; il trattamento è durato 6 settimane ed è basato sui principi ACT (come per il gruppo iACT).

<p>15) <u>Lewis et al., 2017</u></p>	<p>20</p>	<p>programma che viene avviato con un incontro faccia-faccia di 1 ora con il terapeuta-guida (psichiatra o psicologo clinico in formazione CBT) e successivamente appuntamenti ogni 15 giorni di 30 minuti in presenza o tramite chiamate telefoniche, in base alla scelta del partecipante (massimo 3 ore totali di assistenza terapeutica). Inoltre, il terapeuta-guida durante le 8 settimane di intervento contatta il partecipante via telefono o e-mail per verificare ciò che è stato svolto e motivare il paziente a completare il modulo.</p> <p>Lo scopo della presenza del terapeuta-guida era quello di supporto continuo, monitoraggio, motivazione e risoluzione dei problemi.</p> <p>Il programma è composto da 8 moduli da completare in 8 settimane incentrati sulla psicoeducazione; messa a terra; rilassamento; attivazione comportamentale; vita reale e esposizione immaginaria; terapia cognitiva e prevenzione delle ricadute.</p>	<p>Trattamento ritardato: dopo 14 settimane dalla baseline (valutazione pre-trattamento), è stato somministrato lo stesso trattamento del primo Gruppo Sperimentale.</p>
<p>16) <u>Boß et al., 2017</u></p>	<p>6</p>	<p>Nei due i gruppi sperimentali l'intervento basato sul web (CWT), consiste in 5 moduli (ogni partecipante doveva completare un modulo alla settimana). Ogni modulo conteneva informazioni generali, esempi illustrativi, esercizi interattivi, quiz, file audio e video, fogli di lavoro scaricabili. Gli esercizi sono stati ricavati da adattamenti di interventi evidence-based per il trattamento disturbo da uso di alcol, come interviste motivazionali, e strumenti per controllare i comportamenti di assunzione di alcol (definizione di obiettivi, diario, stile di coping, prevenzione delle ricadute, ecc). in questo intervento sono state incluse anche tecniche di regolazione emotiva che non sono state testate molto nell'ambito degli interventi precedentemente proposti per il trattamento della dipendenza da alcol.</p> <p>Gruppo Sperimentale 1: trattamento di guided CWT, consistente in un intervento di auto-aiuto basato sul web guidato da un eCoach (psicologo formato). Ad ogni partecipante veniva assegnato un eCoach, che aveva lo scopo di monitorare l'aderenza all'intervento e fornire feedback e risposte alle domande del partecipante. Se il partecipante non completava il modulo entro 7 giorni, l'eCoach gli mandava un messaggio scritto di incoraggiamento in uno stile motivazionale. Il partecipante poteva scrivere in qualsiasi momento, tramite la piattaforma internet, all'eCoach se aveva dubbi o domande, e lo psicologo gli rispondeva entro 48h.</p> <p>trattamento di unguided CWT. Il paziente unguided Gruppo Sperimentale 2: CWT: poteva contattare il gruppo di sperimentatori via email ma solo per problemi tecnici.</p>	<p>Lista di attesa. È importante ricordare che in tutte e 3 le condizioni sperimentali i partecipanti avevano libero accesso agli usuali servizi di cura.</p>
<p>17) <u>Ivarsson et al., 2014</u></p>	<p>20</p>	<p>programma di iCBT composto da 8 moduli in forma scritta con alcune immagini, uno per settimana (durata totale: 8 settimane). Per tutta la durata del trattamento è previsto (tramite scambio di email) il supporto, l'incoraggiamento a proseguire nei moduli, feedback personalizzati sui compiti e risposte a domande da parte di un terapeuta (tra 5 psicologi in formazione CBT e supervisionati da esperti). I contenuti dei moduli riguardano la</p>	<p>Lista d'attesa. Durante il periodo di attesa, al fine di non mantenere i partecipanti in una condizione passiva, venivano somministrate loro domande generiche riguardo al benessere, allo stress e al sonno a cadenza settimanale. Inoltre sono sollecitati a contattare i responsabili</p>

		CBT specifica per il DPTS come psicoeducazione, training su strategie di coping di gestione dell'ansia (controllo del respiro e rilassamento), esposizione immaginata e in vivo, ristrutturazione cognitiva e prevenzione delle ricadute.	del progetto in caso emergessero pensieri relativi al suicidio. Dopo 8 settimane (valutazione post-trattamento) al Gruppo di Controllo è stato somministrato il trattamento del Gruppo Sperimentale.
18) <u>Knaevelsru d et al., 2015</u>	5	<p>Tutti i partecipanti allo studio hanno ricevuto una formazione iniziale sul PTSD, poi sono stati assegnati casualmente ai 2 gruppi (Sperimentale e di Controllo).</p> <p>Gruppo sperimentale: trattamento iCBT. un manuale olandese (Lange <i>et al.</i>, 2003) di CBT via internet per PTSD è stato tradotto e adattato in lingua araba. Il trattamento consiste in attività scritte assegnate 2 volte a settimana per un periodo di 5 settimane (in totale 10 assegnazioni). Il trattamento è stato svolto da 8 terapeuti di in grado di parlare la lingua araba, che hanno ricevuto una formazione CBT. La comunicazione tra terapeuta paziente era asincrona e in forma scritta. Ogni volta che il partecipante non completava il suo compito scritto, veniva inviata una email di promemoria, se non rispondeva dopo 2 email di promemoria il terapeuta lo chiamava per telefono per incoraggiarlo a procedere. La maggior parte delle fasi di questa ricerca consisteva nell'assegnare compiti scritti seguendo 3 3 fasi: 1) auto-confronto con l'evento traumatico (per esempio scrivere in dettaglio l'evento traumatico); 2) ristrutturazione cognitiva (per esempio scrivere una lettera di supporto a un amico che ha vissuto la stessa situazione traumatica); 3) social sharing/condivisione sociale (per esempio scrivere una simbolica lettera di addio rivolta a se stessi o chi è stato coinvolto nell'evento traumatico ecc).</p>	Lista d'attesa, ed è stato sottoposto a trattamento 6 settimane dopo il primo gruppo, con le medesime modalità.
19) <u>Kersting et al., 2013</u>	5	<p>trattamento basato su un adattamento del trattamento on-line CBT di Lange <i>et al.</i> (2003). Ai partecipanti erano assegnati compiti di scrittura basati sul protocollo di trattamento CBT, da parte del loro terapeuta, che sono stati personalizzati dal clinico per ogni paziente. Erano disponibili per il terapeuta risposte preimpostate, ma c'era anche la possibilità di aggiungere commenti o feedback di supporto. La comunicazione paziente-terapeuta era asincrona ed esclusivamente basata sul testo (scambio di email), attraverso l'assegnazione di compiti scritti. Non sono stati utilizzati esercizi interattivi on-line o presentazioni multimediali (audio o video).</p> <p>I partecipanti hanno effettuato 2 incontri on-line (di assegnazione di compiti scritti) settimanali con il terapeuta da 45 minuti, per un periodo totale di 5 settimane (10 compiti scritti in totale). L'intervento era composto da 3 fasi di trattamento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) auto-confronto (scrivere in modo dettagliato 4 testi riguardanti le circostanze dell'evento traumatico di perdita di un figlio in gravidanza); 2) Ristrutturazione cognitiva (scrivere una lettera supportiva e di incoraggiamento ad un amico ipotetico che sta affrontando difficoltà simili); 3) social sharing/condivisione sociale (scrivere una lettera a una persona significativa, o a qualcuno che hanno perso o a loro stessi). I terapeuti (psicologi in formazione CBT) rispondevano ad 	Lista d'attesa e per motivi etici hanno ricevuto il trattamento del Gruppo Sperimentale dopo 5 settimane (valutazione post-trattamento).

		ogni produzione di testo entro 20-50 minuti dalla recezione. I partecipanti sono stati incoraggiati a contattare il terapeuta in qualsiasi momento durante lo studio in caso di difficoltà o crisi.	
--	--	---	--

6. TEORIA DI RIFERIMENTO

La teoria di riferimento utilizzata maggiormente nelle ricerche considerate è cognitivo-comportamentale, presente in 18 degli articoli analizzati (O'Mahen *et al.*, 2013; Flygare *et al.*, 2020; Kladnitski *et al.*, 2020; Littleton *et al.*, 2016; Krieger *et al.*, 2019; Andersson *et al.*, 2013b; Andersson *et al.*, 2013a; Morland *et al.*, 2015; Vogel *et al.*, 2014; Newby *et al.*, 2014; Zerwas *et al.*, 2017; Choi *et al.*, 2014; Morland *et al.*, 2014; Lappalainen *et al.*, 2014; Lewis *et al.*, 2017; Ivarsson *et al.*, 2014; Knaevelsrud *et al.*, 2015; Kersting *et al.*, 2013). Nello studio di Choi *et al.* (2014), si fa riferimento alla *Problem Solving Therapy for Primary Care Medicine* (PST-PC) sviluppata da Mynors Wallis. In un solo studio, la teoria di riferimento non viene indicata (Boß *et al.*, 2017).

7. DISEGNO RCT O QUASI RCT

Tra i criteri d'inclusione, la ricerca deve essere caratterizzato da un disegno RCT (studio controllato randomizzato) o quasi RCT: emerge che tutti gli studi analizzati si basano su un disegno di ricerca RCT.

8. FOLLOW-UP

Altro criterio di inclusione è la presenza di *follow-up* ad almeno 3 mesi in seguito al post-trattamento, per indicare l'efficacia del trattamento anche a lungo termine. Di conseguenza, dalla nostra analisi, è emerso che 10 studi hanno un *follow-up* a 3 mesi (Kladnitski *et al.*, 2020; Littleton *et al.*, 2016; Morland *et al.*, 2015; Vogel *et al.*, 2014; Newby *et al.*, 2014; Choi *et al.*, 2014; Morland *et al.*, 2014; Lewis *et al.*, 2017; Knaevelsrud *et al.*, 2015; Kersting *et al.*, 2013); 8 ricerche hanno un *follow-up* a 6 mesi (O'Mahen *et al.*, 2013; Flygare *et al.*, 2020; Krieger *et al.*, 2019; Morland *et al.*, 2015; Choi *et al.*, 2014; Morland *et al.*, 2014; Lappalainen *et al.*, 2014; Boß *et al.*, 2017); 1 studio a 9 mesi (Choi *et al.*, 2014); 3 studi a 12 mesi (Flygare *et al.*, 2020; Zerwas *et al.*, 2017; Kersting *et al.*, 2013); 3 studi a 1 anno (Flygare *et al.*, 2020; Andersson *et al.*, 2013a; Ivarsson *et al.*, 2014); infine, 1 studio a 3 anni (Andersson *et al.*, 2013a).

Emerge, inoltre, che in 4 studi il *follow-up* è stato previsto solo per il gruppo sperimentale (Kladnitski *et al.*, 2020; Vogel *et al.*, 2014; Newby *et al.*, 2014; Knaevelsrud *et al.*, 2015).

È doveroso specificare che la ricerca di Andersson *et al.* (2013b) si basa sul *follow-up* a 3 anni e mezzo in seguito al post-trattamento applicato nella ricerca di Vernmark *et al.* (2010).

Per quanto riguarda la discussione relativa all'analisi dei risultati si rimanda alle conclusioni.

9. RISULTATI E CONCLUSIONI

Recentemente la pandemia Covid-19 e la necessità di isolamento prolungato a inizio anno 2020, hanno posto un serio problema di accesso alle psicoterapie, molti professionisti del settore della salute mentale italiani e di tutto il mondo si sono trovati costretti, per continuare a svolgere il loro lavoro, ad avere a che fare con il *setting on-line*. In realtà la psicoterapia *on-line* non è nuova nell'ambito, poiché si è sviluppata di pari passo con l'evoluzione delle nuove tecnologie e dei mezzi di comunicazione e trasversalmente in vari settori, fa parte infatti della grande macroarea della Telemedicina. In letteratura sono state fatte diverse ricerche sulla sua efficacia e sono stati implementati diversi progetti che prevedono anche trattamenti di gruppo, o che coinvolgono il professionista anche non a livello sincronico (ad esempio attraverso chat o email e non solo tramite programmi di videoconferenza come ad esempio Skype), portando a grossi risparmi di tempo e denaro sia per il professionista, che riesce a seguire più persone in meno tempo, che per i pazienti che possono imparare ad allenarsi a sviluppare alcune abilità psicologiche cognitive e comportamentali, senza il bisogno della presenza settimanale e fisica del loro professionista di fiducia, risparmiando così tempo, spostamenti-viaggi e denaro. In letteratura però non sono presenti rassegne che verifichino lo stato attuale di efficacia, anche nel lungo termine con *follow-up*, di questi programmi di trattamento *on-line evidence-based* per diversi disturbi e sintomatologie riguardanti la salute mentale, molte riguardano infatti singolarmente specifici disturbi. Tale rassegna risulta quindi innovativa poiché vuole riassume lo stato attuale di efficacia di diversi tipi di trattamenti *on-line* guidati o condotti da psicologi, rispetto a liste di attesa, TAU o le normali psicoterapie standard in presenza, anche nel lungo termine (con *follow-up*) e in un'ottica più transdiagnostica, racchiudendo teleprogrammi terapeutici di trattamento per diverse patologie, per riuscire ad individuare e sottolineare gli aspetti generali di queste terapie che sono maggiormente efficaci. Tutto questo è mosso dallo scopo di promuovere l'utilizzo dell'*on-line* non solo in situazioni a rischio di pandemia, ma anche nei settori pubblici e privati affinché si riesca a trattare anche preventivamente il maggior numero di persone in meno tempo, cercando di prevenire eventuali aggravamenti e ricadute a livello sintomatologico, consentendo contemporaneamente un risparmio economico all'utenza e ai servizi, con risultati che perdurano nel tempo. Nella presente rassegna sono stati inclusi 19 articoli, che soddisfano pienamente i nostri criteri di inclusione. Tutti gli studi inclusi sono RCT, hanno almeno un *follow-up* a distanza di minimo 1 mese per valutare l'andamento degli effetti nel tempo, riguardano programmi di interventi psicologico per una riduzione di diverse sintomatologie che fanno parte della salute mentale non riguar-

dano esclusivamente specifici disturbi, sono svolti esclusivamente *on-line* e condotti o guidati da almeno uno psicologo sia in modalità sincroniche (videoconferenze) che non sincroniche (invio di email personalizzate, chat). Prima di andare nel vivo della discussione dei risultati emersi, pensiamo sia opportuno fare alcune osservazioni. Innanzitutto, gli studi che sono stati esaminati nel presente lavoro provengono da contesti geografici e culturali diversi, offrendo una prospettiva internazionale ampia sul fenomeno. Inoltre, la maggior parte dei programmi *internet-based* inclusi sono per la maggior parte brevi (a cadenza tendenzialmente settimanale; da un minimo di 5/6 settimane, fino in uno studio ad un massimo di 20), mirati alla riduzione di una specifica sintomatologia e si basano, per la maggior parte, sull'adattamento di teorie, modelli e tecniche di tipo cognitivo comportamentale. Questo riflette il crescente interesse scientifico nel trovare e verificare nuovi metodi di trattamento brevi stando al passo con le nuove tecnologie, adattando modelli, teorie e tecniche cognitivo-comportamentali tendenzialmente svolti in presenza *face-to-face* risultati efficaci nella riduzione di alcune sintomatologie cliniche, anche nel *setting on-line*. Dall'analisi dei risultati di tutti gli studi presenti in questa rassegna, gli interventi *internet-based* guidati o condotti da almeno uno psicologo si sono rivelati efficaci nel ridurre diversi disturbi o sintomatologie cliniche (depressione, depressione post-partum, DPTS, Bulimia Nervosa, disturbi d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, insonnia, abuso di alcol, sintomi ansiosi-depressivi, qualità di vita, *distress*, benessere psicologico, compromissione lavorativa e sociale) rispetto alle liste di attesa e trattamenti abituali (TAU presso i servizi sanitari) oppure sono risultati ugualmente efficaci alla stessa tipologia di trattamento ma svolta in presenza e non *on-line*. È importante sottolineare che in alcuni casi però tali miglioramenti non sono stati mantenuti ai follow-up. In particolare, Newby, William e Andrews (2014), hanno svolto una ricerca volta a rilevare l'efficacia di un trattamento transdiagnostico di sintomi ansioso-depressivi cognitivo comportamentale basato su internet (iCBT) rispetto a un gruppo di controllo in lista di attesa. I risultati post-trattamento hanno mostrato una significativa riduzione dei sintomi ansioso-depressivi in particolare dei pensieri negativi ricorrenti e alle credenze positive su di essi, e sono stati mantenuti anche al *follow-up* a 3 mesi. Anche nel recente studio di Klandnitski, Smith, Uppal e Newbay (2020) tutti e 3 i programmi *internet-based* transdiagnostici iCBT, MEiCBT e iMT (basati sulla Mindfulness e/o su teorie cognitivo comportamentali) rivolti alla riduzione della sintomatologia ansioso-depressiva di pazienti affetti da diversi disturbi clinici (depressione maggiore, disturbo da attacchi di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, agorafobia, ansia sociale, disturbo d'ansia generalizzato), hanno mostrato al posttrattamento e anche al *follow-up* di 3 mesi una riduzione significativa di sintomi ansiosi, depressivi, *distress* e problematiche funzionali, rispetto al gruppo di controllo (pazienti sottoposti a TAU, ovvero invitati a chiedere assistenza al proprio Medico di Famiglia o accedere ai servizi del sistema sanitario, tramite un loro consueto operatore sanitario).

Nella ricerca di Andersson e coll. (2013a), che confrontava l'efficacia di un trattamento iCBT (Cognitivo-Comportamentale *internet-based* individuale di auto-aiuto guidato da uno psicologo) con un gruppo di controllo (sottoposto a trattamento Cognitivo Comportamentale di gruppo svolto in presenza) per pazienti con depressione, sono stati evidenziati miglioramenti nella sintomatologia depressiva in entrambi i gruppi al post-trattamento. Mentre al *follow-up* a 3 anni è stato registrato un miglioramento dei sintomi depressivi più elevato nel gruppo sottoposto a iCBT, rispetto al gruppo di controllo. Per quanto riguarda gli *outcome* secondari (ansia e qualità di vita), in entrambi i gruppi c'è stato un miglioramento della sintomatologia che è stato mantenuto al *follow-up*. Nello stesso anno, Andersson e coll. (2013b) hanno pubblicato uno studio, che verificava anche l'efficacia nel lungo termine di uno studio pubblicato precedentemente da Vernmark e coll. (2010), che valutava l'efficacia solo post-trattamento di 2 interventi *internet-based* basati su teorie cognitive comportamentali (entrambi interventi di auto-aiuto guidato via email da uno psicologo, composti da moduli, ma in un caso il terapeuta supportava e si confrontava via email con paziente che esprimeva dubbi e perplessità, mentre nel secondo caso lo psicologo rinforzava sempre per email, i progressi fatti alla fine di ogni modulo dal paziente) rispetto al gruppo di controllo in lista di attesa. In entrambi i casi sperimentali iCBT vi è stato un significativo miglioramento della sintomatologia depressiva-ansiosa rispetto alla lista di attesa con differenze marginali tra i due trattamenti. I risultati della pubblicazione di Andersson e coll. (2013b), hanno inoltre dimostrato che tali risultati sono stati mantenuti anche al *follow-up* a 6 mesi e a 3 anni e mezzo, in particolare la sintomatologia ansioso-depressiva è rimasta inferiore alla *baseline* e anche la qualità di vita è rimasta più elevata rispetto alla *baseline* ed ha continuato a migliorare al *follow-up* a 3 anni e mezzo rispetto al *follow-up* di 6 mesi. Per quanto riguarda il trattamento di sintomi depressivi lievi in pazienti affetti da disabilità/patologie che li costringono a stare in casa, Choi e coll. (2014) hanno confrontato, rispetto al gruppo di controllo (sottoposto a un "Care call" = supporto telefonico non specifico, finalizzato al monitoraggio della sintomatologia depressiva), l'efficacia di una psicoterapia breve (6 settimane) basata sulla *Problem Solving Therapy (PST) for Primary Care Medicine* (Catalan, Gath, Anastasiades *et al.*, 1991; MynorsWallis, Gath, Lloyd-Thomas *et al.*, 1995; Hegel, Barrett, Cornell *et al.*, 2002; Hegel, Barrett & Oxman, 2000) condotta in due diverse modalità: una via Skype (Tele-PST) con una condotta in presenza (IPPST). I risultati hanno dimostrato una maggiore efficacia di entrambe le terapie (Tele-PST e IP-PST) rispetto al gruppo di controllo (Care Call) per quanto riguarda la sintomatologia depressiva e l'accettazione della disabilità. Inoltre ai *follow-up* a 1,5 mesi, 4,5 mesi, 7,5 mesi i risultati ottenuti dalla Tele-PST sono mantenuti maggiormente nel tempo rispetto a quelli ottenuti dalla IP-PST. Nello studio di Lappalainen e coll. (2014), condotto su pazienti con sintomi depressivi, sono state confrontati due trattamenti, entrambi basati sull'ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*), ma

uno condotto in una modalità di auto-aiuto individuale a moduli guidato *on-line* da un terapeuta (iACT), mentre l'altro tramite colloqui individuali di persona faccia-faccia con il terapeuta (ACT-IP). I risultati hanno dimostrato che entrambi i gruppi (iACT e ACT-IP) al post trattamento e al *follow-up* di 18 mesi hanno avuto e mantenuto miglioramenti in termini di sintomatologia depressiva, sintomi psicopatologici, benessere generale e soddisfazione di vita. È importante sottolineare però che è stata evidenziata una tendenza al recupero leggermente maggiore nel gruppo iACT. Risultati diversi sono stati invece riscontrati nella recente ricerca condotta su pazienti affetti da depressione, da Flygare e coll. (2020), in questo caso infatti il programma iCBT (Cognitivo comportamentale *internet-based*) ha portato post-trattamento a dei miglioramenti significativi in termini di sintomatologia depressiva rispetto a un gruppo di controllo attivo (dove i pazienti venivano sottoposti ad un trattamento *on-line* psicoeducativo sulla depressione, ma senza riferimento a teorie cognitivo-comportamentali). Tuttavia tali differenze significative non sono stati mantenute ai *follow-up* a 6, 12 e 24 mesi.

Nell'unico studio sulla depressione post-partum incluso nella presente rassegna (O'Mahen *et al.*, 2013) il programma *internet-based* Netmums HWD (basato su teorie e modelli cognitivo-comportamentali per la riduzione della sintomatologia depressiva post-partum) ha ottenuto risultati migliori in termini di depressione, compromissione lavorativa e sociale, ansia, rispetto al gruppo di controllo (sottoposto a TAU + chat/email di supporto e consulenza generica per la depressione gestite da infermieri). Tali risultati però sono stati mantenuti al *follow-up* a sei mesi solo nei termini di riduzione della sintomatologia depressiva (O'Mahen *et al.*, 2013). In due ricerche incluse in questa rassegna (Moreland *et al.*, 2014; Moreland *et al.*, 2015) su pazienti affetti da DPTS, è stata confrontata l'efficacia della *Cognitive Processing Therapy* (CPT), in uno studio a livello di terapia di gruppo (Moreland *et al.*, 2014), mentre nell'altro a livello individuale (Moreland *et al.*, 2015), in due modalità diverse: nel gruppo sperimentale in videoteleconferenza (VTC) con un terapeuta, mentre nel gruppo di controllo in terapia standard di persona (NP). Nelle due ricerche (Moreland *et al.*, 2014; Moreland *et al.*, 2015) non sono state evidenziate differenze significative tra il gruppo sperimentale (CPT-VTC) e il gruppo di controllo (CPT-NP), poiché entrambi mostrano una riduzione significativa della sintomatologia DPTS, in uno studio tale differenza viene mantenuta al *follow-up* di 2 mesi (Moreland *et al.*, 2015), e nell'altro ai *follow-up* di 3 e 6 mesi Moreland *et al.*, 2014). Anche nello studio di Littleton e coll. (2016) rivolto nello specifico alla riduzione della sintomatologia clinica in pazienti vittime di stupro affetti da DPTS, non vi sono state differenze significative tra gruppo sperimentale (sottoposto a un trattamento *on-line* psicoeducativo sul DPTS accompagnato da teorie e tecniche cognitivo-comportamentali) e gruppo di controllo (sottoposto a psicoeducazione *on-line*

sul DPTS e sull'impatto di un rapporto sessuale non desiderato), poiché in entrambi i casi si è verificata una riduzione della sintomatologia DPTS, depressiva, ansiosa, sia al post-trattamento che al *follow-up* di 3 mesi. Questo potrebbe sottolineare il fatto che inizialmente per ridurre l'impatto di una sintomatologia DPTS elevata in vittime di stupro, può essere efficace in ogni caso condurre anche sono una psicoeducazione, anche *on-line*. Nella ricerca condotta da Lewis e coll. (2017), i risultati hanno dimostrato come un programma di auto-aiuto individuale basato su internet e sulla teoria cognitivo comportamentale focalizzata sul trauma, guidato da un terapeuta, rispetto al gruppo di controllo sottoposto allo stesso trattamento ma dopo 1 mese (gruppo a trattamento ritardato), può essere efficace nella riduzione della sintomatologia DPTS, e tali risultati sono stati mantenuti anche a distanza di un mese dalla fine del trattamento. Al post-trattamento sono stati evidenziati anche miglioramenti in termini di ansia, depressione e compromissione funzionale, ma tali risultati non sono stati mantenuti al *follow-up* di 1 mese. Anche nel precedente studio di Ivarsson e coll. (2014), è stata dimostrata una efficacia in termini di riduzione della sintomatologia DPTS nel gruppo sperimentale sottoposto ad un protocollo cognitivo comportamentale individuale basato su internet supportato via email da uno psicologo (iCBT guidato per DPTS), rispetto al gruppo di controllo in Lista di attesa. Al post-trattamento sono stati evidenziati anche effetti significativi sui sintomi ansiosi, depressivi e sulla qualità di vita e tutti questi risultati sono stati mantenuti al follow-up di 1 anno. Gli stessi risultati sono stati ottenuti al post trattamento in di uno studio con le stesse condizioni sperimentali (iCBT guidato per DPTS vs Lista di Attesa) condotto però su veterani/torturati di guerra di lingua madre araba (Knaevelsrud e coll., 2015) e tali risultati sono stati mantenuti anche al *follow-up* a 3 mesi. Nella ricerca di Kersting e coll. (2013), condotto su genitori affetti da DPTS dopo aver perso un figlio durante la gravidanza, è stata dimostrata una efficacia nella riduzione della sintomatologia DPTS, dolore prolungato, depressione e ansia di un programma di trattamento basato su internet e su teorie tecniche cognitivo-comportali (in particolare Esposizione e Ristrutturazione Cognitiva) rispetto al gruppo di controllo in lista di attesa e tali risultati sono stati mantenuti ai *follow-up* a 3 e 12 mesi.

L'unico studio, incluso in questa rassegna che riguarda unicamente il disturbo ossessivo-compulsivo è quello condotto da Vogel e coll. (2014), in particolare in tale ricerca viene confrontata l'efficacia, rispetto alla Lista di Attesa, di due trattamenti individuali basati entrambi sull'ERP (Esposizione e prevenzione della risposta, trattamento cognitivo comportamentale risultato efficace per il disturbo ossessivo-compulsivo), ma svolti in due modalità differenti: una tramite videoteleconferenze con il terapeuta (VTC), l'altro tramite l'invio via email di un libro di auto-aiuto, ma senza la costante guida o il supporto di uno psicologo. I risultati hanno dimostrato una riduzione significativa-

mente maggiore della sintomatologia ossessiva compulsiva nel gruppo VTC, rispetto alle altre 2 condizioni, tali risultati sono stati mantenuti al *follow-up* a 3 mesi. L'unica ricerca, inclusa in questa rassegna che riguarda unicamente la Bulimia Nervosa è quello condotto da Zerwas e coll. (2017), in tale ricerca sono state confrontate la stessa terapia di gruppo (composto da 3-5 pazienti) per il trattamento di pazienti affetti da Bulimia Nervosa (basata su teorie cognitivo-comportamentali) condotta da un terapeuta, ma attraverso 2 modalità diverse: una condotta in presenza, l'altra *on-line* tramite una chat di gruppo. I risultati hanno dimostrato che il trattamento di gruppo somministrato via chat era inferiore a quello tradizionale svolto in presenza nel ridurre la frequenza delle abbuffate e delle condotte di compensazione. Tuttavia tale risultato non è stato mantenuto al *follow-up* a 12 mesi, in quanto i partecipanti al trattamento via chat hanno continuato a ridurre la frequenza di abbuffate e condotte di compensazione tra la fine dell'intervento e al *follow-up*. L'unico studio, incluso in questa rassegna, che verifica l'efficacia di 2 programmi *internet-based* (MCT: auto-aiuto guidato da uno psicologo che contiene psicoeducazione, teorie cognitivo comportamentali; SRT: psicoeducazione e messa in pratica della tecnica di restrizione del sonno) rivolti a pazienti che soffrono di insonnia (Krieger *et al.*, 2019), ha mostrato come entrambi i programmi, rispetto al gruppo di controllo (sottoposto a CAU, con libero accesso alle cure del sistema sanitario), abbiano riportato una riduzione significativa della gravità dell'insonnia e degli *outcome* secondari all'insonnia (efficacia e qualità del sonno; convinzioni disfunzionali). Inoltre sono stati evidenziati risultati maggiormente significativi per il gruppo MCT per quanto riguarda la sintomatologia depressiva e la qualità di vita rispetto al gruppo di controllo (CAU), mentre non sono state rilevate le stesse differenze significative per il gruppo SRT, rispetto al CAU. tali risultati sono stati mantenuti in entrambi i gruppi sperimentali (MCT e SRT) anche al *follow-up* di 6 anni. Infine l'unica ricerca, inclusa in questa rassegna che riguarda unicamente il trattamento di abuso di alcol è quello condotto da Boß e coll. (2017). In tale studio sono stati messi a confronto 2 gruppi sperimentali sottoposti a un programma di trattamento individuale specifico per la riduzione dell'uso di alcol svolto *on-line* e diviso in moduli, ma in un gruppo i pazienti erano guidati e seguiti individualmente nel superamento di ogni singolo modulo da uno psicologo (GS1), mentre nel secondo gruppo potevano chiedere chiarimenti via email a uno psicologo (GS2), infine il gruppo di controllo (GC) era in lista di attesa e veniva solamente consigliato ai pazienti di monitorare il consumo di alcol. Al post-trattamento in tutti e 3 i gruppi (GS1, GS2, GC) è stata rilevata una diminuzione del consumo settimanale di alcol (SUA), tale riduzione però è significativamente maggiore nei 2 gruppi sperimentali (GS1 e GS2) rispetto al gruppo di controllo (GC); mentre non vi sono differenze tra GS1 e GS2. Inoltre al *follow-up* i risultati sono stati mantenuti ma solo nei due gruppi sperimentali. Sono stati osservati piccoli risultati positivi anche su *outcome* secondari (sintomi depressivi, ansiosi e *distress*) nei due gruppi sperimentali rispet-

to al gruppo di controllo. In conclusione, sulla base dei risultati ottenuti in questa rassegna, è importante sottolineare però che l'efficacia di questi programmi di intervento *internet-based* condotti da psicologi o di auto-aiuto guidato da psicologi nel ridurre la sintomatologia clinica, per la maggior parte basati su teorie cognitivo-comportamentali, non è risultata spesso maggiormente significativa e quindi sostitutiva di specifici interventi cognitivo comportamentali standard *face-to-face* in presenza, ma si è comunque rivelata spesso più efficace rispetto a gruppi di controllo sottoposti a trattamenti usuali (TAU), liste di attesa, interventi proposti dai servizi sanitari, condizioni di auto-aiuto *on-line* non guidate da psicologi.

10. LIMITI

La presente rassegna potrebbe presentare alcuni limiti. In molti degli studi inclusi si utilizzano misure *self-report* che potrebbero influire sulle variabili prese in considerazione, ad esempio i partecipanti potrebbero essere influenzati dalla desiderabilità sociale e magari sottostimare o sovrastimare la propria sintomatologia. Sarebbe quindi opportuno in futuro includere anche misurazioni più oggettive per ridurre tale rischio.

L'aggiunta del criterio di inclusione della presenza di un *follow-up* di almeno 3 mesi, ci ha permesso di valutare anche l'andamento nel tempo degli effetti dei trattamenti *on-line*. Tuttavia, sarebbe auspicabile in futuro poter considerare studi che valutino effetti post-intervento più a lungo termine.

Avendo messo inoltre come criterio di inclusione la presenza di trattamenti *on-line* guidati almeno da uno psicologo, limita un po' la valutazione di efficacia anche di interventi di aiuto-aiuto *on-line* anche non guidati da psicologi, che potrebbero garantire un maggiore risparmio economico sia nel privato che nel pubblico e che potrebbe garantire lo stesso ai pazienti di acquisire alcune abilità psicologiche. Sarebbe quindi per tali motivi auspicabile in futuro quindi indagare l'efficacia anche di interventi *internet-based* non guidati da psicologi.

Infine, nonostante in questa rassegna si sia cercato di includere trattamenti che non riguardano solo teorie cognitivo comportamentali o disturbi specifici, ma anche specifiche sintomatologie significative o transdiagnostiche, se possibile, attualmente in letteratura sono ancora carenti le ricerche su programmi di trattamento transdiagnostici e non di orientamento cognitivo-comportamentale, quindi in futuro ci si augura di proseguire sempre più verso questa direzione, poiché questo potrebbe aiutare nello sviluppare programmi *internet-based* sempre più efficaci volti a prevenire lo sviluppo di eventuali disturbi e ricadute quando sono già presenti disturbi, consentendo di ridurre

anche i tempi e i costi. Inoltre permetterebbe di verificare l'efficacia anche di terapie basate su altre teorie e non esclusivamente su quelle cognitivo-comportamentali.

Riferimenti bibliografici

- Acierno, R., Gros, D. F., Ruggiero, K. J., Hernandez-Tejada, M. A., Knapp, R. G., Lejuez, C. W., Muzzy, Frueh, C. B., Egede, L. E., & Tuerk, P. W. (2016). Behavioral activation and therapeutic exposure for posttraumatic stress disorder: A noninferiority trial of treatment delivered in person versus home-based telehealth. *Depression and Anxiety*, 33(5), 415-423.
- Alfonsson, S., Johansson, K., Uddling, J., & Hursti, T. (2017). *Differences in motivation and adherence to aprescribed assignment after face-to-face and on-line psychoeducation: an experimental study*. *BMC psychology*, 5(1), 3.
- Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, 13(1), 4-11.
- Andersson, G., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Hedman, E. (2013). Guided internet-based CBT for common mental disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(4), 223-233.
- Andersson, G., Hesser, H., Hummerdal, D., Bergman-Nordgren, L., & Carlbring, P. (2013). A 3.5-year follow-up of Internet-delivered cognitive behavior therapy for major depression. *Journal of Mental Health*, 22(2), 155-164.
- Andersson, G., Hesser, H., Veilord, A., Svedling, L., Andersson, F., Sleman, O., Mauritzson, L., Sarkohi, A., Claesson, E., Zetterqvist, V., Lamminen, M., Eriksson, T., & Carlbring, P. (2013). Randomised controlled non-inferiority trial with 3-year follow-up of internet-delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression. *Journal of affective disorders*, 151(3), 986-994.
- Ashford, M. T., Olander, E. K., & Ayers, S. (2016). Computer-or web-based interventions for perinatal mental health: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 197, 134-146.
- Bagnall, K. M. (2014). Long-Term Follow-Up of NetmumsHWD: A Feasibility Randomised Controlled Trial of Telephone Supported on-line Behavioural Activation for Postnatal Depression at 16 Months Post-Randomisation.
- Bilić, S. S., Moessner, M., Wirtz, G., Lang, S., Weisbrod, M., & Bauer, S. (2020). Internet-based aftercare for patients with personality disorders and trauma-related disorders: A pilot study. *Psychiatry Research*, 285, 112771.
- Bolinski, F., Kleiboer, A., Karyotaki, E., Bosmans, J. E., Zarski, A. C., Weisel, K. K., Ebert, C. J., Cuijpers, P., & Riper, H. (2018). Effectiveness of a transdiagnostic individually tailored Internet-based and mobile-supported intervention for the indicated prevention of depression and anxiety (ICare Prevent) in Dutch college students: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 118.
- Boß, L., Lehr, D., Schaub, M. P., Paz Castro, R., Riper, H., Berking, M., & Ebert, D. D. (2018). Efficacy of a web-based intervention with and without guidance for employees with risky drinking: result of a three-arm randomized controlled trial. *Addiction*, 113(4), 635-646.
- Braun, L., Titzler, I., Terhorst, Y., Freund, J., Thielecke, J., Ebert, D. D., & Baumeister, H. (2020). Effectiveness of guided internet-based interventions in the indicated prevention of depression in green professions (PROD-A): Results of a pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*.

- Brenes, G. A., Danhauer, S. C., Lyles, M. F., Hogan, P. E., & Miller, M. E. (2015). Telephone-delivered cognitive behavioral therapy and telephone-delivered nondirective supportive therapy for rural older adults with generalized anxiety disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 72(10), 1012-1020.
- Cabrè V., J. Mercadal. (2016)Psicoterapia on-line. Escenario virtual para una relacion real en el espacio intermediario. *Revista electronica de psicoterapia*. Vol.10 (2)
- Choi, N. G., Marti, C. N., Bruce, M. L., Hegel, M. T., Wilson, N. L., & Kunik, M. E. (2014). Six-month postintervention depression and disability outcomes of in-home telehealth problem-solving therapy for depressed, low-income homebound older adults. *Depression and anxiety*, 31(8), 653-661.
- Cipolletta, S. (2015). Quando la relazione è on-line. Riflessioni su sedute terapeutiche via Skype. *Costruttivismi*, 2: 78-87.
- Cipolletta, S., & Mocellin, D. (2018). on-line counseling: An exploratory survey of Italian psychologists' attitudes towards new ways of interaction. *Psychotherapy Research*, 28, 6, 909-924.
- Cipolletta, S., Frassoni, E., & Faccio, E. (2018). Construing a therapeutic relationship on-line: An analysis of videoconference sessions. *Clinical Psychologist*, 22(2), 220-229.
- De Bruin, E. J., Meijer, A., & Bögels, S. M. (2020). The Contribution of a Body Scan Mindfulness Meditation to Effectiveness of Internet-Delivered CBT for Insomnia in Adolescents. *Mindfulness*, 11(4), 872-882.
- Donker, T., Bennett, K., Bennett, A., Mackinnon, A., Van Straten, A., Cuijpers, P., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2013). Internet-delivered interpersonal psychotherapy versus internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with depressive symptoms: randomized controlled noninferiority trial. *Journal of medical Internet research*, 15(5), e82.
- Ebenfeld, L., Stegemann, S. K., Lehr, D., Ebert, D. D., Funk, B., Riper, H., & Berking, M. (2020). A mobile application for panic disorder and agoraphobia: Insights from a multi-methods feasibility study. *Internet Interventions*, 19, 100296.
- Ebert, D. D., Van Daele, T., Nordgreen, T., Karekla, M., Compare, A., Zarbo, C., ... & Kaehele, F. (2018). Internet-and mobile-based psychological interventions: applications, efficacy, and potential for improving mental health. *European Psychologist*, 23(3), 269-269.
- Egede, L. E., Acierno, R., Knapp, R. G., Lejuez, C., Hernandez-Tejada, M., Payne, E. H., & Frueh, B. C. (2015). Psychotherapy for depression in older veterans via telemedicine: a randomised, open-label, non-inferiority trial. *The Lancet Psychiatry*, 2(8), 693-701.
- Engel, C. C., Litz, B., Magruder, K. M., Harper, E., Gore, K., Stein, N., ... & Coe, T. R. (2015). Delivery of self training and education for stressful situations (DESTRESS-PC): a randomized trial of nurse assisted on-line self-management for PTSD in primary care. *General hospital psychiatry*, 37(4), 323-328.
- Feather, J. S., Howson, M., Ritchie, L., Carter, P. D., Parry, D. T., & Koziol-McLain, J. (2016). Evaluation methods for assessing users' psychological experiences of web-based psychosocial interventions: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, 18(6), e181.
- Flax, V. L., Negerie, M., Ibrahim, A. U., Leatherman, S., Daza, E. J., & Bentley, M. E. (2014). Integrating group counseling, cell phone messaging, and participant-generated songs and dramas into a microcredit program increases Nigerian women's adherence to international breastfeeding recommendations. *The Journal of nutrition*, 144(7), 1120-1124.
- Flygare, A. L., Engström, I., Hasselgren, M., Jansson-Fröjmark, M., Frejgrim, R., Andersson, G., & Holländare, F. (2020). Internet-based CBT for patients with depressive disorders in primary and psychiatric care: Is it effective and does comorbidity affect outcome?. *Internet Interventions*, 19, 100303.
- Fortney, J. C., Pyne, J. M., Kimbrell, T. A., Hudson, T. J., Robinson, D. E., Schneider, R., ... & Schnurr, P. P.

- (2015). Telemedicine-based collaborative care for posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 72(1), 58-67.
- Gassova, Z., & Werner-Wilson, R. J. (2018). Characteristics of e-therapy websites involving marriage and family therapists. *The American Journal of Family Therapy*, 46(1), 27-43.
- Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Yuen, E. K., & Thomas, J. G. (2014). An open trial of videoconference-mediated exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 28(5), 460-462.
- Gordon, R. M., & Lan, J. (2017). Assessing Distance Training: How Well Does It Produce Psychoanalytic Psychotherapists?. *Psychodynamic Psychiatry*, 45(3), 329-341.
- Høifødt, R. S., Lillevoll, K. R., Griffiths, K. M., Wilsgaard, T., Eisemann, M., & Kolstrup, N. (2013). The clinical effectiveness of web-based cognitive behavioral therapy with face-to-face therapist support for depressed primary care patients: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 15(8), e153.
- Ivarsson, D., Blom, M., Hesser, H., Carlbring, P., Enderby, P., Nordberg, R., & Andersson, G. (2014). Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Internet interventions*, 1(1), 33-40.
- 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.
- Jiang, H., Li, M., Wen, L. M., Hu, Q., Yang, D., He, G., ... & Qian, X. (2014). Effect of short message service on infant feeding practice: findings from a community-based study in Shanghai, China. *JAMA pediatrics*, 168(5), 471-478.
- Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., Baust, K., & Wagner, B. (2013). Brief Internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(6), 372-381.
- Khorshid, M. R., Afshari, P., & Abedi, P. (2014). The effect of SMS messaging on the compliance with iron supplementation among pregnant women in Iran: a randomized controlled trial. *Journal of telemedicine and telecare*, 20(4), 201-206.
- Kingsley, A., & Henning, J. A. (2015). on-line and phone therapy: Challenges and opportunities. *The Journal of Individual Psychology*, 71(2), 185-194.
- Kladnitski, N., Smith, J., Uppal, S., James, M. A., Allen, A. R., Andrews, G., & Newby, J. M. (2020). Transdiagnostic internet-delivered CBT and mindfulness-based treatment for depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Internet interventions*, 20, 100310.
- Knaevelsrud, C., Brand, J., Lange, A., Ruwaard, J., & Wagner, B. (2015). Web-based psychotherapy for posttraumatic stress disorder in war-traumatized Arab patients: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 17(3), e71
- Kocsis, B. J., & Yellowlees, P. (2018). Telepsychotherapy and the therapeutic relationship: Principles, advantages, and case examples. *Telemedicine and e-Health*, 24(5), 329-334.
- Kotsopoulou, A., Melis, A., Koutsompou, V. I., & Karasarlidou, C. (2015). E-therapy: The ethics behind the process. *Procedia Computer Science*, 65, 492-499.
- Kouvonen, A., Mänty, M., Harkko, J., Sumanen, H., Konttinen, H., Lahti, J., Pietilainen, O., Tuovinen, E., Ketonen, E., Stenberg, J., Donnelly, M., & Stenberg, J. H. (2019). Effectiveness of internet-delivered cognitive behavioural therapy in reducing sickness absence among young employees with depressive symptoms: study protocol for a large-scale pragmatic randomised controlled trial. *BMJ open*, 9(10).

- Kramer, J., Conijn, B., Oijevaar, P., & Riper, H. (2014). Effectiveness of a web-based solution-focused brief chat treatment for depressed adolescents and young adults: randomized controlled trial. *Journal of medical internet research*, 16(5), e141.
- Krieger, T., Urech, A., Duss, S. B., Blättler, L., Schmitt, W., Gast, H., Bassetti, C., & Berger, T. (2019). A randomized controlled trial comparing guided internet-based multi-component treatment and internet-based guided sleep restriction treatment to care as usual in insomnia. *Sleep medicine*, 62, 43-52.
- Krupnick, J. L., Green, B. L., Amdur, R., Alaoui, A., Belouali, A., Roberge, E., Cueva D., Roberts M., Melnikoff E., & Dutton, M. A. (2017). An Internet-based writing intervention for PTSD in veterans: A feasibility and pilot effectiveness trial. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 461.
- Kuhn, E., Kanuri, N., Hoffman, J. E., Garvert, D. W., Ruzek, J. I., & Taylor, C. B. (2017). A randomized controlled trial of a smartphone app for posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(3), 267.
- Lappalainen, P., Granlund, A., Siltanen, S., Ahonen, S., Vitikainen, M., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2014). ACT Internet-based vs face-to-face? A randomized controlled trial of two ways to deliver Acceptance and Commitment Therapy for depressive symptoms: An 18-month follow-up. *Behaviour research and therapy*, 61, 43-54.
- Laskoski, P. B., Serralta, F. B., Barros, A. J. S., Teche, S. P., Hauck, S., & Eizirik, C. L. (2020). From Soma To Psyche: An Outcome Evaluation Of Psychodynamic Psychotherapy In A Patient With Somatic Symptoms And Chronic Diseases. *British Journal of Psychotherapy*, 36(1), 93-110.
- Laskoski, P. B., Serralta, F. B., Barros, A. J. S., Teche, S. P., Hauck, S., & Eizirik, C. L. (2020). From Soma To Psyche: An Outcome Evaluation Of Psychodynamic Psychotherapy In A Patient With Somatic Symptoms And Chronic Diseases. *British Journal of Psychotherapy*, 36(1), 93-110.
- Lau, Y., Htun, T. P., Wong, S. N., Tam, W. S. W., & Klainin-Yobas, P. (2017). Therapist-supported internet-based cognitive behavior therapy for stress, anxiety, and depressive symptoms among postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 19(4), e138.
- Lewis, C. E., Farewell, D., Groves, V., Kitchiner, N. J., Roberts, N. P., Vick, T., & Bisson, J. I. (2017). Internet-based guided self-help for posttraumatic stress disorder (PTSD): Randomized controlled trial. *Depression and anxiety*, 34(6), 555-565.
- 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).
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., PA, J., ... & Moher10, D. (2015). PRISMA Statement per il reporting di revisioni sistematiche e meta-analisi degli studi che valutano gli interventi sanitari: spiegazione ed elaborazione. *Evidence*, 7(6), e1000115.
- Lin, J., Faust, B., Ebert, D. D., Krämer, L., & Baumeister, H. (2018). A web-based acceptance-facilitating intervention for identifying patients' acceptance, uptake, and adherence of internet-and mobile-based pain interventions: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 20(8), e244.
- Littleton, H., Grills, A. E., Kline, K. D., Schoemann, A. M., & Dodd, J. C. (2016). The From Survivor to Thriver program: RCT of an on-line therapist-facilitated program for rape-related PTSD. *Journal of anxiety disorders*, 43, 41-51
- Lund, S., Rasch, V., Hemed, M., Boas, I. M., Said, A., Said, K., ... & Nielsen, B. B. (2014). Mobile phone intervention reduces perinatal mortality in zanzibar: secondary outcomes of a cluster randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 2(1), e15.
- Maheu, M. M., Drude, K. P., Hertlein, K. M., Lipschutz, R., Wall, K., & Hilty, D. M. (2018). Correction to: An interprofessional framework for telebehavioral health competencies. *Journal of Technology in*

- Zwerenz, R., Baumgarten, C., Becker, J., Tibubos, A., Siepmann, M., Knickenberg, R. J., & Beutel, M. E. (2019). "Improving the course of depressive symptoms after inpatient psychotherapy using adjunct web-based self-help: follow-up results of a randomized controlled trial". *Journal of medical Internet research* 21 (10), e13655.
- Milgrom, J., Danaher, B. G., Gemmill, A. W., Holt, C., Holt, C. J., Seeley, J. R., ... & Ericksen, J. (2016). Internet cognitive behavioral therapy for women with postnatal depression: a randomized controlled trial of MumMoodBooster. *Journal of Medical Internet Research*, 18(3), e54.
- Miner, A., Kuhn, E., Hoffman, J. E., Owen, J. E., Ruzek, J. I., & Taylor, C. B. (2016). Feasibility, acceptability, and potential efficacy of the PTSD Coach app: A pilot randomized controlled trial with community trauma survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(3), 384.
- Mishna, F., Bogo, M., & Sawyer, J. L. (2015). Cyber counseling: Illuminating benefits and challenges. *Clinical Social Work Journal*, 43(2), 169-178.
- Mogoșe, C., Cobeanu, O., David, O., Giosan, C., & Szentagotai, A. (2017). Internet-based psychotherapy for adult depression: What about the mechanisms of change?. *Journal of Clinical Psychology*, 73(1), 5-64.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS med*, 6(7), e1000097.
- Mol, M., Dozeman, E., Provoost, S., Van Schaik, A., Riper, H., & Smit, J. H. (2018). Behind the scenes of on-line therapeutic feedback in blended therapy for depression: mixed-methods observational study. *Journal of medical Internet research*, 20(5), e174. - Montano, A. (2014). La terapia cognitivo-comportamentale e il web. Un rapporto fruttuoso. *PSICOBIEETTIVO*.
- Mora, L., Nevid, J., & Chaplin, W. (2008). Psychologist treatment recommendations for Internet-based therapeutic interventions. *Computers in Human Behavior*, 24(6), 3052-3062.
- Morland, L. A., Mackintosh, M. A., Greene, C. J., Rosen, C. S., Chard, K. M., Resick, P., & Frueh, B. C. (2014). Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder delivered to rural veterans via telemental health: A randomized noninferiority clinical trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(5), 470-476..
- Morland, L. A., Mackintosh, M. A., Rosen, C. S., Willis, E., Resick, P., Chard, K., & Frueh, B. C. (2015). Telemedicine versus in-person delivery of cognitive processing therapy for women with posttraumatic stress disorder: A randomized noninferiority trial. *Depression and Anxiety*, 32(11), 811-820.
- Newby, J. M., Williams, A. D., & Andrews, G. (2014). Reductions in negative repetitive thinking and metacognitive beliefs during transdiagnostic internet cognitive behavioural therapy (iCBT) for mixed anxiety and depression. *Behaviour research and therapy*, 59, 52-60.
- Newby, J. M., Mewton, L., Williams, A. D., & Andrews, G. (2014). Effectiveness of transdiagnostic internet cognitive behavioural treatment for mixed anxiety and depression in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 165, 45-52.
- Nieminen, K., Berg, I., Frankenstein, K., Viita, L., Larsson, K., Persson, U., ... & Wijma, K. (2016). Internet-provided cognitive behaviour therapy of posttraumatic stress symptoms following childbirth—a randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy*, 45(4), 287-306.
- O'Mahen, H. A., Richards, D. A., Woodford, J., Wilkinson, E., mcginley, J., Taylor, R. S., & Warren, F. C. (2014). Netmums: a phase II randomized controlled trial of a guided Internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychological medicine*, 44(8), 1675-1689.
- O'Mahen, H. A., Woodford, J., McGinley, J., Warren, F. C., Richards, D. A., Lynch, T. R., & Taylor, R. S. (2013). Internet-based behavioral activation—Treatment for postnatal depression (Netmums): A

randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 150(3), 814-822.

- Osenbach, J. E., O'Brien, K. M., Mishkind, M., & Smolenski, D. J. (2013). Synchronous telehealth technologies in psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 30(11), 1058-1067.
- Oyeyemi, S. O., & Wynn, R. (2014). Giving cell phones to pregnant women and improving services may increase primary health facility utilization: a case-control study of a Nigerian project. *Reproductive health*, 11(1), 8.
- Rees, C. S., & Maclaine, E. (2015). A systematic review of videoconference-delivered psychological treatment for anxiety disorders. *Australian Psychologist*, 50(4), 259-264.
- Renn, B. N., Hoeft, T. J., Lee, H. S., Bauer, A. M., & Areán, P. A. (2019). Preference for in-person psychotherapy versus digital psychotherapy options for depression: survey of adults in the US. *NPJ digital medicine*, 2(1), 1-7.
- Richards, D., Dowling, M., O'Brien, E., Viganó, N., & Timulak, L. (2018). Significant events in an Internet-delivered (Space from Depression) intervention for depression. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18(1), 35-48.
- Richards, D., Murphy, T., Viganó, N., Timulak, L., Doherty, G., Sharry, J., & Hayes, C. (2016). Acceptability, satisfaction and perceived efficacy of "Space from Depression" an internet-delivered treatment for depression. *Internet Interventions*, 5, 12-22..
- Richards, D., Timulak, L., O'Brien, E., Hayes, C., Viganó, N., Sharry, J., & Doherty, G. (2015). A randomized controlled trial of an internet-delivered treatment: its potential as a low-intensity community intervention for adults with symptoms of depression. *Behaviour research and therapy*, 75, 20-31.
- Rohrbach, P. J., Dingemans, A. E., Spinhoven, P., Van den Akker-Van Marle, E., Van Ginkel, J. R., Fokkema, M., ... & Van Furth, E. F. (2019). A randomized controlled trial of an Internet-based intervention for eating disorders and the added value of expert-patient support: study protocol. *Trials*, 20(1), 1-17.
- Roman, M., Bostan, C. M., Diaconu-Gherasim, L. R., & Constantin, T. (2019). Personality Traits and Postnatal Depression: The Mediated Role of Postnatal Anxiety and Moderated Role of Type of Birth. *Frontiers in Psychology*, 10, 1625.
- Scherer, S., Urech, C., Hösli, I., Tschudin, S., Gaab, J., Berger, T., & Alder, J. (2014). Internet-based stress management for women with preterm labour—a case-based experience report. *Archives of women's mental health*, 17(6), 593-600.
- Schuster, R., Pokorny, R., Berger, T., Topooco, N., & Laireiter, A. R. (2018). Advantages and disadvantages of on-line and blended therapy: Attitudes towards both interventions amongst licensed psychotherapists in Austria. *Journal of medical internet research*, 20(12), e11007.
- Shoemaker, E. Z., & Hilty, D. M. (2016). E-mental health improves access to care, facilitates early intervention, and provides evidence-based treatments at a distance. In *e-Mental Health* (pp. 43-57). Springer, Cham.
- Simon, N., McGillivray, L., Roberts, N. P., Barawi, K., Lewis, C. E., & Bisson, J. I. (2019). Acceptability of internet-based cognitive behavioural therapy (i-CBT) for post-traumatic stress disorder (PTSD): A systematic review. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1646092.
- Taddei, S., Contena, B., Dalla Verde, S., & Giglioli, G. (2014). L'offerta psicologica on-line in Italia: aree critiche e indicazioni per la pratica professionale. *Psicologia della Salute*.
- Thompson, R. B. (2016). Psychology at a Distance: Examining the Efficacy of on-line Therapy.
- Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Lorian, C., Zou, J., Wootton, B., Spence, J., Mcevoy, P. M., & Rapee, R. M. (2013). Improving adherence and clinical outcomes in self-guided internet treatment for anxiety and depression: randomised controlled trial. *PloS one*, 8(7), e62873.

- Van Ballegooijen, W., Cuijpers, P., Van Straten, A., Karyotaki, E., Andersson, G., Smit, J. H., & Riper, H. (2014). Adherence to Internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: a meta-analysis. *PloS one*, *9*(7), e100674.
- Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S., & Phelps, A. (2019). Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychological services*, *16*(4), 621.
- Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., Moen, E. M., Launes, G., Håland, Å. T., Hansen, B., & Himle, J. A. (2014). A pilot randomized controlled trial of videoconference-assisted treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, *63*, 162-168.
- Wagner, B., Horn, A. B., & Maercker, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of affective disorders*, *152*, 113-121.
- Warmerdam, L., Van Straten, A., Twisk, J., & Cuijpers, P. (2013). Predicting outcome of Internet-based treatment for depressive symptoms. *Psychotherapy Research*, *23*(5), 559-567.
- Wong, K. P., Bonn, G., Tam, C. L., & Wong, C. P. (2018). Preferences for on-line and/or face-to-face counseling among university students in Malaysia. *Frontiers in psychology*, *9*, 64.
- Zerwas, S. C., Watson, H. J., Hofmeier, S. M., Levine, M. D., Hamer, R. M., Crosby, R. D., Runfola, C. D., Peat, C. M., Shapiro, J. R., Zimmer, B., Moessner, M., Kordy, H., Marcus, M. D. & Bulik, C. M. (2017). CBT4BN: a randomized controlled trial of on-line chat and face-to-face group therapy for bulimia nervosa. *Psychotherapy and psychosomatics*, *86*(1), 47-53.
- Zwerenz, R., Baumgarten, C., Becker, J., Tibubos, A., Siepmann, M., Knickenberg, R. J., & Beutel, M. E. (2019). Improving the course of depressive symptoms after inpatient psychotherapy using adjunct web-based self-help: follow-up results of a randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, *21*(10), e13655.
- Watts, S., Mackenzie, A., Thomas, C., Griskaitis, A., Mewton, L., Williams, A., & Andrews, G. (2013). CBT for depression: a pilot RCT comparing mobile phone vs. Computer. *BMC psychiatry*, *13*(1), 49.