

Psychomed

Periodico quadrimestrale

Rivista telematica di psicoterapia, medicina psicosociale,
psicologia della salute e preventiva

Numero 1-2-3 Anno XV - 2020

ISSN: 1828-1516

AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI ROMA N.243 DEL 12.6.2008



Direttore responsabile: Stefania Borgo

Condirettore: Lucio Sibia

<https://www.crpitalia.eu/psychomed.html>

Stefania Borgo: stefania.borgo@uniroma1.it **Lucio Sibilìa:** lucio.sibilìa@uniroma1.it

Comitato Scientifico:

Mario Becciu, Paola Borgo, Stefania Borgo, Mauro Ceccanti, Silvana Cilia, Anna Rita Colasanti, Federico Colombo, Adele De Pascale, Carlo Di Berardino, Gian Franco Goldwurm, Caterina Lombardo, Spiridione Masaraki, Roberto Picozzi, Carla Rafanelli, Giuseppe Sacco, Ezio Sanavio, Tullio Scrimali, Lucio Sibilìa, Claudio Sica

Comitato Redazionale:

Dimitra Kakaraki, Francesca Di Lauro, Cristian Pagliariccio
Email: psychomed@crpitalia.eu

Indice

Editoriale.....	4
<i>Lucio Sibilìa, Stefania Borgo</i>	
Editorial.....	6
<i>Lucio Sibilìa, Stefania Borgo</i>	
Cyberbullying: rassegna sui programmi di intervento evidence-based.....	8
<i>Anna Rita Colasanti, Mario Becciu, Antonella Sinagoga, Valentina Costa, Annalisa Urbano, Francesca Bilotta, Ketty Cappadona, Mariangela Cerasuolo, Laura Iardella, Marilena Menti, Marilena Minei, Ilaria Mucci, Ester Piras</i>	
Efficacia della psicoterapia on-line.....	45
<i>Anna Rita Colasanti, Antonella Sinagoga, Valentina Costa, Annalisa Urbano, Ilaria Mucci, Luciano Consalvi</i>	
La terapia della reminiscenza in caso di depressione in pazienti anziani: rassegna sistematica.....	89
<i>Silvia Principe, Anna Rita Colasanti</i>	
Archivio storico.....	105
Research method and directions: establishing the community context....	106
<i>Fran H. Norris, John R. Freedy, Anita DeLongis, Lucio Sibilìa, Wolfgang Schönpflug</i>	
Prevention and treatment of community stress: how to be a mental health expert at the time of disaster.....	123
<i>Charles Figley, Robert Giel, Stefania Borgo, Sylvester Briggs, Mika Haritos-Fatouros</i>	
International conferences.....	132
Norme per gli autori.....	134

Editoriale

Questo numero di *Psychomed* 2020 risente delle particolari condizioni realizzatesi quest'anno. Una pandemia virale che si è diffusa in tutto il globo ha avuto impatti profondi in molti Paesi del mondo, dando motivi per incidere, anche in modo imprevedibile, su leggi e normative – e quindi su abitudini di vita delle popolazioni consolidate in secoli di storia – con conseguenze ancora non del tutto ben calcolabili. Molte attività hanno dovuto chiudere, con gravi effetti sulla salute mentale dei cittadini per la perdita di reddito se non proprio del lavoro stesso, la perdita degli abituali contatti umani, la perdita delle attività culturali o della convivialità. Altre attività sono state assorbite o sostituite da grandi piattaforme digitali, che hanno offerto servizi alternativi, anche se non sempre comparabili, come ad esempio quelle didattiche. Molti diritti sono stati sospesi, suscitando il timore che non possano più essere integralmente ripristinati. Il “distanziamento sociale” ha ridotto drasticamente il sostegno sociale, uno dei più importanti fattori di protezione dallo stress psico-emotivo. La trama di rapporti umani che costituisce il tessuto della società ne è risultata alterata. L'isolamento sociale è aumentato. Una serie di cambiamenti troppo numerosi o troppo rapidi hanno comportato un aumento considerevole dei disturbi mentali, che solo da poco si è potuto cominciare a studiare.

Anche la redazione di *Psychomed* ne ha risentito, almeno per quanto riguarda i contenuti di questo numero della rivista, prevalentemente centrati sugli interventi psicoterapici o di comunità. Alcuni cambiamenti nelle modalità attuative di tali interventi erano già in essere fin dal secolo scorso, come l'uso dei computer per eseguire (o integrare) forme di trattamento psicologico che si realizzavano faccia-a-faccia, ovvero, con espressione più attuale, “in presenza”. La psicoterapia *on-line*, quindi, non è iniziata quest'anno, ma mai come ora se ne comprendono le potenzialità, specialmente laddove gli spostamenti sono troppo difficili o sono temuti. In questo numero, abbiamo perciò voluto inserire uno studio sull'efficacia della psicoterapia *on-line*, che inizialmente aveva suscitato non poche perplessità.

Parallelamente, si è osservato un ulteriore aumento dell'uso delle reti *social* da parte dei giovani, che non sempre hanno un livello di maturità sufficiente per inibire comportamenti aggressivi o sapersi difendere da essi. Tali comportamenti “bullistici” ovviamente costituivano un problema anche prima delle reti *social*, ma la loro trasposizione a livello digitale ne ha notevolmente amplificato la portata. Perciò siamo lieti di poter proporre ai lettori una speciale rassegna dei programmi di intervento sul fenomeno del cosiddetto “ciberbullismo”, per dare una panoramica dei metodi attualmente più adottati ed efficaci a contrastarlo.

L'isolamento sociale è un importante fattore di rischio per lo sviluppo di depressione, soprattutto

per i soggetti anziani, in particolare in una società che guarda costantemente al futuro (non più roseo) e poco al passato. Sempre più gli anziani sono alloggiati in residenze protette, o sempre più vivono separati dalle famiglie. Durante questa pandemia sono state tra le prime vittime e non sempre hanno potuto ricevere il conforto dei familiari. La pandemia ha evidenziato drammaticamente il problema degli anziani rispetto alle loro vulnerabilità. Il terzo articolo di questo numero è perciò dedicato ad una rassegna della cosiddetta “terapia della reminiscenza” (*life review*) nei pazienti anziani affetti da depressione. Una procedura, questa, che favorisce l'aumento di salienza dei ricordi personali, che diventano risorse interne, ma favorendo la condivisione sociale e il collegamento con il presente. La *life review*, nelle parole degli autori, si è dimostrata in conclusione una “ottima opzione di trattamento in caso di depressione senile”.

Infine, anche nell'Archivio storico si è cercato un collegamento con il presente. Abbiamo inserito la riproduzione di due capitoli del libro *Extreme Stress and Communities. Impact and Intervention*, edito a cura di Stevan E. Hobfoll e Marten W. De Vries (Springer Ed., Kluwer, Dordrecht, Netherlands), pubblicato nel 1995, in cui si riportano le ricerche, i contributi e le discussioni del seminario di ricerca – organizzato dalla NATO - tenutosi in Francia a Chateau de Bonas nell'estate 1994, con ricercatori e studiosi internazionali nel campo dello stress psico-sociale. Tutti gli aspetti di tale argomento sono stati vagliati in quella occasione, da ricercatori di primo piano, dai problemi della ricerca scientifica a quelli della salute mentale degli operatori sul territorio.

Non c'è stato un periodo da allora in cui il vissuto dello stress collettivo, tipico dei grandi disastri, siano essi naturali o intenzionali, si sia imposto con maggiore evidenza come quest'anno, favorito anche da una comunicazione mediatica che ne ha drammatizzato ogni aspetto. Nonostante numerosi siano gli interrogativi che questo genere di ricerca ancora lasci aperti, noi non ci auguriamo affatto che ci siano nuove occasioni per studiare il fenomeno dello stress collettivo e così dirimere i persistenti dubbi scientifici!

Data la lunghezza dei contributi, anche questo numero XV risulta ancora una volta coprire tutti e tre i fascicoli dell'anno.

Lucio Sibia,

Stefania Borgo,

Roma, April 2021

Editorial

This issue of Psychomed 2020 is affected by the particular conditions that occurred in the year 2020. A viral pandemic that has spread across the globe has had profound impacts in many countries around the world, even giving reasons to impinge, even in an unpredictable way, into laws and regulations - and therefore on the daily habits life of populations settled over centuries of history - with consequences that are not yet fully estimated. Many businesses had to close, with serious effects on the mental health of citizens due to either the loss of income if not the work itself, or the loss of usual human contacts, the loss of cultural activities or conviviality. Other activities have been absorbed or replaced by large digital platforms, which have offered alternative services, even if not always comparable, such as the educational ones. Many rights have been suspended, raising fears that they can no longer be fully restored. The "social distancing" has drastically reduced social support, one of the most important protective factors from psycho-emotional stress. The web of human relationships that constitutes the fabric of society has been altered as a result. Social isolation has increased. A series of changes that are too numerous or too rapid have led to a considerable increase in mental disorders, which only recently could be studied.

The editorial staff of Psychomed was also affected, at least as regards the contents of this issue of the magazine, mainly centered on psychotherapeutic or community interventions. Some changes in the implementation methods of these interventions had already been in place since the last century, such as the use of computers to perform (or integrate) forms of psychological treatment that were carried out face-to-face, or, with more current expression, "in presence". on-line psychotherapy, of course, has not started this year, but its potential has never been better understood than now, especially where travel is too difficult or feared. In this issue, therefore, we decided to include a study on the effectiveness of on-line psychotherapy, an activity which initially had aroused quite a few perplexities.

At the same time, there has been a further increase in the use of social networks by young people, who do not always have a sufficient level of maturity to inhibit their own aggressive behaviors or know how to defend against them. Such "bullying" behaviors obviously constituted a problem even before social networks, but their transposition on a digital level has considerably amplified their scope. Therefore we are pleased to be able to offer readers a special review of intervention programs on the phenomenon of the so-called "cyberbullying", to give an overview of the methods currently most adopted and effective to combat it.

Social isolation is an important risk factor for the development of depression, especially for the el-

derly, and in a society that constantly looks to the future (not anymore brighter) and little to the past. More and more elderly people are housed in protected residences, or more and more they live separated from their families. During this pandemic they were among the first victims and were not always able to receive the comfort of family members. The pandemic has also dramatically highlighted the problem of the elderly with respect to their vulnerabilities. The third article of this issue is therefore dedicated to a review of the so-called "life review" therapy in elderly patients with depression. This is a procedure that favors an increase in the salience of personal memories, which become internal resources, but favoring social sharing and connection with the present. The life review, in the words of the authors, proved to be an "excellent treatment option in case of senile depression".

Finally, a connection with the present was also sought in the Historical Archive. We have included a reproduction of two chapters of the book "Extreme Stress and Communities. Impact and Intervention", edited by Stevan E. Hobfoll and Marten W. De Vries (Springer Ed., Kluwer, Dordrecht, Netherlands), published in 1995, in which the research, contributions and discussions of the research seminar are reported - organized by NATO - held in France at Chateau de Bonas in the summer of 1994, with international researchers and scholars in the field of psycho-social stress. All aspects of this topic were examined on that occasion, by leading researchers, from the problems of scientific research to those of the mental health of operators in the area.

There has not been a period since then in which the experience of collective stress, typical of great disasters, be they natural or intentional, has become more evident than this year, also favored by media communication that dramatized every side of them. Although there are many questions that this kind of research still not answered, we do not look forward new opportunities to study the phenomenon of community stress and thus to address the current scientific doubts!

Given the length of the contributions, this XV issue of Psychomed turns out once more to cover all three issues of the year.

Lucio Sibilio, MD

Stefania Borgo, MD

Roma, April 2021

CYBERBULLYING: RASSEGNA SUI PROGRAMMI DI INTERVENTO EVIDENCE-BASED

*Anna Rita Colasanti**, *Mario Becciu**, *Antonella Sinagoga***, *Valentina Costa***, *Annalisa Urbano***, *Francesca Bilotta***, *Ketty Cappadona***, *Mariangela Cerasuolo***, *Laura Iardella***, *Marilena Menti***, *Marilena Minei***, *Ilaria Mucci***, *Ester Piras***

Riassunto

Obiettivi. Alla luce della diffusione rapida del *cyberbullying*, anche durante l'attuale pandemia, il presente articolo si pone l'obiettivo di esaminare e analizzare nella recente letteratura scientifica internazionale, studi con programmi d'intervento con prove d'efficacia, in grado di prevenire o ridurre il *cyberbullying*. Lo scopo è di presentare una revisione sistematica di tali interventi, mostrando un quadro scientifico sullo stato di avanzamento degli interventi efficaci, poiché finora la ricerca mostra più studi con programmi d'intervento efficaci sul bullismo.

Metodo. La ricerca, che ha utilizzato i database elettronici Scopus e PubMed, ha preso in considerazione gli articoli pubblicati negli ultimi 10 anni, selezionati sulla base dei seguenti criteri: studi aventi per oggetto un programma d'intervento sul *cyberbullying*; con disegni controllati randomizzati (RCT o quasi-RCT); con un follow-up; con campione esteso ($N \geq 100$) nel caso di studenti; con campione meno esteso ($N < 100$) nel caso di destinatari diversi (es: insegnanti, *counselor* scolastici).

Risultati. La rassegna evidenzia l'efficacia degli interventi in ambiente scolastico o universitario, con un orientamento volto a prevenire il *cyberbullying*, attraverso la sensibilizzazione, promuovendo l'educazione digitale per l'uso responsabile di internet, training sull'empatia, sulle competenze sociali e comunicative, sulle abilità di *coping*, interventi focalizzati all'aumento del senso di autoefficacia, coinvolgendo anche genitori e insegnanti.

Discussione. Gli studi inclusi nella rassegna hanno confermato l'efficacia dei programmi d'intervento sul *cyberbullying* e molti studi concordano sulla necessità d'interventi diretti non solo agli studenti, ma anche agli altri attori sociali coinvolti come genitori, insegnanti e personale scolastico. Studi futuri di prevenzione del *cyberbullying* dovrebbero includere approcci anche di tipo individuale specifici per gli attori già coinvolti ed è necessario implementare programmi d'intervento e studi che forniscano alle scuole e ai ragazzi strumenti e strategie più efficaci per un uso di internet consapevole e funzionale.

*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.

Parole chiave: Cyberbullying, prevenzione cyberbullying, interventi scolastici, programmi evidence-based

Abstract

Aims. In light of the rapid spread of *cyberbullying* even during the current pandemic, the research question posed in this article has been to examine and analyze the effectiveness of several studies - belonging to the recent international literature - which aims to reduce or prevent *cyberbullying* through specific intervention programs. The aim of this examination is to carry a systematic review of the abovementioned interventions, showing a scientific framework on the progress of the effective ones as the research so far shows more studies with effective intervention programs on bullying.

Method. The research, using the Scopus and PubMed electronic database, considered articles published in the last 10 years, based on the following criteria: • the studies must focus on an intervention program on cyberbullying; the studies must have an RCT or almost RCT design; the studies must provide a followup; the sample must be equal to or greater than ($N \geq 100$) - if it is composed of student recipients- and equal or minor than ($N < 100$) if it is composed of other recipients (teachers, school counselors).

Results. This review highlights the effectiveness of interventions in a school or university environment, oriented to prevent *cyberbullying*. This goal is achieved by promoting digital education for the responsible use of the Internet; training students on empathy as well as social, communication, and coping skills to deal with relevant episodes; increasing the sense of self-efficacy; involving parents and teachers.

Discussion. The studies included in the review have confirmed the effectiveness of the *cyberbullying* intervention programs and many of them agree on the need for direct interventions not only to students 24 but also to the other social actors involved such as parents, teachers, and school staff. Future *cyberbullying* prevention studies should also include specific individual approaches for the actors already involved and it is necessary to implement the studies to provide schools and children with more effective tools and strategies for using the internet in a more functional way.

Key words: *Cyberbullying, cyberbullying prevention, school interventions, evidence based programs*

1. INTRODUZIONE

Il termine *cyberbullying* è stato coniato per la prima volta nel 2002 dall'educatore canadese Bill Belsey (citato da Chiapasco & Cario, 2014, p. 1) e poi ripreso da Smith, Mahdavi, Carvalho e Tippet (2006), che ne hanno proposto una definizione in stretta relazione con la definizione di bullismo "tradizionale". Pertanto, il *cyberbullying* viene definito come quella forma di prevaricazione volontaria e ripetuta nel tempo, attuata mediante uno strumento elettronico, perpetrata contro un singolo o un gruppo con l'obiettivo di ferire e mettere a disagio il bersaglio, per lo più impossibilitato a difendersi (Smith *et al.*, 2006).

La natura mediatica del *cyberbullying* comporta alcune differenze rispetto al bullismo tradizionale: si aggiunge il riferimento alle nuove tecnologie come strumento delle aggressioni. Il materiale oggetto delle violenze può essere diffuso in tutto il mondo ed è difficile che venga rimosso o eliminato; chiunque può vedere, commentare e condividere a sua volta il contenuto. Si rinforza in questo modo, ulteriormente, la sensazione di impotenza della vittima e lo sbilanciamento di potere tra gli attori coinvolti. Nel bullismo tradizionale gli spettatori sono ristretti ai compagni che sono presenti al momento dell'attacco e che assistono all'episodio (Menesini, Nocentini & Palladino, 2017). Inoltre, mentre nel bullismo le aggressioni sono circoscritte al contesto scolastico e le vittime, una volta tornate a casa, si sentono al sicuro, nel *cyberbullying* le violenze possono non finire mai in quanto la dimensione spazio-temporale è potenzialmente illimitata e le vessazioni continuano 24 ore su 24.

Un'altra caratteristica è costituita dall'anonimato dell'aggressore che non è più identificabile con uno studente con il quale si è costruita una relazione, ma può essere sia una persona nota che si nasconde dietro all'anonimato oppure uno sconosciuto; in entrambi i casi la vittima non è in grado di risalire all'identità di colui con cui interagisce. La percezione di anonimato e invisibilità presunta stimola nel cyberbullo un'alta disinibizione al punto da manifestare comportamenti che nella vita reale probabilmente eviterebbe di mostrare.

La natura indiretta del *cyberbullying* rende difficile poter valutare l'intenzionalità o la natura reattiva dell'attacco. Il cyberbullo non ha un riscontro diretto e immediato degli effetti del proprio comportamento sulla vittima e ciò determina una riduzione dell'empatia e del senso di colpa (Sourander *et al.*, 2010). Per quanto riguarda la stabilizzazione del ruolo sociale ricoperto, alcune ricerche (Ybarra & Mitchell, 2004) hanno evidenziato che mentre nel bullismo solo il bullo, il gregario e il bullo-vittima (vittima provocatrice) agiscono prepotenze, nel *cyberbullying*, chiunque, anche chi è vittima nella vita reale o ha un basso potere sociale, può diventare un cyberbullo. È bene però precisare che Raskauskas e Stoltz (2007), in una loro ricerca, hanno verificato che molte

cybervittime sono anche vittime di bullismo tradizionale e molti cyberbulli sono anche bulli nella vita reale, mettendo, dunque, in discussione l'iniziale tesi di Ybarra e Mitchell.

I dati italiani, relativi al progetto DAPHNE II, promosso dall'Unione Europea, mostrano come l'incidenza del fenomeno nel nostro paese sia in linea con il panorama internazionale. È stato preso in considerazione un campione di 2000 studenti di età compresa tra 12 e 17 anni, il 13% ha dichiarato di essere stato vittima di *cyberbullying* negli ultimi due mesi (Genta, Brighi & Guarini, 2009). A distanza di due anni, il progetto ECIP-DAPHNE II, evidenzia un decisivo aumento del fenomeno in Italia. Il 25% dei 1.960 ragazzi ha dichiarato di aver subito episodi di *cyberbullying* da due a più volte al mese (Genta, Brighi & Guarini, 2013).

Prendendo in considerazione la variabile età sia dei cyberbulli che delle cybervittime, si assiste ad un incremento del fenomeno nel passaggio dalla scuola media inferiore a quella superiore, in generale un coinvolgimento maggiore da parte degli adolescenti rispetto ai più piccoli (Ybarra *et al.*, 2004; Slonje & Smith, 2008). Ricerche più recenti (Slonje, Smith & Frisen, 2013) confermano che l'età maggiormente coinvolta nel fenomeno è quella adolescenziale, con un picco notevole intorno ai 13-15 anni.

Slonje e Smith (2008) affermano che, nel complesso il *cyberbullying* e il bullismo tradizionale sembrano avere lo stesso impatto negativo sulle vittime. Tuttavia, alcune caratteristiche del *cyberbullying* come l'anonimato dell'aggressore, il silenzio della vittima e l'imbarazzo causato da un pubblico potenzialmente illimitato contribuiscono a rendere particolarmente preoccupante il fenomeno.

Diversi studi hanno dimostrato che a livello psicologico il *cyberbullying* è associato ad ansia, soprattutto sociale, e depressione (Ortega *et al.*, 2012), ma anche bassa autostima (Katzner, Fetchenhauer & Belschak, 2009), ideazione suicidaria e tentati suicidi, disturbo post traumatico da stress (Vaillancourt, Faris & Mishna, 2017), insorgenza di sintomi somatici come mal di testa, mal di stomaco, vertigini, vampate di calore o palpitazioni cardiache (Vieno *et al.*, 2015). I sintomi somatici sono particolarmente rilevanti nel contesto scolastico perché possono portare all'assenteismo e a basse prestazioni scolastiche (Katzner *et al.*, 2009), inoltre interferiscono profondamente con la qualità della vita quotidiana e con le relazioni familiari (Varni *et al.*, 2015) a causa di un maggior uso di tabacco, alcool e droghe (Betts, 2016). Tutte queste conseguenze negative possono anche essere subite dagli autori, in particolare in coloro che sono sia vittime che bulli (Sourander *et al.*, 2010). Le ricerche hanno dimostrato che il fenomeno del *cyberbullying* è presente anche tra gli studenti universitari, nei quali si riscontrano problemi di salute mentale come quelli riportati in età scolare, oltre a conseguenze specifiche come stress, irritabilità, impotenza,

solitudine, disturbi del sonno e difficoltà a mantenere la concentrazione (Cassidy, Faucher & Jackson, 2017; Musharraf & Lewis, 2018).

Sebbene spesso vi sia una sovrapposizione tra fattori di rischio e fattori protettivi legati al *cyberbullying*, negli ultimi anni sono aumentate le ricerche condotte per poterli identificare, anche se molti di questi sono condivisi con il bullismo (Ansary, 2020). Swearer e Hymel (2015), hanno elaborato il modello socio-ecologico diatesi-stress secondo il quale il coinvolgimento nel bullismo è determinato dall'interazione tra fattori ambientali (famiglia, scuola, vicinato ecc.) della vita di un bambino/adolescente, il rischio individuale (vulnerabilità) e i fattori protettivi. Per quanto riguarda la vittimizzazione, tra i fattori di rischio individuali vi sono bassa autostima, bassa empatia, alti livelli di ansia ed essere già stati vittima di bullismo (Kowalsky, Limber & McCord, 2019). Invece, coloro che mettono in atto *cyberbullying* riportano maggiori atteggiamenti positivi verso i comportamenti di bullismo *on-line*, spesso hanno un alto livello di disimpegno morale (Bandura, 1999), bassi livelli di empatia e autostima, ma anche alti livelli di impulsività (Kowalsky *et al.*, 2019).

Vi sono invece alcuni fattori protettivi individuali e sociali che riducono la probabilità di essere coinvolti nel *cyberbullying* come un'alta autostima (Kowalsky *et al.*, 2019), alti livelli di competenza sociale e capacità di regolare le emozioni (Zych, Farrington & Ttofi, 2019). Uno dei fattori individuali principali che riduce la probabilità di mettere in atto comportamenti aggressivi *on-line* è un alto livello di empatia (Casas, Del Rey & Ortega-Ruiz, 2013). Tra le varie strategie di *coping* utilizzate dalle vittime di *cyberbullying* per proteggersi dalle insidie del mondo tecnologico (Menesini *et al.*, 2019) il supporto sociale ha un ruolo cruciale nella richiesta di aiuto delle vittime (Dooley, Gradinger, Strohmeier, Cross & Spiel, 2010), infatti quest'ultima risulta come la strategia di risoluzione dei problemi più efficace contro il *cyberbullying* (Palladino, Nocentini & Menesini, 2012). Tuttavia, chi è coinvolto in un episodio di *cyberbullying*, sia esso vittima o bullo, spesso ha difficoltà a parlare con qualcuno (Menesini *et al.*, 2019). Diversi studi hanno mostrato che le vittime si sentano più a loro agio nel parlare del problema a genitori e amici piuttosto che con professionisti percepiti più distanti (Perren, Dooley, Shaw e Cross, 2010), ed è più probabile che le vittime riferiscano quanto subito se percepiscono le fonti di aiuto disponibili come altamente competenti per gestire l'accaduto (Novick & Isaacs 2010). Una *review* di Ansary, Elias, Greene e Green (2015), ha evidenziato il ruolo chiave degli insegnanti, infatti i docenti dovrebbero essere maggiormente formati con dei training formativi, in quanto l'interazione tra clima scolastico favorevole e sicuro e l'influenza dei pari è individuata come fattore protettivo contro il bullismo (Zych, Farrington, Llorent & Ttofi, 2017).

L'impatto del *cyberbullying* sulla salute mentale e sul benessere psicologico ha determinato

l'aumento dei programmi di intervento preventivo primario soprattutto nelle scuole (Barkoukis, Lazarus, Ourda & Tsorbatzoudis, 2015; Patchin & Hinduja, 2012), dato l'impatto che la scuola e le relazioni che gli adolescenti instaurano in questo contesto svolgono un ruolo importante nello sviluppo socio-emotivo durante l'adolescenza (Kidger, Araya, Donovan & Gunnel, 2012).

Sebbene alcuni autori abbiano individuato effetti scarsi o moderati dei programmi preventivi nel contesto scolastico (Slonje *et al.*, 2013; Wölfer, Schultze-Krumbholz, Zagorscak, Jakel, Gobel & Scheithauer, 2014), in quanto solo pochi programmi preventivi sono stati concettualizzati adottando solidi quadri teorici (Tokunaga, 2010; Slonje *et al.*, 2013; Tanrikulu, 2018), altre evidenze hanno mostrato l'efficacia dei programmi di prevenzione del *cyberbullying* nel ridurre sia il fenomeno sia la vittimizzazione on-line (Gaffney, Farrington, Espelage & Ttofi, 2019). Infatti, meta-analisi di Zych, Ortega-Ruiz e Del Rey (2015) e di Hutson, Kelly e Militello (2018); hanno evidenziato che l'interazione tra componenti come l'educazione digitale per l'uso responsabile di internet, l'insegnamento di strategie di *coping* per fronteggiare gli episodi di *cyberbullying*, *training* sull'empatia e sulle competenze sociali e comunicative, determina una riduzione del *cyberbullying* o della vittimizzazione. Inoltre, i programmi risultano efficaci se prevedono l'inclusione dei genitori, attraverso una formazione mirata sul tema.

L'attenzione al fenomeno del *cyberbullying*, è tornata a farsi sentire con urgenza nei primi mesi del 2020, quando il mondo intero è stato in piena emergenza per la diffusione rapida del virus COVID-19. La quarantena e le misure di allontanamento a cui la maggior parte della popolazione mondiale è stata chiamata, hanno costituito fattori di rischio per problemi di salute mentale, tra cui il suicidio, lo stress, il gioco d'azzardo, l'abuso di alcool, l'abuso domestico e infantile, ma anche per fenomeni psicosociali come *cyberbullying*, lutto, rottura di relazioni, stress economico, disoccupazione (Holmes *et al.*, 2020). Durante la pandemia, l'OMS (6 marzo 2020), ha sottolineato l'importanza della connessione in rete che, date le raccomandazioni delle autorità sul limitare il contatto fisico, permette di mantenere la routine e il contatto sociale via e-mail, *social media*, videoconferenza e telefono, anche in caso di isolamento sociale. Le disposizioni sulle necessità di limitare il contatto fisico hanno fatto sì che in tutto il mondo siano più di 1,5 miliardi i bambini e giovani colpiti dalla chiusura delle scuole che passano sempre più tempo davanti agli schermi, sia sui *social media* sia per i programmi scolastici e per l'apprendimento (Cyberbullying.com, 2020). Tutto questo ha determinato un rovescio della medaglia (Fondazione carolina.org, 2020): è stato infatti riscontrato un aumento del fenomeno del *cyberbullying* e della vittimizzazione *on-line* attraverso commenti, post e messaggi *on-line* su numerose *app*, in un momento in cui i ragazzi sono già affetti da ansia e stress aumentati a causa di confinamento, malattia o disoccupazione nella famiglia (Cyberbullying.com, 2020). Inoltre, sono aumentati atti di *cyberbullying* razzista nei

confronti degli asiatici, accusati di essere portatori del COVID-19, ritenuto un “virus straniero” (*Cyberbullying.com*, 2020). In Italia, la Fondazione Carolina, da anni attiva nella lotta contro il bullismo e il *cyberbullying*, ha comunicato i dati allarmanti: solo nel mese di marzo 2020 sono giunte 278 segnalazioni di episodi legati all’uso distorto della rete rispetto a una media di 50 segnalazioni mensili. Queste segnalazioni riguardano atti di *cyberbullying* sia tra pari ma anche nei confronti degli insegnanti durante la didattica a distanza).

Alla luce di tali considerazioni si rende necessario mettere a punto azioni mirate che vadano a prevenire e contrastare un fenomeno che sembra non avere confini. Di qui l’urgenza di individuare nel panorama della recente letteratura studi che abbiano stimato l’efficacia delle iniziative in tal senso per comprendere quali possano essere le azioni elettive che dotino le scuole, e in generale i ragazzi, di strumenti e strategie fattivamente incisive per un uso consapevole e positivo di internet (Menesini *et al.*, 2019).

2. OBIETTIVI DI RICERCA

Nonostante molti studi ribadiscano l’efficacia di alcuni programmi di prevenzione, mettendo in luce le componenti sulle quali agire, altri sembrano frenare entusiasmi in tal senso. Quindi, all’interno di questo dibattito, il presente articolo si pone l’obiettivo di esaminare e analizzare la recente letteratura internazionale al fine di valutare gli studi che propongono programmi che hanno dato prova di efficacia indirizzati a prevenire o ridurre il *cyberbullying*. Poiché gran parte della letteratura sulla prevenzione del *cyberbullying* si è concentrata sul ruolo delle scuole nella prevenzione primaria (Barkoukis *et al.*, 2015; Patchin *et al.*, 2012), si è deciso di focalizzarsi sui programmi di intervento attuati nel contesto scolastico e universitario.

3. STRATEGIA DI RICERCA, CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

Gli studi che propongono programmi indirizzati a prevenire o ridurre il *cyberbullying* sono stati identificati tramite ricerche bibliografiche in banche dati elettroniche e motori di ricerca, attraverso l’uso di parole chiave ed esaminando la bibliografia di articoli. Questi sono stati sottoposti a una valutazione successiva in base a criteri di inclusione ed esclusione. Non sono stati applicati limiti relativi alla lingua di pubblicazione e gli articoli in lingua straniera sono stati tradotti.

3.1 Strategia di ricerca

Gli studi sono stati individuati effettuando una ricerca sui seguenti database: Scopus (Elsevier),

PubMed/Medline (1966-presente).

La ricerca bibliografica degli studi che propongono programmi che hanno dato prova di efficacia indirizzati a prevenire o ridurre il *cyberbullying* è stata effettuata su articoli pubblicati negli ultimi 10 anni, dal 2010 ad oggi. L'ultima ricerca è stata condotta a marzo 2020.

Su ogni database è stata effettuata una ricerca utilizzando le seguenti parole chiave: *efficacy AND cyberbullying AND intervention; efficacy AND cyberbullying AND prevention; evidence-based AND intervention AND cyberbullying.*

3.2 Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati scelti quali criteri di inclusione i seguenti: articoli pubblicati dal 2010 al 2020; studi aventi per oggetto un programma d'intervento sul *cyberbullying*; studi con disegni controllati randomizzati (RCT o quasi-RCT); studi con un *follow-up*; studi con campione esteso ($N \geq 100$) nel caso di studenti; studi con campione meno esteso ($N < 100$) nel caso di destinatari diversi dagli studenti (ad es: insegnanti, *counselor* scolastici).

Sono stati adottati i seguenti criteri di esclusione: assenza di un programma d'intervento sul *cyberbullying*; assenza di un disegno controllato randomizzato; numerosità campionaria ridotta ($N < 100$ se studenti); assenza di un *follow-up*.

Sono stati identificati complessivamente 56 articoli, di cui 37 identificati sul database Scopus e 19 su PubMed/Medline. Dopo l'eliminazione dei duplicati ($n = 9$), i restanti articoli ($n = 47$) sono stati sottoposti a screening sulla base del titolo e dell'*abstract*. Da questa prima cernita sono stati esclusi 23 articoli non conformi ai criteri stabiliti; tali studi esplorano principalmente il comportamento degli astanti negli episodi di *cyberbullying*; valutano percezioni, atteggiamenti, opinioni su probabili interventi; indagano il rapporto tra cybervittimizzazione e stima del corpo; esplorano solo il bullismo.

I 24 articoli restanti sono stati valutati per l'eleggibilità, secondo i criteri di inclusione prima definiti. Successivamente sono stati selezionati 8 articoli, di cui un programma d'intervento rivolto a *counselor* scolastici di scuole secondarie pubbliche (Altundağ & Ayas, 2020), due rivolti a studenti universitari (Leung, Wong & Farver, 2019; Doane, Ehlke & Kelley, 2020), e i restanti indirizzati a studenti di scuola secondaria (Cross *et al.*, 2016; Palladino *et al.*, 2016; Ferrer-Cascales, Albaladejo-Blazquez, Sanchez- SanSegundo, Portilla-Tamarit, Lordan & Ruiz-Robledillo, 2019; Sorrentino *et al.*, 2018; Zagorscak *et al.*, 2019).

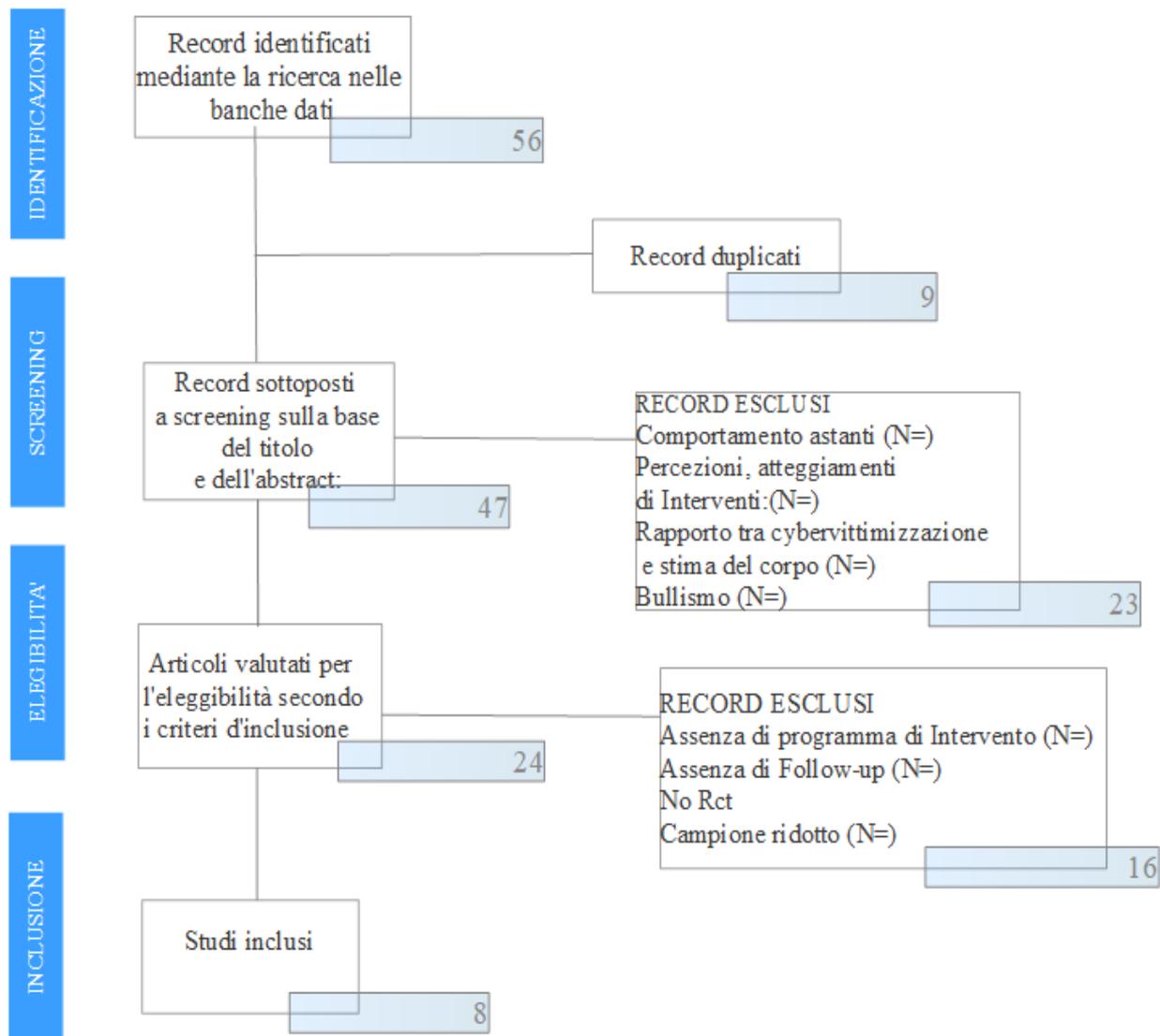
Sono stati esclusi 16 articoli per assenza di un programma d'intervento sul *cyberbullying* (Mu-

sharraf, Bauman, Anis-ul-Haque & Malik, 2019; Menesini *et al.*, 2019; Ansary, 2020); assenza di un follow-up (Roberto, Eden, Savage, Salazar & Deiss, 2014; Gkiomisi, Gkrizioti, Gkiomisi, Anastasilakis & Kardaras, 2016; Savage, Douglas, Roberto & Aboujaoude, 2017; Ingram, Espelage, Merrin, Valido, Heinhorst & Joyce, 2018; Guarini, Menin, Menabo & Brighi, 2019; Buils, Miedes & Oliver, 2020); per entrambi i motivi nominati precedentemente (Trompeter, Bussey & Fitzpatrick, 2017; Zsila, Urban, Griffiths & Demetrovics, 2018; Vieira da Veiga Simao, Ferreira, Mateus Francisco, Paulino, Bezerra de Souza, 2018); assenza di un disegno di controllo randomizzato (Cross, Lester, Barnes, Cardoso & Hadwen, 2015); numerosità campionaria ridotta (Niels, Jacobs, Vollink, Dehue & Lechner, 2014); assenza di un disegno controllato randomizzato e assenza di un programma d'intervento (Ferreira, Veiga Simao, Paiva & Ferreira, 2015); assenza di un disegno controllato randomizzato e assenza di un follow-up (Mehari, Moore, Waasdorp, Varney, Berg & Leff, 2018).

Di 8 articoli si è tenuto però conto nella stesura dell'introduzione e della conclusione finale (Ferreira *et al.*, 2015; Trompeter *et al.*, 2017; Zsila *et al.*, 2018; Vieira da Veiga Simao *et al.*, 2018; Mehari *et al.*, 2018; Ingram *et al.*, 2018; Menesini *et al.*, 2019; Ansary, 2020).

Il diagramma schematico del lavoro di screening, effettuato seguendo le indicazioni del PRISMA (*statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions*) (Moher, Liberati, Tezloff & Altman, 2009), è riportato di seguito (Fig.1).

Fig.1 Diagramma di flusso relativo ai passi della revisione sistematica



3.3 Sistema di codifica

Gli studi selezionati sono stati analizzati e riportati secondo uno schema di codifica costituita da 11 voci volte a indagare: fonte (titolo, autori, anno), paese, scopo, campione, 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 stati riportati gli autori e l'anno di pubblicazione dell'articolo; 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 state incluse le principali variabili in oggetto degli interventi, valutate con gli Strumenti, elencati alla voce successiva. Sono state poi prese in considerazione le Sessioni, con specifica indicazione del numero di incontri, della durata e dell'eventuale organizzazione degli stessi; la Teoria di riferimento nonché i principi teorici alla base degli interventi; alla voce Disegno RCT o quasi RCT è stato riportato il disegno sperimentale utilizzato, specificando la modalità di divisione del campione in gruppo intervento e gruppo di controllo. È stata poi inserita la durata del Periodo di *follow-up*, in modo da specificare il tempo intercorso tra la fine dell'intervento e la rilevazione dei cambiamenti a medio-lungo termine. Sono stati infine riassunti i Principali risultati ottenuti dagli interventi, in modo da fornire una panoramica generale degli effetti più rilevanti che gli stessi hanno registrato.

I dati sono riportati sinteticamente nella tab. 1 alla pagina seguente.

Autori, anno, titolo	Paese	Scopo	Campione	Variabili indagate	Strumenti di rilevazione	Sessioni: numero, durata, organizzazione	Teoria di riferimento	Disegno RCT o quasi RCT	Periodi di follow-up	Principali risultati ottenuti
<p>Zagorscak, P., Schultze-Krumbholz, A., Heinrich, M., Wölfer, R. & Scheithauer, H.</p> <p>2019</p> <p>Efficacy of Cyberbullying Prevention on Somatic Symptoms - Randomized Controlled Trial applying a Reasoned Action Approach</p>	<p>Germania</p>	<p>Valutare l'efficacia, negli adolescenti, di un programma di prevenzione del cyberbullismo e dei sintomi somatici ad esso collegati. Il programma, denominato "Media Heroes", è stato erogato per un lungo periodo: long intervention group (IG-L = 10 settimane consecutive) e per un breve periodo: short intervention group (IG-S = solo 4 sessioni).</p>	<p>N = 722 studenti appartenenti a 5 scuole</p> <p>Età media= 13,4; F= 52% del campione</p>	<p>Comportamento legato al cyberbullismo</p> <p>Atteggiamenti legati al cyberbullismo</p> <p>Norme soggettive sul cyberbullismo</p> <p>Sintomi somatici</p>	<p>European Cyberbullying Intervention Project Questionnaire (ECIPQ; DAPHNE; Del Rey <i>et al.</i>, 2015),</p> <p>Bern Well-Being Questionnaire for Adolescents (Grob <i>et al.</i>, 1991)</p> <p>Questionari di Lazuras, Barkoukis, Ourda & Tsohatzoudis (2013)</p>	<p>Prima sessione Gennaio 2011.</p> <p>Programma "Media Heroes" erogato tra febbraio e aprile 2011:</p> <p>1) Long Intervention Group (IG-L)</p> <p>2) Short Intervention Group (IG-S)</p> <p>3) Control Group (CG).</p> <p>Questionari post-intervento effettuati 6 mesi dopo (Novembre-Dicembre 2011)</p>	<p>Theory of Reasoned Action (ToRA) (Fishbein and Ajzen, 1975)</p>	<p>RCT</p> <p>Studio controllato randomizzato, no doppio cieco.</p> <p>3 gruppi: IG-L, IG-S, CG.</p>	<p>Follow up a 6 mesi</p>	<p>Sei mesi dopo l'intervento, gli studenti appartenenti alla condizione IG-L del programma "Media Heroes", riportavano una riduzione dei comportamenti legati al cyberbullismo e una riduzione dei sintomi somatici, rispetto agli studenti della condizione di controllo (CG);</p> <p>Sono state individuate delle correlazioni tra cyberbullismo, atteggiamenti e norme soggettive in tutte le condizioni sperimentali; evidenziando come, atteggiamenti e norme soggettive positivi e favorevoli, sono associati ad una minor attuazione di cyberbullismo.</p> <p>E' stata individuata una correlazione positiva tra cyberbullismo e sintomi somatici, dimostrando che al diminuire dei comportamenti legati al cyberbullismo vi sono meno sintomi somatici.</p>
<p>Cross D., Shaw T., Hadwen K., Cardoso P., Slee P., Roberts C., Thomas L., & Barnes A.</p> <p>2016</p>	<p>Australia</p>	<p>Valutare il programma scolastico "Cyber Friendly Schools" (CFS) (programma di studio randomizzato prospettico di gruppo) diretto a tutta la scuola</p>	<p>N = 3.382 studenti</p> <p>Età = 13 anni (87% di quelli ammissibili)</p>	<p>Cybervittimizzazione</p> <p>Perpetuazione del cyberbullismo</p>	<p>Cyberbullying scales (Smith, Mahdavi, Carvalho & Tippett, 2006)</p>	<p>Formazione degli insegnanti (N 190);</p> <p>Creazione del gruppo "Pastoral Care" per scoraggiare il cyberbullismo;.</p> <p>Presenza di</p>	<p>Systemic Sociological Approach (Bronfenbrenner, 1995)</p>	<p>RCT</p>	<p>Follow up a 12 mesi</p>	<p>La maggior parte degli studenti non è stata coinvolta in comportamenti di cyberbullismo.</p> <p>Inoltre, raramente gli studenti sono stati coinvolti, esposti o hanno messo in atto questi comportamenti.</p>

<p>Longitudinal Impact of the Cyber Friendly Schools Program on Adolescents' Cyberbullying Behavior</p>		<p>con l'obiettivo di ridurre il cyberbullismo, mediante la promozione di comportamenti positivi negli adolescenti, e attraverso un approccio di minimizzazione del danno.</p>				<p>studenti "Cyber Leader" (età 15 anni); Formazione dei 4-6 dirigenti informatici per 10 h;</p> <p>Utilizzo di risorse on-line per aumentare la consapevolezza dei genitori sulle tecnologie utilizzate dai figli;</p> <p>Creazione del sito Web CFS Con nove moduli on-line.</p>				<p>L e probabilità sia dell'esposizione che della perpetrazione del comportamento di cyberbullismo, tendevano a diminuire attraverso i punti temporali, mentre la tendenza era quella di aumentare l'esposizione/perpetrazione per le persone coinvolte.</p> <p>Il programma è stato associato ad una riduzione più marcata delle probabilità di cyber vittimizzazione e di cyber perpetrazione, di violenze on-line, dal pre-intervento alla prima raccolta di dati post-intervento; ma non per il periodo successivo.</p>
<p>Leung, A. N. M., Wong, N., & Farver J. M. 2019</p> <p>Testing the Effectiveness of an E-Course to Combat Cyberbullying</p>	<p>ina</p>	<p>Valutare l'efficacia del programma E-Course</p> <p>Sensibilizzare gli studenti universitari sul cyberbullismo</p> <p>Favorire un comportamento finalizzato ad aiutare le vittime di cyberbullismo e promuovere un senso di autoefficacia per intervenire e combattere il fenomeno.</p>	<p>N = 144 studenti universitari</p> <p>Età media 21,05 F = 118, M = 26.</p> <p>1) Gruppo sperimentale (GS): (N = 76)</p> <p>2) Gruppo di controllo (GC): (N = 66)</p>	<p>Conoscenze sul cyberbullismo</p> <p>Intenzione di aiutare le vittime di cyberbullismo</p> <p>Controllo comportamentale percepito sull'aiuto alle vittime di cyberbullismo</p> <p>Autoefficacia per combattere il cyberbullismo</p> <p>Probabilità di intervento comportamentale</p>	<p>Al T1 questionari per valutare il tempo trascorso sul network e per valutare l'eventuale coinvolgimento o precedentenel cyberbullismo ;</p> <p>Al T1 e T2: Cyberbullying Awareness Scale (Brewer, 2010), 2 Scale Likert a 7 punti (Fishbein e Ajzen,</p>	<p>1) Gruppo sperimentale (GS): partecipava al programma E-Course "moodle", 2 sessioni on-line di 15 minuti a settimana, per un totale di 3 settimane (,con diversi obiettivi da raggiungere: attivare le supposizioni attuali sul cyberbullismo, sfidare le supposizioni sul cyberbullismo, riflettere e consolidare il cambiamento del concetto di</p>	<p>Con structivist Learning Theory (Kelly, 1955)</p>	<p>RCT</p>	<p>Follow up a 5 settimane</p>	<p>In seguito ad analisi "tra i gruppi", i risultati hanno mostrato che gli studenti del gruppo sperimentale (GS), hanno ottenuto punteggi migliori e più alti nei 5 questionari a T2 rispetto al gruppo di controllo (GC), evidenziando l'efficacia del programma E-Course.</p> <p>Risultati simili si ottengono anche in seguito ad analisi "entro i gruppi", in quanto i soggetti del gruppo sperimentale (GS) hanno ottenuto migliori punteggi a T2 rispetto a T1 in tutti i questionari tranne nella probabilità di intervento nel cyberbullismo, che rimane stabile.</p>

				ale nel cyberbullismo	2011), per valutare l'intenzione di aiutare le vittime di cyberbullismo e il controllo comportamentale percepito . Scala Likert a 7 punti (Schwarzer e Jerusalem, 1995), per valutare autoefficacia per combattere il cyberbullismo, Scala Likert a 7 punti (Koon, 2013), per valutare la probabilità di intervento comportamentale nel cyberbullismo.	cyberbullismo 2) Gruppo di controllo (GC): partecipava a 2 lezioni on-line sul cyberbullismo di 15 minuti a settimana per 3 settimane.				I risultati evidenziano come un programma E-Course, che si basa sull'apprendimento costruttivista, può favorire comportamenti prosociali e prevenire il cyberbullismo.
Palladino B. E., Nocentini A., & Menesini E. 2016 Evidence-Based Intervention Against Bullying and Cyberbullying: Evaluation of the No Trap!	Italia	Valutare l'efficacia della terza edizione del programma "NoTrap!", un intervento scolastico che utilizza un approccio guidato da pari per prevenire e combattere bullismo e cyberbullismo	1° studio 2011/2012 N = 622 studenti adolescenti primo anno di scuola superiore età = 14/15 anni appartenenti a diverse scuole di Firenze, Lucca e province	Vittimizzazione Bullismo Cybervittimizzazione Cyberbullismo	Florence Bullying-Victimization Scales (Palladino, 2013) Florence Cyberbullying/Cybervictimization Scales (Palladino, Nocentini, & Menesini, 2015)	Valutazione iniziale e somministrazione questionari (Novembre) Training insegnanti Avvio del programma Reclutamento di volontari educatori tra pari	Modello Evidence based Peer education	Quasi RCT	Follow up a 6 mesi	Lo studio integra le conoscenze precedenti e fornisce alcuni suggerimenti alle ricerche e ai professionisti, per migliorare la qualità degli interventi anti-bullismo e anti-cyberbullismo. Nella prima prova, l'intervento ha predetto significativamente il cambiamento nel tempo in tutte le variabili target (vittimizzazione, bullismo, cybervittimizzazione e

Program in Two Independent Trials			2° studio 2012/2013 N = 461 studenti adolescenti			Training per educatori tra pari Valutazione a metà studio (Febbraio) Attività di Peer education Intervento di educatori tra pari on-line Valutazione finale (Maggio- Giugno)				cyberbullismo). Sono stati inoltre riscontrati effetti a lungo termine al follow-up 6 mesi dopo. Nella seconda prova è stato esaminato l'effetto moderatore del genere e si è verificata una riduzione nel tempo di bullismo e cyberbullismo (pre e post test) nel gruppo sperimentale (GS) ma non nel gruppo di controllo (GC), e questa riduzione è stata simile per ragazzi e ragazze.
Sorrentino A., Baldry A. C., & Farrington D. P. 2018 The Efficacy of the Tabby Improved Prevention and Intervention Program in Reducing Cyberbullying and Cybervictimiza tion among Students	Italia	Presentare i risultati della valutazione del Tabby Improved Prevention and Intervention Program (TIPIP) , per il cyberbullismo e la cybervittimizzazi one. TIPIP è teoricamente progettato per eliminare cyberbullismo e cybervittimizzazi one	N = 759 studenti Età = 10-17 anni 1) Gruppo sperimentale (GS): (N 20 classi) 2) Gruppo di Controllo (GC): (N 29 classi).	Cyberbullism o Cybervittimi zzazione	Tabby Improved Checklist , questionario on-line self- report	Formazione degli insegnanti (una volta a settimana per 3 settimane) Conferenze scolastiche con i genitori Materiale on-line per studenti, insegnanti e genitori Attività in classe con gli studenti.	Ecological System Theory (EST) (Bronfenbre nner,1979) Threat Assessment Approach (TAA) (Borum, Fein, Vossekuil, Berglund, 1999; Fein, Vossekuil, Holden, 1995)	RCT	Follow up a 6 mesi	Ripetute misure ANOVA hanno mostrato una significativa diminuzione sia nel cyberbullismo che nella cybervittimizzazione tra studenti che hanno ricevuto l'intervento con un periodo di follow up a 6 mesi. Il programma è stato più efficace per i ragazzi che per le ragazze.
Ferrer- Cascales R., Albaladejo- Blázquez N.,	Spagna	Valutare l'efficacia del programma TEI (Tutoria Entre	N = 2057 studenti da 22 scuole medie superiori	Per il bullismo: Frequenza dei litigi	Illinois Bully Scale (Espelage & Holt, 2001)	Diffusione di informazioni e dei principi del programma tra	Ecological Systems Theory (EST) (Bronfenb	Quasi RCT	Follow up a 7 mesi	I risultati mostrano che il coinvolgimento nel bullismo/ vittimizzazione e cyberbullismo/

<p>Sánchez-SanSegundo M., Portilla-Tamarit I., Lordan O., & Ruiz-Robledillo N.</p> <p>2019</p> <p>Effectiveness of the TEI Program for Bullying and Cyberbullying Reduction and School Climate Improvement</p>		<p>Igualdes), "Tutoraggio tra pari", un intervento basato sul tutoraggio tra pari, per prevenire bullismo e cyberbullismo nella scuola e migliorare il clima scolastico.</p>	<p>Età compresa tra 11 e 16 anni all'inizio del programma, con un'età media di 13,08</p> <p>F = 49,6% (N = 1021)</p> <p>M = 50,4% (N = 1036)</p>	<p>Vittimizzazione tra pari</p> <p>Comportamento del bullo</p> <p>Per il cyberbullismo:</p> <p>Frequenza di episodi in cui sono state vittime di cyberbullismo</p> <p>Frequenza di episodi in cui hanno messo in atto comportamenti di cyberbullismo</p> <p>Per il clima scolastico: Agire sulla qualità</p>	<p>Scala di Vittimizzazione e Elettronica (E-VS) e Scala di Bullismo Elettronico (E-BS) (Lam & Li, 2013)</p> <p>Questionario sul Clima Scolastico (Díaz-Aguado, Martínez-Arias & Martín-Babarro, 2010), solo 4 delle 10 sottoscale</p>	<p>tutti i membri della comunità scolastica (insegnanti, famiglie e studenti)</p> <p>Formazione degli insegnanti, sia in formato "face-to-face" che in formato virtuale</p> <p>Formazione dei tutor per gli studenti</p> <p>Formazione di coppie studente-tutor e studente che apprende.</p> <p>Sviluppo dell'intervento con 3 tipi di attività: coesione, didattica e formazione di abilità specifiche</p>	<p>renner, 1979)</p> <p>The principles of emotional intelligence (Goleman, 1995)</p> <p>Emotional Intelligence Theory (Salovey and Mayer, 1990)</p> <p>Positive Psychology (Seligman et al., 2000)</p>			<p>cybervittimizzazione è diminuito nel tempo solo nel gruppo sperimentale (sottoposto all'intervento).</p> <p>Al follow-up, nel gruppo sperimentale (GS), i punteggi in tutte le scale che valutano la bontà del clima scolastico hanno avuto un significativo aumento, a differenza dei punteggi del gruppo di controllo (GC).</p>
<p>Altundağ Y., Ayas T.</p> <p>2020</p> <p>Effectiveness of the Whole School-Based Program for equipping high school counselors with strategies of coping with cyberbullying</p>	<p>Turchia</p>	<p>Valutare l'efficacia di un programma psico-educativo, rivolto a counselor scolastici e basato sull'approccio Whole-School (Olweus, 1994).</p> <p>Lo scopo del programma consiste</p>	<p>N = 24 counselor scolastici della scuole pubbliche secondarie</p> <p>1) Gruppo Sperimentale (GS) (N = 12 femmine e 4 maschi)</p> <p>2) Gruppo di controllo (GC) (N = 12)</p>	<p>Consapevolezza sul cyberbullismo</p> <p>Strategie di coping in riferimento a cyberbullismo</p>	<p>Cyberbullying Awareness Scale for Teachers (CAST; Ayas & Horzum, 2011) 14 item</p> <p>Scale of Coping Strategies with Cyberbullying for Teachers (SCSCT;</p>	<p>Ai counselor del gruppo sperimentale (GS) è stato somministrato un programma intensivo di due settimane su:</p> <p>1. basi concettuali del cyberbullismo con sequenze sulle vittime, aspetti legali, strategie e</p>	<p>The Whole-School Approach (Olweus, 1994)</p>	<p>Quasi RCT</p>	<p>Follow-up a 2 mesi</p>	<p>I risultati al post-test hanno mostrato un incremento significativo dei punteggi a tutte le variabili considerate nel Gruppo Sperimentale (GS), con effect size elevati.</p> <p>Al follow-up tali miglioramenti hanno mantenuto livelli alti, dimostrando l'efficacia del programma nell'incrementare la consapevolezza e le strategie di coping dei</p>

and cyberbullying awareness		nell'aumentare la consapevolezza e le strategie di coping in riferimento al cyberbullismo	7 femmine e 5 maschi)		Altundağ & Ajas, 2018)	tecniche psicologiche di coping. 2. strategie di fronteggiamento basate sull'utilizzo consapevole e controllato di strumenti informativi. 3. informazioni sull'uso consapevole e controllato dei social networks e delle impostazioni di privacy e sicurezza. 4. moduli e contenuti specifici programmati per studenti, insegnanti e genitori.				counselor scolastici nei confronti del cyberbullismo.
Doane, A. N., Ehlke, S., Kelley, M. L. 2020 Bystanders Against Cyberbullying: a Video Program for College Students	Stati Uniti	Testare l'efficacia di un programma video in riferimento al comportamento di chi assiste a cyberbullismo sulla base di 3 outcome: 1. Unirsi al bullo 2. Aiutare la vittima; 3. Non fare nulla.	N = 225 studenti N = 177 femmine N = 48 maschi 1) Gruppo sperimentale (GS): (N = 113) 2) Gruppo di controllo (GC):	4 componenti della Theory of Planned Behavior (TPB), rispetto ai comportamenti degli spettatori di cyberbullismo: Atteggiamenti	Empathetic Responsiveness Questionnaire (Olweus & Endresen, 1998) Cyberbullying Experiences Survey (CES; Doane <i>et al.</i> 2013) 19 item con	Sondaggio on-line, visione del video on-line e valutazione di follow-up ad 1 mese 1) Video sul cyberbullismo creato dal Cyberbullying Research and Awareness Group (CRAG) organizzazione	Theory of Reasoned Action (TRA) (Ajzen, 1985) Theory of Planned Behavior (TPB) (Ajzen, 1991) Social Cognitive	RCT	Follow-up a 1 mese	Immediatamente dopo il video il Gruppo Sperimentale (GS) ha mostrato punteggi significativamente più bassi, rispetto al Gruppo di Controllo (GC), nelle variabili: atteggiamenti, norme ingiuntive e controllo comportamentale percepito; una bassa intenzione di non fare nulla e una alta intenzione di aiutare la vittima Nessun'altra variabile

			(N = 112)	<p>Norme ingiuntive</p> <p>Controllo comportamentale percepito</p> <p>Intenzioni, empatia verso la vittima di cyberbullismo</p>	<p>risposta su scala Likert per valutare la frequenza con cui hanno assistito a episodi di cyberbullismo nell'ultimo mese</p> <p>12 item con risposta su scala Likert che valutano i 3 tipi di risposte degli spettatori a episodi di cyberbullismo (unirsi al bullo, aiutare la vittima, non fare nulla)</p>	<p>studentesca universitaria</p> <p>Video sull'alcol. creato per un'altra ricerca sul consumo di alcol.</p> <p>Gli autori di questo studio si aspettano che l'alcol non sia correlato al bullismo.</p>	<p>Theory (Bandura, 2001)</p>			<p>dipendente differiva significativamente tra i gruppi</p> <p>Le stesse analisi solo sul campione più piccolo a T3 (follow-up 1 mese dopo) hanno rivelato differenze di gruppo significative in atteggiamenti, norme ingiuntive e intenzioni di non fare nulla; tuttavia, le differenze nel controllo comportamentale percepito riguardo al non fare nulla e alle intenzioni di aiutare la vittima non erano più significative.</p>
--	--	--	-----------	---	---	--	-------------------------------	--	--	--

4. 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.

4.1 Paesi di provenienza

Tra gli studi presi in esame e inseriti in questa rassegna, 2 hanno interessato la popolazione dell'Italia (Palladino *et al.*, 2016; Sorrentino *et al.*, 2018), 1 la Germania (Zagorscak *et al.*, 2019), 1 l'Australia (Cross *et al.*, 2016), 1 la Cina (Leung *et al.*, 2019), 1 la Spagna (Ferrer-Cascales *et al.*, 2019), 1 la Turchia (Altundağ *et al.*, 2020) e infine 1 gli Stati Uniti (Doane *et al.*, 2020).

4.2 Scopi

Lo scopo cui tendono i diversi studi, in accordo con quelli che erano i criteri di inclusione, concerne la valutazione dell'efficacia di un programma volto alla riduzione del fenomeno del *cyberbullying*.

I programmi presi in esame da ciascun studio si distinguono tra di loro per diverse peculiarità. Vediamo, ad esempio, che il programma Media Heroes (Zagorscak *et al.*, 2019) si focalizza non solo sulla prevenzione del *cyberbullying*, ma anche sulla valutazione e riduzione dei sintomi somatici ad esso collegati. Il programma Cyber Friendly Schools (Cross *et al.*, 2016) è volto alla riduzione del *cyberbullying*, mediante la promozione di comportamenti positivi, utilizzando un approccio di minimizzazione del danno. Leung *et al.* (2019), con il loro programma E-Course, vogliono intervenire sul fenomeno del *cyberbullying* favorendo un comportamento finalizzato ad aiutare le vittime di *cyberbullying* e promuovendo un senso di autoefficacia. Palladino *et al.* (2016), con la terza edizione del programma NoTrap! e Ferrer-Cascales *et al.* (2019), con il loro programma Tutoría Entre Iguales, volti alla riduzione di bullismo e cyberbullismo, utilizzano un approccio guidato da pari. Un intervento particolare è quello di Doane *et al.* (2020), i quali testano l'efficacia di un programma basato su dei video, per sensibilizzare al fenomeno studiato chi osserva comportamenti riferiti al *cyberbullying*, valutando i livelli d'empatia provata nei confronti della vittima. Altundağ *et al.* (2020), infine, dirigono il loro programma educativo verso le figure dei *counselor* scolastici, in modo da aumentare la consapevolezza e le strategie di *coping* in riferimento al *cyberbullying*.

4.3 Teorie di riferimento

Le teorie di riferimento utilizzate maggiormente nelle ricerche considerate sono la Theory of Reasoned Action (Fishbein & Ajzen, 1975), presente in due studi (Zagorscak *et al.*, 2019; Doane *et al.*, 2020), e la Ecological System Theory (Bronfenbrenner, 1979), presente in tre studi (Palladino *et al.*, 2016; Sorrentino *et al.*, 2018; Ferrer-Cascales *et al.*, 2019). In uno studio (Doane *et al.*, 2020) si fa riferimento alla Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991) e in un altro studio (Cross *et al.*, 2016) i ricercatori citano la Systemic Socioecological Approach (Bronfenbrenner, 1995). Infine, nella ricerca di Altundağ e Ayas (2020), si fa riferimento alla The Whole-School Approach (Olweus, 1994), una teoria che suggerisce che i programmi di prevenzione del bullismo devono coinvolgere tre differenti livelli: individuale, di classe e scolastico, mentre lo studio condotto da Leung *et al.* (2019) si basa sulla Constructivist Learning Theory (Kelly, 1955) per promuovere negli studenti l'assimilazione, ovvero il processo mediante il quale le nuove informazioni sono integrate con le conoscenze di base esistenti e con l'esperienza personale.

4.4 Caratteristiche del campione

Andando ad esaminare alcune caratteristiche dei campioni presi in esame e considerando che tra i criteri d'inclusione non è stato posto alcun limite, si può notare una certa eterogeneità nella ampiezza. Lo studio col campione più piccolo è quello di Leung *et al.* (2019), che conta 144 studenti; lo studio col campione più grande è quello di Cross e collaboratori (2016), che ha un totale di 3.382 studenti. Un discorso a parte va fatto per lo studio di Altundağ *et al.* (2020), il cui campione, come accennato in precedenza, conta 24 *counselor* scolastici delle scuole pubbliche secondarie. Osservando l'età media dei campioni, è facile constatare che la maggior parte dei partecipanti si aggira intorno ai 13 anni (Cross *et al.*, 2016; Ferrer-Cascales *et al.*, 2019; Sorrentino *et al.*, 2018; Zagorscak *et al.*, 2019). Sorrentino *et al.* (2018), hanno il campione con l'età più bassa, la quale parte da 10 anni per arrivare a 17 anni. Lo studio di Leung *et al.* (2019) e di Doane *et al.* (2020) esulano da questa media, in quanto si rivolgono a studenti universitari: l'età media del loro campione, infatti, è, rispettivamente, di 21,05 e 23,68 anni. Tutti gli studi sono rivolti a studenti delle scuole superiori, tranne, come detto in precedenza, Altundağ *et al.* (2020), che si rivolgono a *counselor* scolastici, e Leung *et al.* (2019), la cui popolazione target del loro studio è composta da studenti universitari. Emerge, inoltre, come nella maggior parte degli articoli esaminati, il campione è composto perlopiù da soggetti di genere femminile.

4.5 Struttura dei programmi di intervento

I programmi per ridurre il fenomeno del *cyberbullying* proposti negli studi presi in esame differiscono per contenuti, tecniche, durata, organizzazione e destinatari. In riferimento a questi ultimi, la maggior parte ha strutturato interventi rivolti direttamente agli studenti, ma che coinvolgono almeno per alcuni incontri insegnanti e genitori (Ferrer-Cascales *et al.*, 2019; Sorrentino *et al.*, 2018; Zagorscak *et al.*, 2019). Leung *et al.* (2019) e Doane *et al.* (2020) invece hanno sviluppato un programma unicamente diretto a studenti, mentre Palladino *et al.* (2016) hanno coinvolto in un training anche gli insegnanti. Infine, solo una ricerca è stata rivolta a tutto il personale della scuola, oltre che ad insegnanti, alunni e genitori (Cross *et al.*, 2016) e solo lo studio di Altundağ *et al.* (2020) ha progettato un programma psico-educativo diretto alla formazione di *counselor* scolastici. Per quanto concerne la struttura degli interventi, il programma E-Course proposto nella ricerca di Leung *et al.* (2019) rivolto a gruppi di studenti, consiste in 6 sessioni bisettimanali on-line della durata di 15 minuti ciascuna, per un totale di 3 settimane, ed utilizza *role-play*, scene simulate al computer, materiali interattivi, discussioni di gruppo. I sei incontri virtuali sono divisi in 3 fasi, corrispondenti al raggiungimento di 3 obiettivi diversi: la prima mira ad attivare le supposizioni attuali sul *cyberbullying*; la seconda, a sfidare queste supposizioni e la terza a far riflettere e consolidare il cambiamento del concetto del *cyberbullying*. Il programma video strutturato da Doane *et al.* (2020) e rivolto solo a gruppi di studenti universitari, consiste nel far visionare al gruppo di partecipanti un video di 18 minuti e mezzo creato dal *Cyberbullying Research and Awareness Group* (CRAG), una organizzazione studentesca universitaria guidata dallo stesso Doane. Il contenuto del video è composto da diverse interviste fatte a studenti in riferimento a: definizione del concetto di *cyberbullying*, tipi e modalità di *cyberbullying* a cui hanno assistito, azioni intraprese o che avrebbero potuto intraprendere in quella situazione. Lo scopo delle interviste è quello di mostrare le prospettive dei pari su idee ed eventi reali di *cyberbullying* che promuovono comportamenti positivi. Queste interviste sono inoltre alternate a diapositive 16 contenenti informazioni sul *cyberbullying*: risultati di studi che ne illustrano la definizione e i diversi tipi ed effetti sulle cybervittime. Infine nell'ultima parte del video vengono riprodotte (in modo realistico e in situazioni comuni per i partecipanti) 4 scene esplicative di 4 tipi di *cyberbullying* (malizia, umiliazione pubblica, inganno e contatto indesiderato). Nella ricerca di Palladino *et al.* (2016), l'intervento annuale *NoTrap!* è stato condotto nell'arco di 2 anni scolastici e rivolto a insegnanti e studenti. È infatti composto da un iniziale training per gli insegnanti, seguito da una presentazione del programma e da 2 incontri di 2 ore ciascuno finalizzati allo sviluppo della consapevolezza negli studenti, successivamente vengono reclutati degli studenti volontari (*peer-*

educator), sottoposti poi a un *training* per lo svolgimento di un'attività di *peereducation* finalizzata a prevenire e sensibilizzare al *cyberbullying* e al bullismo nella propria classe sia in presenza che *on-line*. Ferrer-Cascales *et al.* (2019) hanno strutturato il programma TEI (Tutoría Entre Iguales), rivolto a insegnanti, famiglie e studenti. Questo intervento è composto da 5 fasi: 1) diffusione di informazioni e dei principi del programma tra tutti i membri della comunità scolastica (insegnanti, famiglie, studenti); 2) formazione degli insegnanti di 10 ore in incontri di persona e di 20 ore in formato virtuale/*on-line* (per un totale di 30 ore); 3) formazione dei tutor per gli studenti in 3 incontri della durata di un'ora ciascuno; 4) formazione di coppie studente-tutor e studente che apprende; 5) sviluppo dell'intervento vero e proprio attraverso 3 tipi di attività: a) coesione (2 sessioni ogni trimestre, durante l'orario scolastico); b) didattica (ogni mese viene svolto un tutoraggio formale tra tutor e studente, nonché tra tutor e coordinatori del programma e altri tutoraggi informali); c) formazione di abilità specifiche (9 sessioni della durata di un'ora ciascuna, distribuite durante l'anno accademico). Il programma Tabby Improved Prevention and Intervention Program (TIPIP), proposto da Sorrentino *et al.* (2018) per ridurre il *cyberbullying* e la cybervittimizzazione, consiste in incontri informativi e formativi rivolti a insegnanti, genitori e studenti. In particolare, le attività di formazione degli insegnanti sono state svolte in 3 incontri settimanali della durata di 3 ore ciascuno (durata totale di 3 settimane), più un giorno aggiuntivo riguardante la spiegazione delle possibili implicazioni legali, civili, penali e amministrative relative al *cyberbullying*. Vengono inoltre programmate conferenze nelle scuole, che coinvolgono i genitori e svolte diverse attività in classe con gli studenti (4 sessioni di 2 ore ciascuna). Zagorscak *et al.* (2019) hanno strutturato il programma Media Heroes della durata complessiva di circa 3 mesi, in due versioni: una lunga e una breve. Nella versione lunga vengono proposti 10 incontri a cadenza settimanale della durata di 90 minuti ciascuno con le classi di studenti, in cui sono utilizzate tecniche di *role-play*, *modeling* e cognitivo comportamentali (rinforzo positivo, ragionamento morale). Accompagnate da sessioni di *Teacher Training* (8 ore) e Parent Training condotte da uno psicologo. Nella versione breve vengono proposte alle classi 4 sessioni a cadenza settimanale della durata di 90 minuti ciascuno, caratterizzate sempre dalla presenza di *role-play*, *modeling* e tecniche cognitivo comportamentali, supportate da *Teacher Training* (8 ore), ma senza interventi diretti ai genitori. Cross *et al.* (2016), hanno invece proposto un intervento annuale diretto a tutta la scuola, chiamato: *Cyber Friendly Schools* (CFS), la ricerca ha una durata totale di 2 anni. In tale programma sono state fornite formazioni a livello dell'intera scuola, in particolare verso diversi destinatari: studenti di 13 e 14 anni, *Cyber Leaders* (studenti con età di 15 anni), insegnanti (formazioni di 3 ore all'inizio di ogni anno per migliorare l'attuazione dell'intero intervento), genitori/tutori, dirigenti informatici (formati individualmente per la durata di 10 ore all'anno, per

condurre almeno 3 importanti attività a livello 17 dell'intera scuola per incoraggiare gli studenti ad un uso corretto della tecnologia). Accompagnata anche da una assistenza a tutto il personale scolastico nell'attuazione di strategie relative al contesto organizzativo della propria scuola per favorire una comprensione coerente del fenomeno del *cyberbullying*. È stato inoltre formato un gruppo chiamato *Pastoral Care* che ha ricevuto 6 ore di formazione all'inizio di ogni anno, per attuare una politica scolastica e sviluppare pratiche svolte a scoraggiare il *cyberbullying* e altre forme di bullismo nell'intera scuola. In particolare tale gruppo è stato anche istruito nel creare uno strumento di rilevazione pratico in grado di individuare i punti di forza e di debolezza dell'intero programma annuale, per dare la possibilità di correggerlo in corso d'opera se fossero state rilevate problematiche nel corso dell'anno scolastico. Il coordinatore del progetto di ciascuna scuola e il suo gruppo *Pastoral Care*, così come gli studenti *Cyber Leaders*, hanno infatti implementato insieme le strategie da mettere in atto per l'intera scuola in ogni anno dello studio. La scuola ha inoltre diffuso risorse on-line (con ad esempio: materiali on-line con collegamenti multimediali e informativi, attività interattive come *problem solving*, quiz, ecc) disponibili per diversi destinatari: genitori (per favorire in loro la consapevolezza sulle tecnologie utilizzate dai loro figli e sui danni e benefici ad esse associate); studenti singoli (per aumentare autoefficacia in ambito informatico, specialmente quando si trovano a rispondere a situazioni di *cyberbullying*); gruppi di studenti (per migliorare le loro abilità sociali on-line con forte enfasi sulla comunicazione positiva, resilienza, autogestione, risoluzione dei conflitti e responsabilità sociale); insegnanti (per incoraggiarli a facilitare e supportare l'apprendimento autonomo degli studenti). Infine, il programma psico-educativo rivolto a *counselor* scolastici creato da Altundağ *et al.* (2020) è basato sull'approccio *Whole-School* (Olweus, 1994) e consiste in una formazione intensiva di due settimane, organizzata in 4 sessioni della durata media di 120 minuti ciascuno, riguardante: 1) basi concettuali del *cyberbullying*, conseguenze sulle vittime, aspetti legali, strategie e tecniche psicologiche di *coping*; 2) strategie di fronteggiamento basate sull'utilizzo consapevole e controllato di strumenti informativi; 3) informazioni sull'uso consapevole e controllato dei *social networks* e delle impostazioni di privacy e sicurezza; 4) moduli e contenuti specifici programmati per studenti, insegnanti e genitori.

4.6 Variabili indagate

Analizzando le variabili indagate, emerge che 4 studi si sono focalizzati sulle credenze, le intenzioni e le percezioni riguardo il *cyberbullying* (Altundağ *et al.*, 2020; Doane *et al.*, 2020; Leung *et al.*, 2019; Zagorscak *et al.*, 2019). Nello specifico, Zagorscak *et al.* (2019) indagano quali sono le norme soggettive inerenti il *cyberbullying*; Leung *et al.* (2019) indagano le

conoscenze dei partecipanti allo studio sul *cyberbullying*, la loro intenzione ad aiutare le vittime, la percezione del proprio controllo comportamentale nell'aiutare le vittime e l'autoefficacia del combattere il *cyberbullying*, valutando, dunque, quali possano essere le probabilità d'intervento comportamentale di ciascuno nel verificarsi di episodi di *cyberbullying*; Altundağ *et al.* (2020), riferendosi ai *counselor* scolastici, analizzano la loro consapevolezza riguardo il fenomeno del *cyberbullying*, ma anche le strategie di coping messe in atto nel fronteggiare episodi di *cyberbullying*; Doane *et al.* (2020) studiano gli atteggiamenti, le norme ingiuntive, il controllo comportamentale percepito, le intenzioni e l'empatia verso le vittime di *cyberbullying*. Sempre in riferimento alle variabili indagate, si rileva che 4 studi (Cross *et al.*, 2016; Ferrer-Cascales *et al.*, 2019; Palladino *et al.*, 2016; Zagorscak *et al.*, 2019) esaminano il ruolo attivo dei partecipanti nel mettere in atto comportamenti riferiti al *cyberbullying*, nonché la frequenza di esperienze in cui sono 18 stati cybervittime. Inoltre la ricerca di Zagorscak *et al.* (2019), è l'unica ad esplorare anche altri aspetti che possono essere collegati al *cyberbullying*, ovvero i sintomi somatici. Infine, è doveroso citare due studi, quello di Palladino *et al.* (2016) e di Ferrer-Cascales *et al.* (2019), i quali si soffermano non solo sul fenomeno del *cyberbullying* e cybervittimizzazione, ma parlano anche di bullismo e vittimizzazione.

4.7 Strumenti

I principali strumenti utilizzati per misurare le variabili riguardanti caratteristiche specifiche del *cyberbullying* e/o del bullismo (come consapevolezza, coinvolgimento nel fenomeno, aspettative e comportamenti di vittime e/o bulli, etc) sono differenti per ogni studio. Ad esempio, nella ricerca di Cross *et al.* (2016) è stata usata la *Cyberbullying scales* (Smith, Mahdavi, Carvalho & Tippett, 2006) per indagare la perpetuazione del *cyberbullying* e la cybervittimizzazione. Mentre nell'articolo di Zagorscak *et al.* (2019) è stato utilizzato l'*European Cyberbullying Intervention Project Questionnaire* (ECIPQ; DAPHNE; Del Rey *et al.*, 2015) per valutare il coinvolgimento nel *cyberbullying* e il questionario di Lazuras, Barkoukis, Ourda e Tsorbatzoudis (2013) per indagare gli atteggiamenti e le norme soggettive relative al *cyberbullying*, seguendo le linee guida di Ajzen e Fishbein (2008). Leung *et al.* (2019) per valutare la consapevolezza di *cyberbullying* hanno invece utilizzato la *Cyberbullying Awareness Scale* (Brewer, 2010), accompagnata da altre 3 scale specifiche: la scala adattata da Fishbein e Ajzen (2011), per indagare: l'intenzione di aiutare le cybervittime e il controllo comportamentale percepito nell'aiutare le vittime di *cyberbullying*; la scala adattata da Schwarzer e Jerusalem (1995), per valutare l'autoefficacia nel combattere il *cyberbullying*; la scala adattata da Koon (2013), per indagare la probabilità di intervento

comportamentale nel *cyberbullying*. Nella ricerca di Sorrentino *et al.* (2018) invece sono stati misurati i fattori di rischio per gli studenti e il coinvolgimento nel *cyberbullying* e nella cybervittimizzazione attraverso la *Tabby Improved Checklist*, un questionario on-line self-report creato appositamente per questo studio dagli autori. Nello studio di Palladino *et al.* (2016) è stata utilizzata la *Florence Bullying-Victimization Scales* (Palladino, 2013), per valutare i livelli di bullismo e vittimizzazione (nello specifico viene misurata la frequenza negli ultimi 2 mesi di essere stati colpevoli e/o vittime di atti di bullismo) e la *Florence Cyberbullying/Cybervictimization Scales* (Palladino *et al.*, 2015) per indagare il *cyberbullying* e la cybervittimizzazione. Ferrer-Cascales *et al.* (2019) nel loro studio hanno indagato il bullismo tramite la *Illinois Bully Scale* (Espelage & Holt, 2001) e il *cyberbullying* (nello specifico, l'individuazione di cyberbulli e di cybervittime) attraverso 2 scale: Scala di Vittimizzazione Elettronica (E-VS) e Scala di Bullismo Elettronico (E-BS) di Lam e Li (2013). Nello studio di Doane *et al.* (2020) è stato utilizzato il *Empathetic Responsiveness Questionnaire* (Olweus & Endresen, 1998) per valutare l'empatia nei confronti delle cybervittime e il *Cyberbullying Experiences Survey* (CES; Doane, Kelley, Chiang & Padilla, 2013) per misurare la cybervittimizzazione e la perpetrazione del *cyberbullying*. Accompagnati da diversi item specifici creati dagli autori dello studio per indagare le testimonianze di comportamenti di *cyberbullying* e il comportamento degli spettatori (come per esempio: frequenza nell'ultimo mese in cui sono stati spettatori di episodi di *cyberbullying*; tipi di risposte che hanno avuto da "cyberspettatori", ovvero se si sono uniti al cyberbullo, o hanno difeso la cybervittima; etc), tutti riferiti solo a 4 diversi tipi di *cyberbullying* (malizia; umiliazione pubblica; inganno; contatto indesiderato). Inoltre nello studio di Altundağ *et al.* (2020), che testa un programma rivolto ai *counselor* scolastici e non a studenti come tutte le ricerche precedentemente illustrate, è stata utilizzata la *Cyberbullying Awareness Scale for Teachers* (CAST; Ayas & Horzum, 2011) e la *Scale of Coping Strategies with Cyberbullying for Teachers* (SCSCT; Altundağ & Ajas, 2018). Infine, è importante sottolineare che in due di tutti gli studi (Ferrer-Cascales *et al.*, 2019; Zagorscak *et al.*, 2019) inclusi in rassegna sono stati utilizzati anche questionari specifici per indagare altri aspetti che possono essere collegati al *cyberbullying*. In particolare, nello studio di Zagorscak *et al.* (2019) è stata usata per i sintomi somatici la *Bern Well-Being Questionnaire for Adolescents* di Grob, Luthi, Kaiser, Flammer, Mackinnon e Wearing (1991).

Mentre nello studio di Ferrer-Cascales *et al.* (2019), per misurare il clima scolastico, sono state utilizzate 4 (Soddisfazione per la scuola; Senso di appartenenza; Cooperazione; Comunicazione tra famiglia e scuola) delle 10 sottoscale della versione spagnola del Questionario sul Clima Scolastico (Díaz-Aguado, Martínez-Arias & Martín-Babarro, 2010).

4.8 Disegni di ricerca e follow-up

Coerentemente con i criteri di inclusione gli studi considerati sono caratterizzati da un disegno RCT (studio controllato randomizzato) o quasi RCT. Nello specifico emerge che 5 studi si basano su un disegno RCT (Zagorscak *et al.*, 2019; Cross *et al.*, 2016; Leung *et al.*, 2019; Sorrentino *et al.*, 2018; Doane *et al.*, 2020), mentre 3 studi si basano su un disegno quasi RCT (Palladino *et al.*, 2016; FerrerCascales *et al.*, 2019; Altundağ & Ayas, 2020). Altro criterio di inclusione è la presenza di almeno un *follow-up*, che indichi l'efficacia del programma volto alla riduzione di episodi di *cyberbullying* anche a lungo termine. Di conseguenza, dalla nostra analisi è emerso che 3 studi hanno un *follow-up* a 6 mesi (Zagorscak *et al.*, 2019; Palladino *et al.*, 2016; Sorrentino *et al.*, 2018). Gli altri studi riportano *follow-up* a diversi periodi: Cross *et al.* (2016) a 12 mesi, Leung *et al.* (2019) a 5 settimane, Ferrer-Cascales *et al.* (2019) a 7 mesi, Altundağ *et al.* (2020) a 2 mesi, infine Doane *et al.* (2020) a 1 mese.

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

5. RISULTATI e CONCLUSIONI

La diffusione di Internet e delle ICT ha indubbiamente potenziato le modalità e la rapidità di condivisione di conoscenze ed informazioni, nonché il modo in cui ci relazioniamo e comunichiamo con gli altri. Tuttavia, l'eccessiva disponibilità e facilità di accesso a Internet, accompagnata da un utilizzo improprio dei suoi strumenti, può essere altamente pericolosa, soprattutto per bambini ed adolescenti che trascorrono molto tempo a navigare nel *web*. Il *cyberbullying* è uno dei possibili rischi dell'utilizzo non sicuro e non responsabile di Internet. Data la rapida diffusione del fenomeno e la gravità delle conseguenze che determina, si fa sempre più forte la necessità di mettere a punto dei programmi efficaci per prevenirne e ridurre l'incidenza. Tuttavia, rispetto alle ricerche sul bullismo tradizionale, è sorprendente constatare come ci siano ancora pochi studi *evidence-based* su questo fenomeno. Gaffney *et al.* (2019) nel loro recente lavoro di meta-analisi, hanno trovato ed analizzato 24 studi per valutare l'efficacia dei programmi di intervento e di prevenzione del *cyberbullying* in bambini ed adolescenti nel contesto scolastico, sottolineando la necessità di ulteriori studi per giungere a conclusioni chiare, sebbene i loro risultati suggeriscano che la maggior parte dei programmi di prevenzione del *cyberbullying* sono efficaci nel ridurre in maniera significativa sia il fenomeno della vittimizzazione che quello della perpetrazione del *cyberbullying* (Gaffney *et al.*, 2019).

Nella presente rassegna, soltanto 8 studi hanno pienamente soddisfatto i nostri criteri di inclusione, criteri che comprendono, in aggiunta a quelli utilizzati nel lavoro di Gaffney *et al.*

(2019), la presenza di un campione esteso ($N > 100$) nel caso di studenti come destinatari e la presenza di *follow-up*, per valutare anche l'andamento degli effetti nel tempo. Inoltre, a differenza della meta-analisi di Gaffney *et al.* (2019), che si è focalizzata prevalentemente sulla vittimizzazione e la perpetrazione del *cyberbullying*, in questo lavoro sono stati inclusi studi che hanno valutato l'effetto dell'intervento anche su altre variabili implicate nello sviluppo e nel mantenimento del fenomeno, come conoscenze, credenze, intenzioni e percezioni sulla vittima (Altundağ *et al.*, 2020; Doane *et al.*, 2020; Leung *et al.*, 2019; Zagorscak *et al.*, 2019), clima scolastico (Ferrer-Cascales *et al.*, 2019), autoefficacia e strategie di *coping* degli studenti (Leung *et al.*, 2019; Palladino *et al.*, 2016) e dei *counselor* scolastici (Altundağ *et al.*, 2020), sintomi somatici (Zagorscak *et al.*, 2019).

Prima di andare nel vivo della discussione dei risultati emersi, si ritiene opportuno fare alcune osservazioni. Innanzitutto, considerando che la presente ricerca bibliografica ha interessato gli ultimi dieci anni, in base ai filtri inseriti si osserva che l'interesse per l'argomento si è intensificato soltanto negli ultimi anni, in particolare dal 2018 al 2020. Inoltre, gli studi che sono stati esaminati nel presente lavoro provengono da contesti geografici e culturali molto diversi, offrendo una prospettiva internazionale ampia sul fenomeno. Questo spiega anche l'eterogeneità degli strumenti e dei programmi utilizzati che, da un lato riflette il crescente interesse scientifico sul fenomeno, e dall'altro denota la mancanza di sistematicità e di consenso scientifico sulle variabili e sui processi implicati (Tokunaga, 2010).

Dall'analisi dei risultati di tutti gli studi presenti in questa rassegna, gli interventi proposti si sono rivelati efficaci nel prevenire e ridurre il fenomeno del *cyberbullying*.

In particolare, nello studio di Zagorscak *et al.* (2019) i risultati hanno mostrato che sei mesi dopo l'intervento gli studenti appartenenti alla condizione di "intervento lungo" (10 sessioni) del programma *Media Heroes*, hanno riportato una riduzione dei comportamenti legati al *cyberbullying* e dei sintomi somatici, rispetto agli studenti appartenenti al gruppo di controllo. Non sono invece emerse differenze significative nelle norme ingiuntive e negli atteggiamenti tra i tre gruppi sperimentali (gruppo di "intervento lungo"; gruppo di "intervento breve", gruppo di controllo), sebbene le variabili siano risultate correlate positivamente con il fenomeno del *cyberbullying*. Secondo gli autori, questo risultato può dipendere dal fatto che sia gli atteggiamenti che le norme ingiuntive non erano i principali target dell'intervento.

Per quanto riguarda lo studio di Leung *et al.* (2019), i risultati hanno mostrato punteggi più alti negli studenti del gruppo sperimentale rispetto a quelli del gruppo di controllo in tutte le variabili analizzate (consapevolezza del *cyberbullying*, intenzioni di prestare aiuto alle vittime, controllo del comportamento percepito, autoefficacia nel combattere il *cyberbullying*, probabilità di intervento

comportamentale), evidenziando la validità del programma *E-Course* nella promozione di comportamenti prosociali e nella riduzione del *cyberbullying*.

Nello studio di Doane *et al.* (2020) è stata valutata l'efficacia di un video progettato sulla base della Teoria del Comportamento Pianificato (Ajzen, 1985) nel modificare il comportamento dell'osservatore in un campione di studenti universitari. Secondo la teoria, le attitudini, le norme ingiuntive, il controllo comportamentale percepito e l'empatia nei confronti della vittima possono influenzare le intenzioni dell'osservatore e quindi la scelta di unirsi al bullo, aiutare la vittima o di non fare nulla. Dopo il video, rispetto al gruppo di controllo, il gruppo sperimentale ha mostrato punteggi significativamente più bassi nelle variabili legate al comportamento di non fare nulla, ed un incremento dei punteggi sulle intenzioni di aiutare la vittima. Nessuna differenza è stata invece trovata per le variabili relative all'intenzione di unirsi al bullo, risultato probabilmente dovuto ad un "effetto pavimento", visti i punteggi iniziali già bassi di tutti i partecipanti. Lo stesso è accaduto per la variabile empatia verso la vittima, il cui punteggio si è mantenuto stabile tra i gruppi forse, al contrario, per un "effetto soffitto". Un'altra possibile interpretazione è che i partecipanti abbiano utilizzato delle strategie di disimpegno morale nei confronti della vittima del video. Tuttavia, al *follow-up* a distanza di un mese dall'intervento, nessuna differenza tra gruppi è stata evidenziata. Secondo gli autori questo può esser dovuto al fatto che, essendosi ridotto il numero dei partecipanti al *follow-up*, non si è riusciti a raggiungere la significatività statistica, oppure all'effetto di variabili ambientali non considerate nello studio. Inoltre, è plausibile ipotizzare che la sola visione di un breve video non sia sufficiente a modificare intenzioni e comportamenti degli spettatori e che sia necessario integrare il programma con altre attività, come *role-play*, discussioni, sessioni ripetute etc (Doane *et al.*, 2020).

Cross *et al.* (2016) hanno valutato l'impatto longitudinale del programma *Cyber Friendly Schools* (CFS), che mira a contrastare e a ridurre il *cyberbullying*, attraverso la promozione di comportamenti positivi, in un campione di oltre 3000 adolescenti, della durata di due anni con un follow-up a distanza di 12 mesi. Il programma interessa la comunità scolastica nella sua totalità, prevede il coinvolgimento di studenti, insegnanti e famiglie, e mira anche ad una nuova definizione delle politiche scolastiche per migliorare le strategie di intervento sul fenomeno. I risultati di questo studio hanno dimostrato una diminuzione significativa della probabilità di subire atti di *cyberbullying* dopo il primo anno di intervento, che si è mantenuta stabile al *follow-up*. Invece, la probabilità di commettere atti di *cyberbullying* è diminuita non solo al post-intervento ma anche nel periodo successivo. Nel caso di soggetti già esposti al fenomeno, sia vittime che cyberbulli, la probabilità di subire e di agire atti di questo tipo è aumentata in entrambi i momenti temporali esaminati rispetto alla *baseline*. Secondo gli autori questo può dipendere dal fatto che il programma

ha interessato tutti gli studenti e non si è focalizzato sulla percentuale, sebbene esigua, di soggetti già esposti al fenomeno (Cross *et al.*, 2016). Studi futuri di prevenzione del *cyberbullying* dovrebbero includere approcci anche di tipo individuale specifici per gli attori già coinvolti (Green, 2001). Un'altra spiegazione possibile è che l'intervallo tra pre e post-intervento sia stato troppo breve per permettere l'osservazione di altri cambiamenti significativi.

Un altro aspetto interessante dello studio è che non tutti gli insegnanti sono riusciti ad implementare l'intero programma, risultato che suggerisce la necessità di formarli in maniera appropriata e di fornirli di adeguate risorse e competenze per la realizzazione di progetti anti-bullismo e *anti-cyberbullying*.

Un focus diverso è quello presente nello studio di Altundağ *et al.* (2020), in cui viene valutata l'efficacia di un intervento psicoeducativo su un campione di counselor scolastici delle scuole secondarie, finalizzato ad aumentare la consapevolezza sul *cyberbullying* e a fornire loro ulteriori strategie di *coping* per contrastarlo. I risultati di questo studio hanno mostrato un incremento dei punteggi nelle variabili esaminate nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo, con *effect size* elevati, mantenuti anche a due mesi di *follow-up*. È interessante notare che gran parte degli studi sulla consapevolezza e la comprensione del *cyberbullying* si concentrano sugli studenti, senza considerare altri protagonisti importanti, come psicologi o *counselor* scolastici nella lotta contro il *cyberbullying*. Essi potrebbero svolgere un ruolo chiave nel sensibilizzare tanto gli studenti quanto il personale scolastico.

Negli studi di Palladino *et al.* (2016) e di Ferrer-Cascales *et al.* (2019) gli interventi proposti, rispettivamente *NoTrap* e *TEI*, hanno mostrato degli effetti positivi non solo sul *cyberbullying* ma anche sul bullismo tradizionale. Questi risultati sono in linea con l'idea che i due fenomeni sono intimamente connessi e suggeriscono la possibilità di implementare programmi di prevenzione integrati che vadano sia ad agire su processi comuni a bullismo e *cyberbullying* che ad includere strategie specifiche riguardanti le ICT (Tokunaga, 2010; Dooley, Pyszalski & Cross, 2009). Un altro aspetto interessante è che entrambi gli studi (Ferrer-Cascales *et al.*, 2019; Palladino *et al.*, 2016) hanno utilizzato dei programmi basati sulla metodologia della *peer education*, in cui un gruppo di pari è stato specificatamente formato attraverso materiali e sessioni di training per la promozione di abilità sociali, comportamenti prosociali, empatia e strategie di *problem solving*, da trasferire agli altri pari. Si tratta di un'esperienza tra i giovani per i giovani, in cui gli studenti possono esprimere apertamente i propri bisogni e difficoltà, individuano possibili situazioni di conflitto interpersonale, creano situazioni di apprendimento e di condivisione ed empatizzano con i pari che si trovano in situazioni difficili.

Inoltre, nello studio di Ferrer-Cascales *et al.* (2019) nel gruppo sperimentale è emerso anche un

incremento significativo nelle scale della bontà del clima scolastico, rispetto agli studenti del gruppo di controllo.

In due degli studi esaminati sono state valutate anche eventuali differenze di genere nell'efficacia dei programmi proposti (Palladino *et al.*, 2016; Sorrentino *et al.*, 2018). Mentre nello studio di Palladino *et al.* (2016) non sono emerse differenze per questa variabile, nella ricerca di Sorrentino *et al.* (2018) l'intervento *Tabby Improved Prevention and Intervention Program* (TIPIP) è risultato più efficace nei maschi rispetto alle femmine. Tuttavia, sono necessari ulteriori studi per comprendere se queste differenze siano dovute ad alcune componenti del programma oppure al ruolo di altri fattori che possono mediare questo effetto.

Un altro aspetto che merita attenzione riguarda la modalità di implementazione del programma. In due degli studi esaminati (Leung *et al.*, 2019; Doane *et al.*, 2020), i programmi sono stati somministrati interamente mediante l'utilizzo di strumenti elettronici. Nel primo studio, si trattava del programma *E-Course*, che prevedeva diverse attività svolte al pc per 15 minuti a settimana per tre settimane (i.e., giochi di *role-play*, scene simulate al pc, materiali interattivi, discussioni di gruppo) (Leung *et al.*, 2019); nel secondo è stato somministrato un programma video realizzato ad-hoc (Doane *et al.*, 2020). I programmi sviluppati in ambiente virtuale presentano notevoli vantaggi: permettono l'esplorazione di temi carichi emotivamente garantendo la privacy dei soggetti coinvolti, favoriscono apprendimenti cognitivi ed emotivi liberi da qualsiasi forma di giudizio o di pressione sociale, sono maggiormente flessibili, prevedono costi e tempi più contenuti rispetto all'intervento umano, con la possibilità di essere somministrati su più larga scala. Per quanto riguarda gli interventi sul *cyberbullying*, l'idea di fondo alla base di questi programmi virtuali è che le ICT possono diventare rischiose soltanto se usate senza consapevolezza e responsabilità; altrimenti possono rappresentare delle opportunità per apprendere comportamenti positivi e strategie utili per fronteggiare i rischi presenti nella rete. L'ideale sarebbe quello di integrare tutte e due le modalità, in modo da godere dei vantaggi di entrambe, come nello studio di Palladino *et al.* (2016) che ha utilizzato l'intervento multicomponentiale *NoTrap*, con attività sia *on-line* che *offline*.

Per quanto riguarda le teorie di riferimento, non emerge un modello teorico maggiormente raccomandato. Ciò che si riconferma con forza è la necessità di una solida base teorica che si ponga a guida degli interventi di prevenzione.

Nonostante questi risultati incoraggianti emersi, si rendono necessari ulteriori studi per identificare le azioni e le condizioni più efficaci per la prevenzione del *cyberbullying*, al fine di dotare le scuole e gli studenti di strumenti e di strategie efficaci per un uso di internet e dei *social network* positivo.

Ad ogni modo, un elemento su cui molti studi concordano è la necessità di concepire programmi

di prevenzione secondo un modello integrato, nel quale gli interventi sono diretti non solo agli studenti, ma anche agli altri attori sociali coinvolti come genitori, insegnanti e personale scolastico.

6. LIMITI

Il presente articolo potrebbe presentare alcuni limiti. In molti degli studi inclusi nella rassegna si utilizzano misure *self-report* rinviando all'inevitabile possibilità di pregiudizio intrinseco alla desiderabilità sociale. Studi futuri dovrebbero includere anche misurazioni più oggettive per ridurre tale rischio.

L'aggiunta del criterio di inclusione della presenza di un *follow-up*, ci ha permesso di valutare anche l'andamento nel tempo degli effetti degli interventi. Tuttavia, non è stato definito un periodo di tempo specifico. Sarebbe auspicabile in futuro poter considerare interventi *school-based* che valutino effetti post-intervento più a lungo termine.

Per quanto riguarda l'analisi delle differenze di genere, non è possibile giungere a delle conclusioni chiare data la prevalenza del genere femminile nei campioni considerati. A tal fine sono richiesti studi in cui la variabile genere sia equamente distribuita nel campione esaminato.

Un altro possibile limite potrebbe essere rappresentato dall'arco temporale degli studi considerato, gli ultimi 10 anni (2010-2020), nonostante il termine del *cyberbullying* sia comparso nel 2002. Tuttavia, tale decisione è stata dettata dalla necessità di focalizzarsi sulla recente letteratura riguardo programmi di prevenzione del *cyberbullying*.

Riferimenti bibliografici

- Aboujaoude, E., Savage, M. W., Starcevic, V. D. & Salame, W. O. (2015). Cyberbullying: Review of an old problem gone viral. *Journal of Adolescent Health*, 57(1), 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.011>.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (11–39). Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T).
- Altundağ, Y. & Ayas, T. (2020). Effectiveness of the whole school-based program for equipping high school counselors with strategies of coping with *cyberbullying* and *cyberbullying* awareness. *Education and Science*, 45, 109-123. <https://doi.org/10.15390/EB.2020.8350>.
- Ansary, N. S. (2020). *Cyberbullying: Concepts, theories, and correlates informing evidence-based best practices for prevention*. *Aggression and Violent Behavior*, 50. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101343>.

- Ansary, N. S., Elias, M. J., Greene, M. B. & Green, S. (2015). Guidance for schools selecting antibullying approaches: Translating evidence-based strategies to contemporary implementation realities. *Educational Researcher*, 44(1), 27-36. <https://doi.org/10.3102/0013189X14567534>.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. In L. Pervin & O. John (Eds.), *Handbook of personality* (2nd ed., 154-196). Guilford.
- Barkoukis, V., Lazuras, L., Ourda, D. & Tsorbatzoudis, H. (2015). Tackling psychosocial risk factors for adolescent *cyberbullying*: Evidence from a school-based intervention. *Aggressive Behaviour*, 42(2), 114-122. <http://doi.org/10.1002/ab.21625>.
- Betts, L. R. (2016). *Cyberbullying: Approaches, consequences and interventions*. Springer Nature. <https://doi.org/10.1057/978-1-137-50009-0>.
- Brighi, A., Guarini, A., Palermi, A. L., Bartolo, M. G. & Genta, M. L. (2011). Victimization in traditional bullying and *cyberbullying* among italian preadolescents. An investigation in Emilia Romagna, Tuscany and Calabria. *Journal of Developmental Psychology*, 100, 38–48.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In P. Moen, G. H. Elder, Jr. & K. Lüscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (619–647). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10176-018>.
- Buils, R. F., Miedes, A. C. & Oliver, M. R. (2020). Effect of a *cyberbullying* prevention program integrated in the primary education curriculum. *Revista de Psicodidáctica*, 25(1), 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2019.08.004>.
- Casas, J. A., del Rey, R. & Ortega-Ruiz, R. (2013). Bullying and *cyberbullying*: Convergent and divergent predictor variables. *Computers in Human Behavior*, 29(3), 580–587. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.11.015>.
- Cassidy, W., Faucher, C. & Jackson, M. (2017). Adversity in university: *cyberbullying* and its impacts on students, faculty and administrators. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph14080888>.
- Chiapasco, E. & Cario, M. (2014, Marzo 11). Cyberbullismo dalle prime definizioni ai dati più recenti. *Psychomedia*, 1-12. <https://www.psychomedia.it/pm/telecomm/massmedia/chiapasco-cario.pdf>.
- Cross, D., Shaw, T., Hearn, L., Epstein, M., Monks, H., Lester, L. & Thomas, L. (2009). Australian covert bullying prevalence study (ACBPS). *Child Health Promotion Research Centre*. Edith Cowan University. <https://ro.ecu.edu.au/ecuworks/6795>.
- Cross D., Lester L., Barnes, A., Cardoso, P. & Hadwen, K. (2015). If it's about me, why do it without me? Genuine student engagement in school *cyberbullying* education. *International Journal of Emotional Education*, 7(1), 35-51. <https://www.um.edu.mt/cres/ijee>.
- Cross D., Shaw, T., Hadwen, K., Cardoso, P., Slee, P., Roberts, C., Thomas L. & Barnes, A. (2016). Longitudinal impact of the cyber friendly schools program on adolescents' *cyberbullying* behavior. *Aggressive Behavior*, 42, 166-180. <https://doi.org/10.1002/ab.21609>.
- Del Rey, R., Casas, J. A., Ortega-Ruiz, R., Schultze-Krumbholz, A., Scheithauer, H., Smith, P., Thompson, F., Barkoukis, V., Tsorbatzoudis, H., Brighi, A., Guarini, A., Pyzalski, J. & Plichta, P. (2015). Structural validation and cross-cultural robustness of the european *cyberbullying* intervention project questionnaire. *Computers in Human Behavior*, 50, 141-147. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.03.065>.

- Doane, A. N., Ehlke, S. & Kelley, M. L. (2020). Bystanders against *cyberbullying*: a video program for college students. *International Journal of Bullying Prevention*, 2, 41-52. <https://doi.org/10.1007/s42380-019-00051-5>.
- Dooley, J. J., Pyzalski, J. & Cross, D. (2009). Cyberbullying versus face-to-face bullying: A theoretical and conceptual review. *Zeitschrift für Psychologie/ Journal of Psychology*, 217(4), 182-188. <https://doi.org/10.1027/0044-3409.217.4.182>.
- Dooley, J. J., Gradinger, P., Strohmeier, D., Cross, D. & Spiel, C. (2010). Cyber-victimisation: The association between help-seeking behaviours and self-reported emotional symptoms in Australia and Austria. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 20(2), 194-209. <https://doi.org/10.1375/ajgc.20.2.194>.
- Ferreira, P. C., Veiga Simao, A. M., Paiva, A. & Ferreira, A. (2015). Responsive bystander behaviour in *cyberbullying*: a path through self-efficacy. *Behaviour and Information Tecnology*, 39(5), 511-524. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2019.1602671>.
- Ferrer-Cascales, R., Albaladejo-Blazquez, N., Sanchez-SanSegundo, M., Portilla-Tamarit, I., Lordan, O. & Ruiz-Robledillo, N. (2019). Effectiveness of the TEI program for bullying and *cyberbullying* reduction and school climate improvement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(580). <https://doi.org/10.3390/ijerph16040580>.
- Ferri, P. (2011). *I nativi digitali*. Mondadori.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley.
- Gaffney, H., Farrington, D. P., Espelage, D. L. & Ttofi, M. M. (2019). Are *cyberbullying* intervention and prevention programs effective? A systematic and meta-analytical review. *Aggression and Behavior*, 45, 134-153. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.07.002>.
- Genta, M. L., Brighi, A. & Guarini, A. (2009). *Bullismo elettronico*. Carocci.
- Genta, M. L., Brighi, A. & Guarini, A. (2013). *Cyberbullismo: Ricerche e strategie di intervento*. Franco Angeli.
- Genta, M. L., Smith, P. K., Ortega-Ruiz, R., Brighi, A., Guarini, A., Thompson, F., Tippett, N., Mora-Merchàn, J. & Calmaestra, J. (2012). Comparative aspect of *cyberbullying* in Italy, England and Spain: Findings from a DAPHNE project. In Q. Li, & C. D. Smith, (Eds.), *Cyberbullying in the Global Playground. Research from International Perspectives*. Blackwell Publishing Ltd.15-31.
- Gkiomisi, A., Gkrizioti, M., Gkiomisi A., Anastasilakis D. A. & Kardaras, P. (2016). *Cyberbullying* among greek high school adolescents. *Indian Journal of Pediatrics*, 84(5), 364-368. <https://doi.org/10.1007/s12098-016-2256-2>.
- Green, S. (2001). Systemic vs individualistic approaches to bullying. *JAMA*, 286(7), 787-788. <https://doi.org/10.1001/jama.286.7.787>.
- Guarini, A., Menin D., Menabò, L. & Brighi, A. (2019). RPC teacher-based program for improving coping strategies to deal with *cyberbullying*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph16060948>.
- Holmes, E. A., O' Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen S. R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., Worthman, C. M., Yardley, L., Cowan, K., Cope, C., Hotopf, M. & Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* 2020 Published on-line April 15, 2020. [http://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30168-1](http://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30168-1).

- Hutson, E., Kelly, S. & Militello, L. K. (2018). Systematic review of *cyberbullying* interventions for youth and parents with implications for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), 72-79. <https://doi.org/10.1111/wvn.12257>.
- Katzer, C., Fetchenhauer, D. & Belschak, F., (2009). *Cyberbullying*: Who are the victims? A comparison of victimization in Internet chatrooms and victimization in school. *Journal of Media Psychology*, 21, 25–36. <https://doi.org/10.1027/1864-1105.21.1.25>.
- Kidger, J., Araya, R., Donovan, J. & Gunnell, D. (2012). The effect of the school environment on the emotional health of adolescents: A systematic review. *Pediatrics*, 129(5), 925-949. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2248>.
- Kowalski, R. M., Giumetti, G. W., Schroeder, A. N. & Lattanner, M. R. (2014). Bullying in the digital age. A critical review and meta-analysis of *cyberbullying* research among youth. *Psychological Bulletin*, 140(4), 1073. <https://doi.org/10.1037/a0035618>.
- Kowalski, R. M., Limber, S. P. & McCord, A. (2019). A developmental approach to *cyberbullying*: Prevalence and protective factors. *Aggression and Violent Behavior*, 45, 20-32. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.02.009>.
- Ingram, K. M., Espelage, D. L., Merrin, G. J., Valido, A., Heinhorst, J. & Joyce, M. (2018). Evaluation of a virtual reality enhanced bullying prevention curriculum pilot trial. *Journal of Adolescence*, 71, 72-83. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.12.006>.
- Jacobs, N. C. L., Vollink, T., Dehue, F. & Lechner, L. (2014). Determinants of adolescents' ineffective and improved coping with *cyberbullying*: A Delphi study. *Journal of Adolescence*, 37(4), 373-385. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.02.011>.
- Leung, A. N. M., Wong, N. & Farver, J. M. (2019). Testing the effectiveness of an e-course to combat *cyberbullying*. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 22(9), 569-578. <https://doi.org/10.189/cyber.2018.0609>.
- Mehari, K. R., Moore, W., Waasdorp, T. E., Varney, O., Berg, K. & Leff, S. S. (2018). *Cyberbullying* prevention: Insight and recommendations from youths, parents, and paediatricians. *Child: Care, Health and Development*, 44(4), 612-622. <https://doi.org/10.1111/cch.12569>.
- Menesini, E., Nocentini, A., Palladino, B. E., Frisén, A., Berne, S., Ortega-Ruiz, R., Calmaestra, J., Scheithauer, H., Schultze-Krumbholz, A., Luik, P., Naruskov, K., Blaya, C., Berthaud, J. & Smith, P. K. (2012). *Cyberbullying* definition among adolescents: A comparison across six european countries. *Cyberpsychology Behavior and Social Networking*. 15(9), 455-463. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0040>.
- Menesini, E., Nocentini A. & Palladino, B. E. (2017). *Prevenire e contrastare il bullismo e il cyberbullismo: Approcci universali, selettivi e indicati*. Il Mulino.
- Menesini, E., Corbo, E. & Nocentini, A. (2019). La prevenzione del cyberbullismo a scuola. Un approccio a molteplici livelli. *Media Education-Erickson* 10(2), 160-180. <https://doi.org/10.14605/MED1021902>.
- Mitchell, S. M., Seegan, P. L., Roush, J. F., Brown, S. L., Sustaíta, M. A. & Cukrowicz, K. C. (2018). Retrospective *cyberbullying* and suicide ideation: the mediating roles of depressive symptoms, perceived burdensomeness, and thwarted belongingness. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(16), 2602–2620. <https://doi.org/10.1177/0886260516628291>.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G., The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097>.
- Musharraf, S. & Lewis C. A. (2018). Bullying, *cyberbullying*, and suicide: A crisis on campus? [short communication]. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 15, 39–41.

- Musharraf, S., Bauman, S., Anis-ul-Haque, M. & Malik, J. A. (2019). General and ICT self-efficacy in different participants roles in *cyberbullying/victimization* among pakistani university students. *Frontiers in Psychology*, 14 (10). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01098>.
- Novick, R. M. & Isaacs, J. (2010). Telling is compelling: The impact of student reports of bullying on teacher intervention. *Educational Psychology*, 30(3), 283-296. <https://doi.org/10.1080/01443410903573123>.
- Ortega, R., Elipe, P., Mora-Merchán, J. A., Genta, M. L., Brighi, A., Guarini, A., Smith, P. K., Thompson, F. & Tippet, N. (2012). The emotional impact of bullying and *cyberbullying* on victims: A european cross-national study. *Aggressive Behavior*, 38(5), 342-356. <http://doi.org/10.1002/ab.21440>.
- Palermi, A. L., Servidio, R., Bartolo, M. G. & Costabile, A. (2017). *Cyberbullying* and self-esteem: An italian study. *Computers in Human Behavior*, 69, 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.12.026>.
- Palladino, B. E., Nocentini, A. & Menesini, E. (2012). on-line and offline peer led models against bullying and *cyberbullying*. *Psicothema*, 24(4), 634-639.
- Palladino, B. E., Nocentini, A. & Menesini, E. (2015). Psychometric properties of the Florance *cyberbullying-cybervictimization* scales. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 18(2), 112-119. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0366>.
- Palladino, B. E., Nocentini, A. & Menesini, E. (2016). Evidence-based intervention against bullying and *cyberbullying*: Evaluation of the NoTrap! Program in two independent trials. *Aggressive Behavior*, 42(2), 194-206. <https://doi.org/10.1002/ab.21636>.
- Patchin, J. W. & Hinduja, S. (2012). *Cyberbullying*: An update and synthesis of the research. In J. W. Patchin, & S. Hinduja (Eds.), *Cyberbullying prevention and response: Expert perspectives* (13-35). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Perren, S. Dooley, J., Shaw, T. & Cross, D. (2010). Bullying in school and cyberspace: Associations with depressive symptoms in Swiss and australian adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4(28). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-4-28>.
- Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants. *On the Orizon*, 9(5), 1-6. <https://doi.org/10.1108/10748120110424816>.
- Raskauskas, J. & Stolzt, A. D. (2007). Involvement in traditional and electronic bullying among adolescents. *Developmental Psychology*, 43(3), 564-575. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.3.564>.
- Roberto, A. J., Eden, J., Savage, M., Salazar, L. R. & Deiss, D. (2014). Outcome evaluation results of school-based cybersafety promotion and *cyberbullying* prevention intervention for middle school students. *Health Communication*, 29 (10). <https://doi.org/10.1080/10410236.2013.831684>.
- Savage, M. W., Douglas, M. D. Jr., Roberto, A. J. & Aboujaoude, E. (2017). Theory-based formative research on an *anti-cyberbullying* victimization intervention message. *Journal of Health Communication*, 22 (2), 1-11. <https://doi.org/10.10180/10810730.2016.1252818>.
- Schenk, A. M. & Fremouw, W. J. (2012). Prevalence, psychological impact, and coping of cyberbully victims among college students. *Journal of School Violence*, 11(1), 21-37. <https://doi.org/10.1080/15388220.2011.630310>.
- Slonje, R. & Smith, P. K. (2008). *Cyberbullying*: Another main type of bullying? *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(2), 147-154. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00611.x>.
- Slonje, R., Smith, P. K. & Frisén, A. (2013). The nature of *cyberbullying*, and strategies for prevention. *Computers in Human Behavior*, 29(1), 26-32. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.05.024>.
- Smith, P. K., Mahdavi, J., Carvalho, M. & Tippet, N. (2006). An investigation into *cyberbullying*, its forms, awareness and impact, and the relationship between age and gender in *cyberbullying*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 376-385. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01846.x>.

- Sorrentino, A., Baldry, A. C. & Farrington, D. P. (2018). The efficacy of the tabby improved prevention and intervention program in reducing *cyberbullying* and cybervictimization among students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (11). <https://doi.org/10.3390/ijerph15112536>.
- Sourander, A., Klomek, A. B., Ikonen, M., Lindroos, J., Luntamo, T., Koskelainen, M., Ristkari, T. & Helenius, H. (2010). Psychological risk factors associated with *cyberbullying* among adolescents. A population-based study. *Archives of general psychiatry*, 67(7), 720-728. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.79>.
- Swearer, S. M. & Hymel, S. (2015). Understanding the psychology of bullying: Moving toward a social-ecological diathesis-stress model. *American Psychologist*, 70(4), 344-353. <https://doi.org/10.1037/a0038929>.
- Tanrikulu, I. (2018). Cyberbullying prevention and intervention programs in schools: A systematic review. *School Psychology International*, 39(1), 74–91. <https://doi.org/10.1177/0143034317745721>.
- Tokunaga, R. S. (2010). Following you home from school: A critical review and synthesis of research on *cyberbullying* victimization. *Computers in Human Behavior*, 26(3), 277–287. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.11.014>.
- Trompeter, N., Bussey, K. & Fitzpatrick, S. (2017). Cyber victimization and internalizing difficulties: The mediating roles of coping self-efficacy and emotion dysregulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(5), 1129-1139. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0378-2>.
- Vaillancourt, T., Faris, R. & Mishna F. (2017). *Cyberbullying* in children and youth: Implications for health and clinical practice. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 62(6), 368-373. <https://doi.org/10.1177/0706743716684791>.
- Varni, J. W., Bendo, C. B., Nurko, S., Shulman, R. J., Self, M. M., Franciosi, J. P., Saps, M. & Pohl, J. F., Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) Gastrointestinal Symptoms Module Testing Study Consortium. (2015). Health-related quality of life in pediatric patients with functional and organic gastrointestinal diseases. *The Journal of Pediatrics*, 166(1), 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.08.022>.
- Vieira da Veiga Simão, A. M., Ferreira, P., Francisco, S. M., Paulino, P. & Bezerra de Souza, S. (2018). *Cyberbullying*: Shaping the use of verbal aggression through normative moral beliefs and self-efficacy. *New media & society*, 20(12) 4787–4806. <https://doi.org/10.1177/1461444818784870>.
- Vieno, A., Gini, G., Lenzi, M., Pozzoli, T., Canale, N. & Santinello, M. (2015). Cybervictimization and somatic and psychological symptoms among Italian middle school students. *European Journal of Public Health*, 25(3), 433–437. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku191>.
- Willard, N. (2006). *Cyberbullying and cyberthreats. Effectively managing internet use risks in schools*. Retrieved August, 20, 2007.
- World Health Organization (2020, March 6). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
- Wölfer, R., Schultze-Krumbholz, A., Zagorscak, P., Jäkel, A., Göbel, K. & Scheithauer, H. (2014). Prevention 2.0: Targeting *cyberbullying* @ school. *Prevention Science*, 15(6), 879–887. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0438-y>.
- Ybarra, M. L. & Mitchell, K. J. (2004). on-line aggressors, victims, and aggressor/victims: A comparison of associated youth characteristic. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(7), 1308-1316. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00328.x>.
- Zagorscak, P., Schultze-Krumbholz, A., Heinrich, M., Wolfer, R. & Scheithauer, H. (2019). Efficacy of *cyberbullying* prevention on somatic symptoms-randomized controlled trial applying a reasoned action approach. *Journal of Research on Adolescence*, 29(4), 908-923. <https://doi.org/10.1111/jora.12429>.

- Zych, I., Ortega-Ruiz, R. & Del Rey, R. (2015). Systematic review of theoretical studies on bullying and *cyberbullying*: Facts, knowledge, prevention, and intervention. *Aggression and Violent Behavior*, 23, 1-21. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.10.001>.
- Zych, I., Farrington, D. P., Llorent, V. J. & Ttofi, M. M. (2017). *Springer briefs in psychology. Protecting children against bullying and its consequences*. Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-53028-4>.
- Zych, I., Farrington, D. & Ttofi, M. M. (2019). Protective factors against bullying and *cyberbullying*: A systematic review of meta-analyses. *Aggression and Violent Behavior*, 45, 4-19. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.10.001>.
- Zsila, A., Urbàn, R., Griffiths, M. D. & Demetrovics, Z. (2018). Correction to: Gender differences in the association between *cyberbullying* victimization and perpetration: The role of anger rumination and traditional bullying experiences. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18, 258-261. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-0050-2>.

SITOGRAFIA

- «<http://www.Cyberbullying.com>»
- «<http://fondazionecarolina.org>»
- «https://www.il_fattoquotidiano.it/2020/04/14/coronavirus-la-guarantena-fa-impennare-il-cyberbullismo-alla-fondazione-carolina-segnalazioni-6-volte-tanto-la-media/5768576»

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:

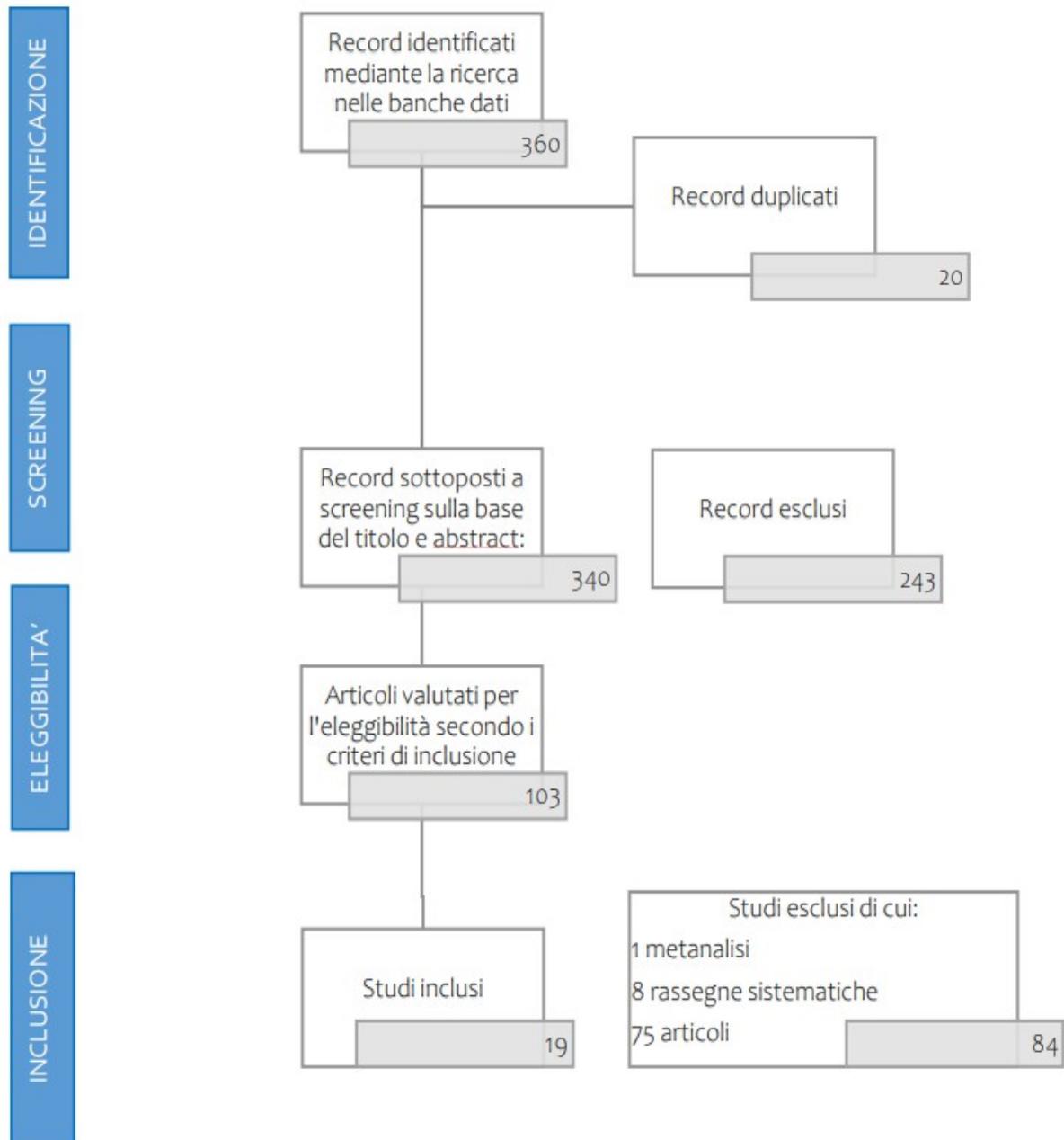
- interventi in cui non sono stati ancora pubblicati i risultati (Braun L. *et al.*, 2019; Scherer, S. *et al.*, 2013; Kouvnone, 2019);
- interventi che affrontano in modo generico aspetti della terapia on-line (anche di vari orientamenti tipo CBT), la sua efficacia, vantaggi e svantaggi (Shoemaker, 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>

		Raccogliere dati sull'utilizzo dell'assistenza sanitaria nel pre-trattamento e nel post-trattamento in preparazione e di una valutazione economica della salute					mail e messaggi di testo per riprogrammare gli appuntamenti e mantenere un'elevata aderenza al programma.				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)
							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.				

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., 2014; 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. (2014) 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 maggiorenne. 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 comorbilità 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 et al., 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).

15) <u>Lewis et al., 2017</u>	20	<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>	Trattamento ritardato: dopo 14 settimane dalla baseline (valutazione pre-trattamento), è stato somministrato lo stesso trattamento del primo Gruppo Sperimentale.
16) <u>Boß et al., 2017</u>	6	<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>	Lista di attesa. È importante ricordare che in tutte e 3 le condizioni sperimentali i partecipanti avevano libero accesso agli usuali servizi di cura.
17) <u>Ivarsson et al., 2014</u>	20	<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>	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

		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 riassumere 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 confrontate 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., Hoefft, 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.

LA TERAPIA DELLA REMINISCENZA IN CASO DI DEPRESSIONE IN PAZIENTI ANZIANI: RASSEGNA SISTEMATICA

*Silvia Principe**, *Anna Rita Colasanti***

Riassunto

In considerazione del fatto che la popolazione italiana è caratterizzata da un progressivo invecchiamento e che la depressione in età senile rappresenti un disturbo molto diffuso ma spesso non riconosciuto e trattato in modo adeguato, si ritiene utile conoscere quali terapie abbiano dato prove di efficacia nel contrastare l'insorgenza di tale patologia, migliorando la qualità di vita dell'anziano. Lo scopo della seguente rassegna sistematica è comprendere se la terapia della reminiscenza migliori il tono dell'umore del paziente geriatrico e ne diminuisca la depressione diventando uno strumento valido per la cura della stessa. La ricerca effettuata attraverso i data base elettronici EBSCO e GOOGLE SCHOLAR, ha preso in considerazione gli articoli pubblicati dal 2000 al 2019 selezionati in base ai seguenti criteri: studi che trattino di terapia della reminiscenza di qualsiasi tipo (strumentale e integrativa); che riportino la depressione come uno dei principali out-come testati; che prendano in considerazione soggetti > di 60 anni senza diagnosi di demenza e con deterioramento cognitivo lieve; che siano in lingua inglese o italiana, di cui sia disponibile il *full text*. La rassegna sembra evidenziare che la terapia della reminiscenza costituisca un'ottima opzione di trattamento in caso di depressione senile che porterebbe ad un consistente alleviamento dei sintomi.

Parole chiave: *terapia della reminiscenza, depressione, anziano, isolamento.*

Abstract

In view of the fact that the Italian population is characterized by a progressive aging and that depression in old age represents a very widespread disorder, but often not recognized and adequately treated, it is considered worthwhile to know which therapies give evidence of effectiveness in contrasting the onset of this pathology, improving the elderly quality of life. The purpose of the following systematic review is to understand if the reminiscence therapy improves the geriatric patient's mood and decreases his depression, becoming an efficient tool for the treatment of this psychopathology. The research carried out through the electronic databases

**Psicologa*

***Docente Università Pontificia Salesiana, Didatta CRP*

EBSCO and GOOGLE SCHOLAR, takes into account the articles from 2000 to 2019 selected by the following criteria: studies dealing with all kind of reminiscence therapy (instrumental and integrative); studies reporting depression as a major tested out-come; studies considering subjects > 60 years of age without a diagnosis of dementia or mild cognitive impairment; articles in English or Italian, article with available full text. The review seems to evidence that reminiscence therapy is an excellent option of treatment in case of senile depression that would lead to substantial symptoms alleviation.

Key words: *reminiscence therapy, depression, elderly, loneliness.*

1. INTRODUZIONE

La realtà italiana degli ultimi anni ha come tratto caratteristico l'invecchiamento. Lo scenario centrale delle previsioni demografiche dell'Istat, con orizzonte ultimo sull'anno 2065, evidenzia non solo che la popolazione italiana ha un passato segnato dall'invecchiamento demografico, ma che quest'ultimo è destinato a persistere in futuro (Istat, 2018). Questo dato fa comprendere quanto sia importante trovare delle modalità di cura in grado di migliorare la qualità di vita del paziente anziano.

Un'attenzione particolare va data al disturbo clinico della depressione che, pur rappresentando la sofferenza psichica più frequente in età senile, spesso viene sottovalutata, trascurata e non diagnosticata (Cristini, Cesa-Bianchi, 2003). Indagini dell'OMS riferiscono che la depressione negli anziani viene diagnosticata nel 40% dei casi e che soltanto nel 50% viene correttamente curata (Giusti & Murdaca, 2008). Si può intuire, quindi, quanto sia difficile agire tempestivamente e quanto, di conseguenza, sia alto il rischio di negare al paziente geriatrico la possibilità di un trattamento efficace (Raisi *et al.*, 2012), tanto che, è auspicabile, opportuno e necessario agire preventivamente, soprattutto nei casi in cui siano presenti condizioni patologiche o contestualmente sfavorevoli (istituzionalizzazione) (Capurso *et al.*, 2007).

Numerosi sono i programmi riabilitativi che vengono svolti in RSA e in altri contesti, con l'obiettivo di migliorare il tono dell'umore, nonché le prestazioni cognitive e funzionali (Piumetti, 2014). Una di queste è la terapia della reminiscenza che rientra tra gli approcci orientati alle emozioni e fonda le sue radici sulla naturale tendenza dell'anziano a rievocare e raccontare il proprio passato. Lo scopo è di rendere il flusso spontaneo dei ricordi più consapevole e deliberato, in modo da ridurre l'isolamento, migliorare l'autostima, mantenere un ruolo sociale, migliorare l'umore e la qualità di vita. Si può applicare sia individualmente sia in gruppo e può svolgersi in modo formale struttu-

rato o informale nell'arco della giornata (Piumetti, 2014). Quindi il ricordo strutturato diventa un mezzo per stimolare le risorse mnestiche, soprattutto quelle autobiografiche e per favorire il recupero di emozioni piacevoli. I ricordi diventano, quindi, il punto di partenza per stimolare la memoria residua e riportare alla mente esperienze positive (De Beni & Borella, 2015).

Butler (1963) fu il primo a rendersi conto che l'anziano ha una naturale tendenza a ricordare, pensò perciò di utilizzare questa propensione come un processo dal quale si possono trarre benefici. L'autore, infatti, riteneva che l'attività della reminiscenza riflettesse l'esigenza di fare un resoconto della propria vita, soprattutto nelle persone di età avanzata. Quindi il raccontare eventi di vita passati costituirebbe un processo mentale cosciente di notevole importanza che consente all'anziano di riposizionare e dare coerenza agli avvenimenti della propria vita.

La recente revisione di Subramaniam e Woods (2012) dimostra come questo tipo di intervento aiuti le persone anziane con demenza in fase iniziale a superare conflitti irrisolti, gestire le perdite e riconoscere e apprezzare le risorse residue presenti. Inerente a questo tipo di tecnica psicosociale, molto apprezzata, anche dai familiari, è la modalità operativa del *life story books*, ossia la compilazione di diari strutturati che sembrano favorire il mantenimento di un ruolo sociale, con ripercussioni positive sull'umore, la cognizione e il benessere (De Beni & Borella, 2015).

2. OBIETTIVI DI RICERCA

Date le seguenti premesse, la presente rassegna ha come scopo quello di verificare l'utilità della terapia della reminiscenza in pazienti geriatrici affetti da depressione. Per raggiungere tale obiettivo sono stati selezionati nove studi in base ai criteri di inclusione e esclusione di seguito riportati e successivamente alla loro analisi sono state tratte alcune conclusioni riguardo agli effetti della terapia sul tono dell'umore, ma anche sulla socializzazione.

3. STRATEGIE DI RICERCA E CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

I motori di ricerca attraverso i quali si è avuto accesso alle Banche Dati sono stati EBSCO e GOOGLE SCHOLAR. Specificamente le Banche Dati utilizzate sono state: *PsycINFO*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *Education Source*, [Communication & Mass Media Complete](#) e *Psicothema*.

Per quanto concerne le parole chiave, sono stati individuati tre domini tematici (tra loro combinati con *and*) in modo da circoscrivere i risultati, riguardanti rispettivamente: la depressione, la terapia della reminiscenza l'età geriatrica. Più precisamente per il dominio depressione sono state scelte le

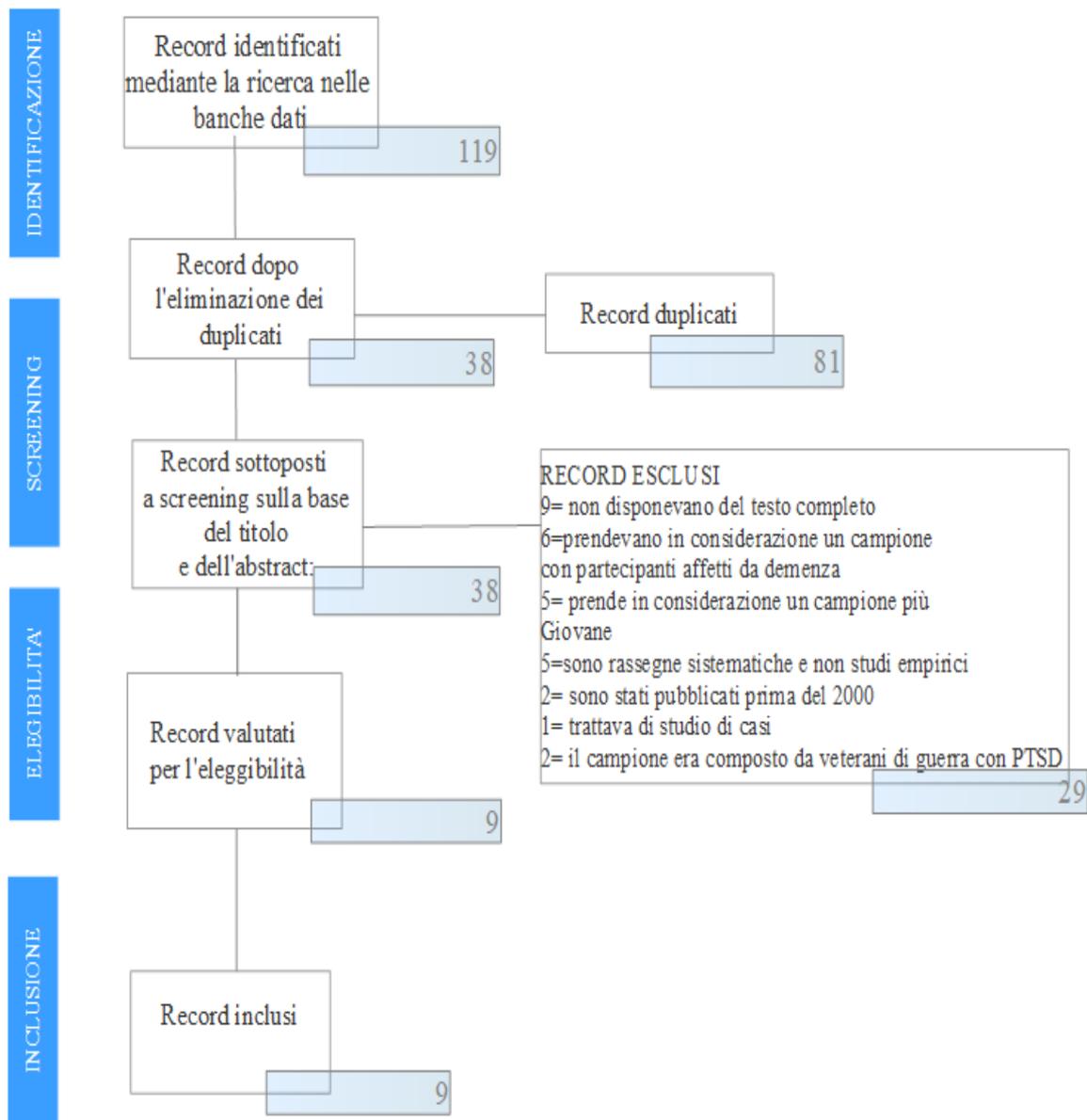
parole: *depression, depressive symptomatology, loneliness, depressive symptoms*; per il dominio terapia della reminiscenza: *reminiscence, reminiscence groupwork, life-review therapy, group reminiscence therapy, reminiscence therapy, life review, reminiscence intervention, integrative reminiscence, narrative therapy*; per il dominio età: *older people, older adults, elders, elderly, elderly adults, elders institutionalized*.

I criteri di inclusione e esclusione con i quali sono stati selezionati gli articoli sono riportati nella tabella che segue:

Tab 1. Criteri di inclusione e di esclusione

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Articoli che trattano di terapia della reminiscenza di qualsiasi tipo (strumentale e integrativa) Depressione come uno dei principali <i>outcome</i> testati Studi con campioni che prendono in considerazione soggetti > di 60 anni Studi su soggetti senza diagnosi di demenza e con deterioramento cognitivo lieve. Studi condotti dal 2000 al 2019 Articoli in lingua inglese e italiana Articoli di cui è disponibile il <i>full text</i>	Documenti che trattano di altri tipi di terapie che non siano quella della reminiscenza Studi con soggetti < di 60 anni Rassegne sistematiche Studi su soggetti affetti da demenza o altre sindromi (es. Alzheimer, Parkinson) Studi su soggetti con patologie fisiche o disabilità. Studi condotti prima del 2000 Studi di cui è disponibile solo l' <i>abstract</i>

Inserendo le parole chiave precedentemente indicate sono stati individuati 119 articoli che con l'esclusione dei duplicati sono risultati 38. Di questi 29 sono stati eliminati poiché non rientravano nei criteri di inclusione; nello specifico 9 articoli non disponevano del testo completo, 6 studi prendevano in considerazione un campione con partecipanti affetti da demenza, 5 articoli sono rassegne sistematiche e non studi empirici, 5 prendono in considerazione fasce di età differenti, 2 sono stati pubblicati prima del 2000, uno tratta di studio dei casi e 2 riguardavano i veterani di guerra.



4. RISULTATI

Gli studi selezionati al termine dello *screening* in base ai criteri di inclusione e esclusione sono nove. Questi sono stati esaminati in base al tipo di studio, gli obiettivi, il campione, l'intervento, le variabili indagate nell'intervento, gli strumenti utilizzati per misurare l'*outcome* e i risultati ottenuti. In ordine cronologico, partendo dal meno recente al più attuale verranno di seguito riportati i principali punti di ciascuno studio (Tab. 2).

Tab. 2 Elaborazione dei risultati

Fonte	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Intervento	Variabili indagate	Strumenti utilizzati	Risultati
Watt, L. M., & Cappeliez, P. (2000). Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: intervention strategies and treatment effectiveness. <i>Aging and Mental Health</i> , 4(2), 166–177.	Studio sperimentale con gruppo di controllo.	Verificare gli effetti della terapia della reminiscenza strumentale e integrativa sulla depressione in soggetti anziani depressi	40 anziani con età media di 68 anni	6 sessioni settimanali di 90 min	Depressione e socializzazione	<ul style="list-style-type: none"> - Geriatric Depression Scale (GDS) - Mini-Mental State Examination (MMSE) - Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) - Social Adjustment Scale (SAS) 	Entrambe le terapie di reminiscenza hanno portato a miglioramenti significativi dei sintomi di depressione alla fine dell'intervento e nel follow-up a tre mesi.
Serrano, J. P., Latorre, J. M., Gatz, M., & Montanes, J. (2004). Life Review Therapy Using autobiographical Retrieval Practice for Older Life Review Therapy Using Autobiographical Retrieval Practice for Older Adults With Depressive Symptomatology. <i>Psychology And Aging</i> , 29(2), 272–277.	Studio sperimentale randomizzato con gruppo di controllo	Esaminare l'efficacia del metodo della life review per trattare la depressione in pazienti anziani	43 anziani dai 65 ai 93	Una volta a settimana per 4 settimane	Depressione, soddisfazione di vita.	<ul style="list-style-type: none"> - Center for epidemiological studies depression scale (CES-D) - The Beck Hopelessness Scale (BHI) - Life Satisfaction Index (LSIA) - Autobiographical Memory Test (AMT) 	Abbassamento dei sintomi depressivi, un aumento dei punteggi nella scala della soddisfazione di vita e un miglioramento nel recupero di eventi specifici.
Liu, H., Chao, S., Jin, S., Wu, C., Chu, T.-L., Huang, T.-S., & Clark, M. J. (2006). The Effects of Group Reminiscence Therapy on Depression, Self Esteem, and Life Satisfaction of Elderly Nursing Home Residents. <i>Journal of Nursing Research</i> , 14(1), 36–46.	Studio quasi sperimentale con gruppo di controllo	Descrivere gli effetti della terapia della reminiscenza in gruppo in pazienti anziani	24 anziani	1 ora a settimana per 9 settimane	Depressione, autostima e soddisfazione di vita.	<ul style="list-style-type: none"> - Rosenberg Self- Esteem Survey (RSE) - Geriatric Depression Scale (GDS) - Quality of Life Index (QLI) 	Netto miglioramento nel gruppo sperimentale per tutte e tre le variabili indagate: la depressione, l'autostima e la soddisfazione della vita. Inoltre lo studio indica che i gruppi di terapia della reminiscenza potrebbero migliorare l'interazione sociale degli anziani nelle delle case di cura e diventare gruppi di supporto per i partecipanti.
Shellman, J. M., Mokel, M., & Hewitt, N. (2009). The Effects of Integrative	Studio sperimentale	Valutare l'effetto della terapia della	56 anziani con età media di 72 anni	Sessioni di 45 min. una volta a settimana	Depressione	<ul style="list-style-type: none"> - Center for epidemiological studies 	La terapia della reminiscenza ha un effetto positivo sulla riduzione

Reminiscence on Depressive African Americans. <i>Western Journal of Nursing Research</i> , 20(10), 1-15.	con gruppo di controllo	reminiscenza sulla depressione		per 8 settimane		depression scale (CES-D)	dei sintomi depressivi negli anziani.
Chiang, K., Chu, H., Chang, H., Chung, M., Chen, C., Chiou, H., & Chou, K. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 25, 380-388.	Studio sperimentale randomizzato con gruppo di controllo	Per esaminare gli effetti della terapia reminiscenza sul benessere psicologico, la depressione e la solitudine tra gli anziani istituzionalizzati.	92 anziani dai 65 anni	8 sessioni in 2 mesi	Benessere psicologico, depressione, solitudine.	<ul style="list-style-type: none"> - Center for epidemiological studies depression scale (CES-D) - Symptoms checklist-90-R (SCL-90-R) - Revised University of California Los Angeles loneliness scale (RULS-V3) - Mini-mental state examination (MMSE) 	Significativo effetto positivo a breve termine (follow-up a 3 mesi) sulla depressione, il benessere psicologico e la solitudine rispetto a quelli del gruppo di controllo. Inoltre questo tipo di terapia ha migliorato la socializzazione e suscitato sentimenti di realizzazione nei partecipanti e aiutandoli così a migliorare il tono dell'umore.
Karimi, H., Dolatshahee, B., Momeni, K., Knodabakhshi, A., Rezaei, M., & Kamrani, A. A. (2010). Effectiveness of integrative and instrumental reminiscence therapies on depression symptoms reduction in institutionalized older adults: An empirical study. <i>Aging & Mental Health</i> , 14(7), 881-887.	Studio sperimentale con gruppo di controllo	Esaminare l'efficacia terapeutica della terapia della reminiscenza integrativa e strumentale per il trattamento della depressione negli anziani istituzionalizzati.	39 anziani di età superiore ai 60 anni	Una sessione a settimana di 90 min per 6 settimane	Depressione	<ul style="list-style-type: none"> - Geriatric Depression Scale (GDS) - Mini-Mental State Examination (MMSE) 	La terapia integrativa della reminiscenza ha portato a una riduzione statisticamente significativa dei sintomi di depressione rispetto al gruppo di controllo. Sebbene anche la terapia strumentale ha ridotto i sintomi depressivi, questo miglioramento non è statisticamente significativo rispetto al gruppo di controllo.
Selva, S., Pedro, J., Postigo, L., Miguel, J., Segura, R., Bravo, N., ... Gatz, M. (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. <i>Psicothema</i> , 24(2), 224-229.	Studio sperimentale randomizzato con gruppo di controllo	Esaminare l'efficacia del metodo della life review per il trattamento della depressione in soggetti anziani.	37 anziani tra i 64 e gli 83 anni	Una volta a settimana per 4 settimane	Sintomi depressivi, soddisfazione di vita, qualità di vita e cognizione.	<ul style="list-style-type: none"> - Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) - Geriatric Depression Scale (GDS) - Beck Hopelessness Scale (BHI) - Life Satisfaction Index (LSIA) - Quality of Life in Depression Scale (QLSD) 	I risultati hanno indicato una diminuzione della depressione per entrambe le condizioni (gruppo di controllo e gruppo di intervento), senza differenze significative tra i due gruppi.

						- Autobiographical Memory Test (AMT)	
Preschl, B., Maercker, A., Wagner, B., Forstmeier, S., Ban, R. M., Castilla, D., & Botella, C. (2012). Life-review therapy with computer supplements for depression in the elderly: A randomized controlled trial. <i>Aging and Mental Health</i> , 16(8), 964-974.	Studio sperimentale randomizzato con gruppo di controllo	Indagare l'efficacia della terapia della reminiscenza con uso del computer sulla depressione senile	36 anziani dai 65 anni	Una sessione di 1 ora a settimana per 6 settimane	Depressione, autostima, soddisfazione di vita, benessere psicologico, reminiscenza ossessiva	<ul style="list-style-type: none"> - Beck Depression Inventory (BDI-II) - Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) - Life Satisfaction Index - A (LSIA) - RQ (Mayer et al., 1996) - WHO-Five Well-being Index 	I sintomi depressivi sono diminuiti significativamente nel tempo fino al follow-up di tre mesi nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo. Inoltre, la terapia ha portato ad un aumento del benessere e una diminuzione della reminiscenza ossessiva tra i partecipanti al gruppo di intervento dal pre-trattamento al follow-up.
Meléndez-moral, J. C., Charco-ruiz, L., Mayordomo-rodríguez, T., & Sales-galán, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. <i>Psicothema</i> , 25(3), 319-323.	Studio quasi sperimentale randomizzato con gruppo di controllo	Indagare l'utilità dell'intervento della terapia della reminiscenza sui sintomi depressivi, l'autostima, la soddisfazione di vita e il benessere psicologico in un campione di anziani istituzionalizzati	34 anziani dai 65 ai 92 anni	8 sessioni di gruppo di 60 minuti ciascuna	Sintomi depressivi, l'autostima, la soddisfazione di vita e il benessere psicologico	<ul style="list-style-type: none"> - Mini-Mental State Examination (MMSE) - Geriatric Depression Scale short version (GDS) - Rosenberg Self-esteem Scale - Philadelphia Geriatric Center Morale Scale - Ryff scales 	Calo dei sintomi depressivi e un miglioramento dell'autostima, della soddisfazione e del benessere psicologico.

5. LA TERAPIA DELLA REMINISCENZA IN PAZIENTI ANZIANI DEPRESSI: DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Lo scopo della rassegna era quello di verificare se la terapia della reminiscenza migliori il tono dell'umore del paziente geriatrico e ne diminuisca la depressione, diventando uno strumento valido per la cura della stessa. Il riassunto degli articoli che segue può, tramite l'analisi di ciascuno studio far comprendere come tale fine sia stato raggiunto. In tutti gli studi ad eccezione di quello di Selva e collaboratori (2012), successivamente alla realizzazione di sessioni di terapia della reminiscenza, si sono registrati miglioramenti nel tono dell'umore accompagnati anche da cambiamenti positivi in termini di aumento dell'autostima e della soddisfazione di vita. Nell'articolo di Lui e colleghi (2006) e in quello di Chiang e collaboratori (2010), inoltre viene sottolineato come questo tipo di terapia offra una buona opportunità di socializzazione, riuscendo così a rompere l'isolamento dell'anziano ampliando la rete sociale, fattore di protezione per eccellenza della depressione, in particolare quella che sorge in tarda età.

Lo studio di Watt e colleghi (2000), è uno studio sperimentale con gruppo di controllo che ha lo scopo di verificare gli effetti della terapia della reminiscenza sia integrativa che strumentale sulla depressione senile. La terapia integrativa e quella strumentale sono entrambe focalizzate sulla narrazione di eventi di vita passata, ma una si concentra sull'accettazione di se stessi e degli altri e sull'integrazione di passato e presente, mentre l'altra usa le esperienze passate per risolvere i problemi presenti. Gli autori hanno realizzato sei sessioni settimanali di 90 minuti e hanno diviso il campione di 40 anziani in tre gruppi: uno di controllo, uno di terapia integrativa e uno di quella strumentale. Le variabili indagate sono quelle della depressione e della socializzazione. I risultati di questo studio hanno dimostrato che sia nel gruppo in cui è stata applicata la terapia della reminiscenza integrativa, sia in quello in cui è stata realizzata quella strumentale c'è stato un miglioramento statisticamente significativo della sintomatologia depressiva sia al termine dell'intervento sia nel *follow-up* dopo tre mesi. Tuttavia per ciò che riguarda la variabile della socializzazione non sono stati rilevati punteggi significativi a differenza degli studi condotti da Lui e colleghi (2006) e Chiang e altri (2010), riportati di seguito, che invece hanno dimostrato l'importanza della socializzazione nel processo terapeutico.

La ricerca di Liu e colleghi (2006) il cui fine è quello di descrivere gli effetti della terapia della reminiscenza in un gruppo di anziani affetti da depressione, ha indagato oltre alla depressione le variabili dell'autostima e della soddisfazione di vita. Il campione è formato da 24 anziani distribuiti equamente in due gruppi: uno di controllo e l'altro sperimentale. L'intervento prevede la realizzazione di 9 sessioni di terapia della reminiscenza una volta a settimana. I risultati hanno mostrato un

netto miglioramento nel gruppo sperimentale per tutte e tre le variabili, tuttavia, solo la variabile dell'autostima ha raggiunto un livello statisticamente significativo di miglioramento. Inoltre, come accennato in precedenza, lo studio indica che la terapia potrebbe migliorare l'interazione sociale degli anziani nelle delle case di cura e che l'atmosfera di supporto che viene a crearsi nel gruppo conferisce un senso di solidarietà e di accettazione. La coesione, infatti, sembra aver contribuito ad accrescere nei partecipanti la sensazione di essere significativi per coloro che li circondano, comprese le famiglie e altri residenti nella struttura.

Chiang e colleghi (2010) hanno realizzato uno studio sperimentale randomizzato con gruppo di controllo per esaminare gli effetti della terapia della reminiscenza sul benessere psicologico, la depressione e la solitudine in anziani residenti in casa di riposo. Il campione è composto da 92 anziani di età superiore ai 65 anni divisi in gruppo sperimentale, sottoposto a 8 sessioni di terapia in 2 mesi, e gruppo di controllo. Al termine dell'intervento e nel *follow-up* dopo tre mesi i risultati ottenuti hanno riscontrato nel gruppo sperimentale un miglioramento statisticamente significativo su tutte le variabili indagate. Anche in questo caso, sembra che la diminuzione di sintomi depressivi sia legata al processo di condivisione in gruppo e di incoraggiamento reciproco, che ha suscitato coesione e propensione alla socializzazione nei soggetti anziani partecipanti.

Anche lo studio di Karimi e altri (2010) come quello di Watt e colleghi (2000) ha lo scopo di esaminare l'utilità terapeutica della terapia della reminiscenza strumentale e integrativa nel trattare la depressione nei pazienti anziani residenti in casa di riposo. In questo caso, infatti gli autori hanno indagato quale dei due tipi di reminiscenza fosse più adatta alla cura della depressione. I partecipanti sono stati divisi in tre gruppi: uno di controllo senza trattamento, uno sottoposto a terapia integrativa e uno a quella strumentale. All'inizio e alla fine dell'intervento, che consiste in una sessione a settimana per sei settimane della durata di 90 minuti, sono stati somministrati la *Geriatric Depression Scale* (GDS) e il *Mini-Mental State Examination* (MMSE). L'analisi dei cambiamenti da pre-test a post-test ha rivelato che la terapia integrativa e quella strumentale hanno portato entrambe a una riduzione dei sintomi di depressione, sebbene solo la prima con risultati statisticamente significativi rispetto al gruppo di controllo.

Nello studio di Serrano e collaboratori (2004) condotto su un campione di 43 anziani, invece, l'intento era quello di analizzare l'efficacia del metodo della *life review* nel trattamento della depressione in tarda età e prevedeva una sessione a settimana per quattro settimane. Le variabili indagate sono la depressione e la soddisfazione di vita. I risultati del post-test mostrano un abbassamento significativo dei sintomi depressivi e un aumento consistente nei punteggi del LSIA (soddisfazione di

vita).

Un altro studio interessante è quello realizzato da Preschl e altri nel 2012 che indaga l'efficacia della terapia della reminiscenza accompagnata dall'utilizzo del computer in anziani depressi. Il campione, composto da 36 soggetti di età superiore ai 65 anni, è diviso in due gruppi: uno sperimentale e uno di controllo. Il primo è stato sottoposto a una sessione di terapia di un'ora a settimana strutturata in due parti con e senza supporto del computer. Gli out-come indagati sono la depressione, l'autostima, la soddisfazione di vita e il benessere psicologico e la reminiscenza ossessiva, misurati nel pre e post intervento e nel *follow-up* dopo tre mesi. I punteggi ottenuti hanno mostrato che i sintomi depressivi nel gruppo di intervento sono diminuiti significativamente nel tempo fino al *follow-up* di tre mesi. Inoltre, la terapia ha portato ad un aumento del benessere e una diminuzione della reminiscenza ossessiva tra i partecipanti al gruppo di intervento dal pre-trattamento al *follow-up*. L'analisi ha inoltre rivelato un significativo ma temporaneo effetto sull'autostima.

Anche Meléndez-Moral e colleghi nel 2013 hanno realizzato uno studio con lo scopo di indagare l'utilità dell'intervento della terapia della reminiscenza sui sintomi depressivi, sull'autostima, la soddisfazione di vita e il benessere psicologico in anziani istituzionalizzati. Come negli studi precedenti la misurazione post intervento ha rilevato punteggi significativi, tra cui il calo dei sintomi depressivi ed il miglioramento dell'autostima, della soddisfazione e del benessere psicologico nel gruppo sperimentale.

Quello realizzato nel 2009 da Shellman et al, è uno studio sperimentale con gruppo di controllo che mira a valutare l'effetto della terapia della reminiscenza sulla depressione nei pazienti anziani. I partecipanti, 56 anziani di età media di 72 anni, sono stati assegnati in modo casuale a tre gruppi: il primo di controllo che, diversamente dai gruppi di controllo fino ad ora riportati, ha ricevuto un intervento di educazione sanitaria, il secondo sperimentale al quale sono stati somministrate per otto settimane sessioni di terapia della reminiscenza di 45 minuti e il terzo, sempre di controllo, che non ha ricevuto alcun trattamento. Gli argomenti trattati durante l'intervento di educazione sanitaria includono la gestione dei farmaci, la prevenzione delle cadute, l'alimentazione, l'esercizio fisico, la gestione dello stress, la gestione della pressione alta e del diabete e un argomento a scelta del partecipante; gli assistenti di ricerca sono stati formati per concentrarsi sull'educazione sanitaria e non incoraggiare la reminiscenza durante le sessioni. Nelle sedute di terapia della reminiscenza, invece, sono state poste domande che facilitavano i ricordi dall'infanzia, alle tradizioni, al lavoro e alla vita familiare. L'unica variabile indagata è quella della depressione misurata tramite il *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D). Anche in questo studio i risultati dimostrano che la

terapia della reminiscenza ha un effetto positivo sulla riduzione dei sintomi depressivi negli anziani in quanto nel post intervento il punteggio medio del CES-D (sintomi depressivi) per il gruppo di reminiscenza, era significativamente diverso dal gruppo di controllo e il gruppo di educazione sanitaria.

Il solo studio che non ha riportato differenze statisticamente significative tra gruppo sperimentale e di controllo, in termini di miglioramento del tono dell'umore è quello di Selva e collaboratori del 2012. Gli autori hanno realizzato un esperimento il cui intento era quello di esaminare l'efficacia del metodo della terapia della reminiscenza nel trattamento della depressione in pazienti geriatrici, più precisamente, in un campione di 37 anziani clinicamente depressi di età compresa tra i 64 e gli 83 anni. L'intervento ha previsto una seduta di terapia a settimana per quattro settimane. I risultati hanno indicato una diminuzione della depressione per entrambe le condizioni, senza differenze significative tra i due gruppi.

6. CONCLUSIONI

Sulla base dei risultati esposti si possono trarre alcune conclusioni. È però prima necessario specificare alcune limitazioni degli studi analizzati in modo da non replicare le stesse mancanze anche in lavori successivi. Innanzitutto gli studi hanno dei periodi di intervento e dei tempi di *follow-up* relativamente brevi, perciò sarebbe opportuno realizzare studi con programmi più lunghi che valutino anche gli effetti a lungo termine. Inoltre un altro limite da sottolineare è la ristrettezza dei campioni, composti da un numero esiguo di soggetti, per cui è auspicabile che studi successivi siano condotti su un numero maggiore di persone.

Nonostante tali limiti, la rassegna sembra evidenziare che la terapia della reminiscenza sia un'ottima opzione di trattamento in caso di depressione senile in quanto tutti gli studi, ad eccezione di quello realizzato da Selva et al (2012), hanno dimostrato gli effetti benefici di questo tipo di terapia in termini di alleviamento dei sintomi.

Inoltre i vantaggi non riguardano solo il miglioramento dell'umore, ma anche quello dell'autostima, del benessere psicologico e della soddisfazione e qualità di vita. Un altro beneficio sottolineato da alcuni studi precedentemente analizzati è quello legato all'opportunità di socializzazione offerta da questo tipo di terapia, soprattutto quando realizzata in gruppo e/o in residenze per anziani. Infatti, la condivisione e l'espressione di sentimenti favorisce l'interazione sociale fornendo così l'occasione di creare relazioni più strette e coinvolgenti con gli altri membri del gruppo e con gli specialisti.

A seguito di questa riflessione, risulta opportuno realizzare programmi di terapia della reminiscenza soprattutto nelle case di riposo al fine di aiutare gli anziani a socializzare così da migliorare la permanenza nella struttura evitando un peggioramento delle condizioni psicofisiche legate al cambio di residenza.

In conclusione, quindi, quella delle reminiscenza è una terapia che offre notevoli vantaggi per il benessere psicologico dell'anziano e perciò è auspicabile che venga realizzata preventivamente in contesti di cura anche laddove non si siano manifestati sintomi specifici, così da diminuire l'incidenza della depressione o di altre problematiche psicosociali in abito geriatrico. Inoltre è preferibile la realizzazione in gruppo quando è possibile, in modo da offrire opportunità di socializzazione e agire sull'isolamento e la solitudine che a volte accompagnano la terza età.

Riferimenti bibliografici

- Arean, P. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., Schein, R. L., Christopher, F., & Joseph, T. X. (1993). Comparative Effectiveness of Social Problem-Solving Therapy and Reminiscence Therapy as Treatments for Depression in Older Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(6), 1003–1010.
- Butler R. N.,(1963) The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry 26*, 65–76.
- Bohlmeijer, E., Kramer, Æ. J., Smit, F., Onrust, S., & Marwijk, H. Van. (2009). The Effects of Integrative Reminiscence on Depressive Symptomatology and Mastery of Older Adults. *Community Mental Health Journal, 45*, 476–484.
- Capurso, A., Capurso, C., Solfrizzi, V., Colacicco, A. M., Intronò, A. D., & Panza, F. (2007). Depressione dell'anziano: una sfida diagnostica e terapeutica. *Recenti Progressi in Medicina, 98*(1), 43–52.
- Carlos, J., Meléndez-moral, J. C., Charco-ruiz, L., Mayordomo-rodríguez, T., & Sales-galán, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema, 25*(3), 319–323.
- Chiang, K., Chu, H., Chang, H., Chung, M., Chen, C., Chiou, H., & Chou, K. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 25*, 380–388.
- Chin, A. M. H. (2007). Clinical Effects of Reminiscence Therapy in Older Adults: A Meta-Analysis of Controlled Trials. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy, 17*(1), 10–22.
- Chueh KH, Chang TY. (2014) Effectiveness of group reminiscence therapy for depressive symptoms in male veterans: 6-month follow-up. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 29*(4), 377–83.
- Copes, A., Empolini, M., Garbo, P., Gasparotto, L., Indiano, A., Policastro, P., ... Veronese, G. (2013). Ruoli e attività specialistiche dello psicologo nell'area anziani. *Ordine Degli Psicologi Del Veneto, Gruppo Di Lavoro Area Anziani Tra Pubblico E Terzo Settore*.
- Daniels, L. R., Boehnlein, J., & McCallion, P. (2015). Aging, Depression, and Wisdom: A Pilot Study of

Life-Review Intervention and PTSD Treatment With Two Groups of Vietnam Veterans. *Aging Military Veterans*, 58(4), 420–436.

- De Assunção Gil, I. M., Dos Santos Costa, P. J., Batista Cordoso, D. F., De Oliveira Parola, V. S., Bobrowicz-Campos, M. E., De Lurdes Ferreira De Almeida, M., & Apóstolo, J. L. A. (2018). The effectiveness of reminiscence in cognition, depressive symptoms, and quality of life in elderly people in the community: a systematic review. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 147–158.
- De Beni, R., & Borella, E. (2015). *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità*. Bologna: Il mulino.
- Giusti, E., & Murdaca, F. (2008). *Psicogerontologia. Interventi psicologici integrati in tarda età*. Roma: Sovera.
- Haight BK, Gibson F, Michel Y.(2006). The Northern Ireland life review/life storybook project for people with dementia. *Alzheimer's Dementia* 2, 56–58.
- Hallford, D. J., & Mallor, D. (2016). Brief reminiscence activities improve state well-being and self-concept in young adults: a randomised controlled experiment. *Memory*, 24(10), 1311–1320.
- Hallford, D. J., & Mellor, D. (2013). Cognitive-reminiscence therapy and usual care for depression in young adults: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14(343).
- Harwood, K. J. (2009). The Effects of an Occupational Therapy Reminiscence Group: A Single Case Study. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 7(4), 43–58.
- Haslam C, Haslam SA, Jetten J *et al.* (2010). The social treatment: the benefits of group interventions in residential care settings. *Psychol. Aging* 25(1), 157–167.
- Housden, S. (2009). The use of reminiscence in the prevention and treatment of depression in older people living in care homes: A literature review, 19(2), 28–45.
- Hsu, Y.-C., & Wang, J.-J. (2009). Physical, Affective, and Behavioral Effects of Group Reminiscence on Depressed Institutionalized Elders in Taiwan. *Nursing Research*, 58(294–299).
- Istat. (2018). Il futuro demografico del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065. *Statistiche Report*, 1–30.
- Jones, E. D. (2003). Reminiscence Therapy for Older Women with Depression: Effects of Nursing Intervention Classification in Assisted-Living Long-Term Care. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(7), 26–33.
- Ellen, D. J., Beck-Little, R. (2002) The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adults, *Mental Health Nursing*, 23(3), 279-290
- Karimi, H., Dolatshahee, B., Momeni, K., Khodabakhshi, A., Rezaei, M., & Kamrani, A. A. (2010). Effectiveness of integrative and instrumental reminiscence therapies on depression symptoms reduction in institutionalized older adults: An empirical study. *Aging & Mental Health*, 14(7), 881–887.
- Kwon, M., Cho, B., & Lee, J. (2013). Reminiscence Therapy for Dementia – Meta Analysis. *Advanced Science and Technology Letters*, 40, 10–15.
- Korte, J., Bohlmeijer, E. T., Cappeliez, P., Smit, F., & Westerhof, G. J. (2011). Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1–11.
- Lai C. K. Y., Chi I., Kayser-Jones J. (2004). A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 16(1), 33–49.
- Liu, H., Chao, S., Jin, S., Wu, C., Chu, T.-L., Huang, T.-S., & Clark, M. J. (2006). The Effects of Group Reminiscence Therapy on Depression, Self Esteem, and Life Satisfaction of Elderly Nursing Home Residents. *Journal of Nursing Research*, 14(1), 36–46.

- McKee K, Wilson F, Elford H, HinchliJ S, Bolton G, Cheung Chung M, *et al.* (2003) Reminiscence: is living in the past good for wellbeing?. *Nursing & Residential Care*, 5(10), 489-91
- Morgan S., Woods R.T. (2010) Life review with people with dementia in care homes: a preliminary randomized controlled trial. *Pharmacology & Therapeutics*, 1, 43–59.
- Munirah, S., Elias, S., Neville, C., & Scott, T. (2015). The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: A systematic review. *Geriatric Nursing*, 36(5), 372–380.
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Ageing & Mental Health*, 16(5), 541–558.
- Piumetti, P. (2014). *Vivere è un'arte. Manuale di psicologia dell'invecchiamento*. Roma: Effatà Editrice.
- Politis A.M., Vozzella S., Mayer L.S. *et al.* (2004). A randomized, controlled, clinical trial of activity therapy for apathy in patients with dementia residing in long-term care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(11), 1087–1094.
- Pot, A. M., Bohlmeijer, E. T., Onrust, S., Melenhorst, A., Veerbeek, M., & Vries, W. De. (2010). The impact of life review on depression in older adults: a randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 1–10.
- Preschl, B., Maercker, A., Wagner, B., Forstmeier, S., Ban, R. M., Castilla, D., & Botella, C. (2012). Life-review therapy with computer supplements for depression in the elderly: A randomized controlled trial. *Ageing and Mental Health*, 16(8), 964–974.
- Raisi, S., Lacelli, V., & De Isabella, G. (2012). Depressione nell'anziano. In *Nuove sfide per la salute mentale* (pp. 139–146). Maggioli.
- Selva, S., Pedro, J., Postigo, L., Miguel, J., Segura, R., Bravo, N., Gatz, M. (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psicothema*, 24(2), 224–229.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., Gatz, M., & Montanes, J. (2004). Life Review Therapy Using Autobiographical Retrieval Practice for Older Life Review Therapy Using Autobiographical Retrieval Practice for Older Adults With Depressive Symptomatology. *Psychology And Aging*, 29(2), 272–277.
- Silveira, T., Marina, R., Brás, L., Afonso, M., & Manuel, Ó. (2016). A quasi-experimental study of a reminiscence program focused on autobiographical memory in institutionalized older adults with cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, 2012–2014.
- Shellman, J. M., Mokel, M., & Hewitt, N. (2009). The Effects of Integrative Reminiscence on Depressive African Americans. *Western Journal of Nursing Research*, 20(10), 1–15.
- Song, D., Shen, Q., Xu, T., & Sun, Q. (2014). ScienceDirect Effects of group reminiscence on elderly depression: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(4), 416–422.
- Stinson, C. K., Young, E. A., Kirk, E., & Walker, R. (2010). Use of a structured reminiscence protocol to decrease depression in older women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(8), 665–673.
- Wang, J. (2004). The comparative effectiveness among institutionalized and non-institutionalized elderly people in Taiwan of reminiscence therapy as a psychological measure. *The Journal of Nursing Research*, 12(3), 237–245.
- Watt, L. M., & Cappeliez, P. (2000). Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: intervention strategies and treatment effectiveness. *Ageing and Mental Health*, 4(2), 166–177.
- Wenjuan, Z., Guoping, H., Jing, G., Qun, Y., Hui, F., & Clarence K., Z. (2012). The effects of group reminiscence therapy on depression, self-esteem, and affect balance of Chinese community-dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(3), 440–447.

- Wong, P. T. P., & Watt, L. M. (1991). *What Types of Reminiscence Are Associated With Successful Aging ?*, (2), 272–279.
- Woods, B., & Subramaniam, P. (2012). The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia : systematic review. *Expert Reviews*, 5(12), 545–555.

ARCHIVIO STORICO

Vi presentiamo per l'archivio storico di quest'anno due capitoli del libro *Extreme Stress and Communities. Impact and Intervention*, edito a cura di Stevan E. Hobfoll e Marten W. De Vries (Springer Ed., Kluwer, Dordrecht, Netherlands, 1995), in cui si riportano le ricerche, i contributi e le discussioni del seminario – organizzato dalla NATO - tenutosi a Chateau de Bonas nell'estate 1994 tra ricercatori e studiosi internazionali nel campo dello stress.

RESEARCH METHODS AND DIRECTIONS: ESTABLISHING THE COMMUNITY CONTEXT

Fran H. Norris, Georgia State University, Georgia, USA
John R. Freedy, Medical University of South Carolina, South Carolina, USA
Anita DeLongis, Arizona State University, Tempe, Arizona, USA
Lucio Sibilgia, Universita degli Studi di Roma "La Sapienza", Rome, Italy
Wolfgang Schönplflug, Freie Universitat Berlin, Berlin, Germany

Overview

Whereas the larger focus of this four-day meeting was community stress, our working group was given the responsibility of discussing and developing ideas concerning research methods and directions. The working group initially struggled in deciding the appropriate purpose for this chapter. Initially, we discussed the possibility of writing a technical chapter that discussed the fine points of research methodology as applied to stress occurring within community settings. However, the working group decided that a number of excellent reviews of research methods concerning disaster research or other applied research are available (Baum, Solomon, & Ursano, 1987; Kazdin, 1992; Raphael, Lundin, & Weisaeth, 1989; Solomon, 1989). Another chapter covering the same ground seemed redundant. Alternatively, the working group decided to focus on

The ideas in this chapter were developed in consultation with a small group of colleagues: Evelyn J. Bromet, Ph.D., Anita DeLongis, Ph.D., John R. Freedy, Ph.D., Bonnie L. Green, Ph.D., Vijaya L. Melnick, Ph.D., Fran H. Norris, Ph.D., Prof. Dr. Wolfgang Schönplflug, Prof. Dr. Ralf Schwarzer, Lucio Sibilgia, M.D., Susan D. Solomon, Ph.D., and Zahava Solomon, Ph.D. This *working group* met in June 1994 at the NATO Advanced Research Workshop at Chateau de Bonas in southern France. To give the group a starting point, members of the working group corresponded with the first two authors (co-leaders for this working group) prior to the NATO conference. At the conference, our group met on several occasions to discuss a range of research issues. Although members of our working group did not universally agree on all topics, we did agree on many things. This chapter presents a balanced account of the consensus achieved within the working group. All participants in the working group made meaningful contributions to our discussions.

283

S. E. Hobfoll and M. W. de Vries (eds.), Extreme Stress and Communities: Impact and Intervention, 283–299.
© 1995 Kluwer Academic Publishers.

developing a set of practical recommendations and examples that might be helpful to researchers as they attempt to establish the community context of their work. The idea was to model a thinking process for researchers who wish to conduct research of maximum relevance to community settings. Generally, the members of the working group agreed that quantitative approaches to research alone were insufficient in establishing the community context. The working group advocated the need to incorporate more qualitative forms of research borrowed from such fields as social anthropology (e.g., ethnographic methodologies). That is, they believed established quantitative methods need to be supplemented by innovative and alternative qualitative methods.

To be clear, the working group believed that both quantitative and qualitative forms of research have a useful role in the study of community stress. However, a tendency has developed among social scientists to view more qualitative approaches as unacceptable or inferior to more rigorous quantitative methodologies. A key point of agreement within the working group was to challenge this position as harmful to optimal efforts to understand community level stress. Qualitative strategies hold the promise of guiding us to key points for intervention and represent a crucial preliminary step in developing an understanding of how the community affects individuals, how individuals shape the community, and how disastrous events may impact the community and individuals. Both qualitative and quantitative approaches have a role to play in the development of knowledge concerning community level stress. Inspired by these discussions, we decided to offer researchers a guide for use in thinking through research projects concerned with community stress.

The purposes of this chapter are (a) to highlight some of the major issues in conducting research on community stress and (b) to illustrate different ways that researchers can operationalize *community context* in their studies of community stress. For the sake of convenience, the rest of this chapter is divided into three sections. The first section is titled *Conducting Community Research*. This section defines *community* as a construct, suggests the importance of broad theoretical models, and illustrates how researchers can begin to think in ecological terms on an *a priori* basis. The second section is titled *Examples of Community Research*. This section discusses three different research situations that require unique ways of accounting for the community context. The final section is titled *Concluding Comments*. This section provides a discussion about needed directions for future research on community level stress. We trust that this chapter will provide a useful stimulus towards creative thinking by researchers interested in studying stress within the context of communities.

Conducting Community Research

Establishing Conceptual Definitions

Two major themes emerged in the context of working group discussions. The first theme concerned the importance of developing conceptual definitions. The

second theme concerned importance of defining and illustrating the process by which researchers can conduct research that is relevant to the community context. We will first present our ideas regarding conceptual definitions.

We initially attempted to develop a basic definition of the term *community*. This was surprisingly more difficult than we anticipated. After all, what are the relevant dimensions that go into defining what constitutes a community (e.g., size, geographic location, functional relationships)? Members of the working group thought that this complexity, in part, may be part of the reason that the broader field of social science has struggled to account for community level factors in research concerning stress. Based upon lively discussions, the working group settled on a basic definition that will be used for the purposes of this chapter.

We define community as an aggregated group of people that exists for the function of providing for the physical, social, psychological, and spiritual or philosophical needs of community members. Community members usually participate in several functional subgroups (e.g., families, peer networks, work groups, church groups) as a method of meeting personal and collective needs. Except in special circumstances (e.g., physical or mental incapacitation) it is generally expected that individuals have an obligation both to contribute energy, resources, and assistance to others and likewise to receive from other individuals and subgroups with whom a functional relationship exists (e.g., even children are expected to assist with age-appropriate chores within a family). Though subject to change, communities are characterized by relatively stable boundaries with regard to location, physical proximity, function, and continuity over time.

Consistent with an effort to define the term community, the working group discussed the importance of using comprehensive theoretical models as a basis for conducting community-based stress research. In the existing literature, there is a great degree of variability in the degree to which studies operationally define various aspects of stress theory. This is understandable, as many community wide events are of a catastrophic nature (e.g., natural disasters) and thus are difficult to study. It is common for researchers to select a limited number of measures and to contact convenient samples (i.e., small non-representative samples) in an effort to collect data. Indeed, such an approach is reasonable if the alternative is to gather no data whatsoever (Bromet, this volume). Our argument is simply that research, even under these difficult circumstances should be guided by comprehensive theoretical models. The field needs to go beyond *post hoc* interpretations of data and move towards the *a priori* statement and testing of theoretical models (Freedy, Kilpatrick, & Resnick, 1993; Freedy et al., 1994). A basis of a common language in studying community-level stress can only be facilitated if we think about stress in common terms.

Prior theoretical understandings of community stress have been too limited in scope. Time is a dimension that is often oversimplified (Green, this volume; McFarlane, this volume). Longitudinal studies are relatively rare, in large part due to practical restraints (e.g., environmental chaos, funding restraints, available baseline data). Also, many studies fail to assess prior or subsequent factors to a community

stressor that may be important determinants of adjustment within the community (e.g., mental health history, trauma history, social support, chronic life stressors). Another concern with current conceptual models lies in the narrow conceptualization of outcome. Extant models tend to emphasize pathological outcomes heavily (e.g., physical illness, mental illness), while ignoring more positive adjustment possibilities (Lyons, 1991; Meichenbaum, this volume).

Beyond issues of accounting for developmental influences and considering a full range of outcomes, current theoretical models seldom conceptualize community level variables. Hobfoll, Briggs, and Wells (this volume) offer an advance in this regard by extending Conservation of Resources (COR) theory from the individual to the community level in order to provide a theoretical framework for research on community stress. The framework enumerates community resources using the same topology developed for individuals. Resource categories include *objects* (roads, shelter), *conditions* (employment opportunity, service availability), *characteristics* (communal pride, competence), and *energies* (finances, reserves). On a basic level, COR theory (Hobfoll, 1988; 1989) proposes that stress occurs in the wake of resource loss, and that such loss also makes the system (individual, group, or community) more vulnerable to further loss. For example, following a catastrophic natural disaster the loss of basic goods and services (e.g., shelter, food, water, clothing, health care, police and fire protection) renders a community more vulnerable to subsequent problems (e.g., spread of disease, substance abuse, familial discord). By highlighting baseline resources, COR theory focuses attention both on what causes subsequent problems and on what can be done to reduce subsequent problems within the community (i.e., the replenishment of depleted resources).

The breadth of COR theory makes it a potentially useful template for studying community level stressors. This fact is illustrated by two studies that have applied COR stress theory in studying adult adjustment following natural disasters. Following Hurricane Hugo (September 1989; Charleston, South Carolina, USA) it was found that high levels of hurricane related resource loss were associated with clinical levels of psychological distress. Among three blocks of predictor variables (demographics, resource loss, and coping behavior), resource loss accounted for the lion's share (34.1%) of variance in predicting psychological distress (Freedy, Shaw, Jarrell, & Masters, 1992). Following the Sierra Madre earthquake (June 1991; Los Angeles, California, USA) high earthquake related resource loss was related to elevated psychological distress. Resource loss accounted for 11.2% of psychological distress variance *even after* the variance due to the following variables was partialled out: demographics, prior trauma exposure, exposure to non-traumatic life events in the past year, and perceived life threat during the earthquake (Freedy et al., 1994). Promising findings from these two studies suggest that COR theory should be extended to studies of other community level stressors.

Establishing An Ecological Context

We now turn attention to the second major theme that emerged during the deliberations of our working group. Specifically, many working group members endorsed the importance of illustrating the process by which researchers can develop studies that account for the community context. Several group members strongly endorsed the modeling of this process as the most important contribution we could make to this book and to the broader field of social science research.

A theoretical framework is only the starting point for conducting ecologically meaningful community research. The spirit of ecological inquiry is one of improvisation and flexibility (Trickett, Kelly, & Vincent, 1985) because it relies on a changing understanding and an ongoing interplay between the researcher and community members. Beyond knowledge of theory, researchers need to understand the concrete issues and dynamics involved in particular ecological contexts.

This volume provides several meaningful examples of how researchers can integrate theoretical and other scientific aspects of research within the context of particular ecological boundaries. For example, Bromet (this volume) discusses the decision making processes involved in developing a study of children impacted by the Chernobyl nuclear catastrophe. She carefully describes the trade offs between purist scientific rigor and attempting to conduct research that is timely, meaningful, and relevant to the members of the impacted community. Weisaeth (this volume) describes an effort to study factors predicting adjustment among Norwegian nationals called to serve as United Nations (UN) soldiers. Beyond theoretical understanding, this study attempts to find factors (e.g., prior maladjustment, improper training, inadequate time between mobilization and deployment) that may contribute to negative outcomes during or following UN military service.

An ecological perspective has implications for how research is conducted as well as for what information is collected. These implications are perhaps better characterized as values than as methods, but they influence the research process nonetheless. A central tenet of ecological inquiry is that the relationship between the data gatherer and the data provider affects both the reliability and the ecological validity (range, trustworthiness, use) of the data (Trickett et al., 1985). Often it is important for the target community to be involved in the conduct of the research that is done on its behalf. What is most critical for research to be successful in bringing about change in communities is the community's perception that the researchers have a real interest in the community and are there for the long haul. Any initiative to improve matters must fully involve the community residents from planning the research to collecting the data to implementing interventions based on that research. Involving the community first to identify the major problems and designing data collection with the cooperation and active participation of community activists will increase both the success and quality of data collection. The perceptions of the local community may lead the field to broaden its perspective regarding what outcomes are important. When thinking at the community level, we need to consider outcomes

other than psychopathology of selected individuals. It is even possible to argue that community members would not identify mental health as their sole or primary concern to researchers.

According to Trickett et al. (1985), the task of the researcher is to become a knowledgeable and credible collaborator. He or she must take the time and effort to relate to the local culture. The research needs to find out how the setting has traditionally coped with and adapted to outsiders, how the very notion of scientific inquiry is defined by the local culture, and how the entry process is managed. The research must also learn how to manage the tension between the research project and the host environment. Thus the first step in conducting research on community stress is the systematic exploration of the setting and situation. Theories are the starting point but the community is the ending point. Theoretical models must be adapted to events that take place in the context of a *specific community setting*. The idea is to let the research agenda emanate from the needs of the community as perceived by members of the community.

It is at the formative stage of the research that quantitatively oriented researchers may feel most at a loss, for traditional survey research methods do not achieve these goals very well. Focus groups, participant observation, and key informant interviews may be useful additions to our more traditional research tools. Hughes and DuMont (1993) recently presented a very useful discussion of both how to conduct and analyze data from focus group research to which readers interested in more detailed information are referred.

It should also be recognized that the need to establish the community context is not specific to formative research. Distinctions are often made among different types of research: formative versus hypothesis testing; descriptive versus explanatory versus intervention. Ideally, a range of research approaches are incorporated into research programs on community stress. In keeping with this *zeitgeist*, schemes for conducting multi-method research are beginning to appear in both the public health and community psychology literature. These frameworks appear to share the goal of pushing the researcher to alternate between inductive and deductive thinking.

One excellent model of ecologically sensitive research is presented by deVries in this volume (see also deVries, 1987). He advocates for a "cascade approach," which is a step-wise method for gathering information at the multiple levels that exist between the population and the person. The approach begins with the identification of risks and problems, using epidemiological survey methods, then moves to a problem clarification stage in which focus groups constitute the primary method. Then, a small number of individuals are studied as intensively and naturalistically as possible. Laboratory testing of hypotheses and clinical trials complete the five-stage cascade approach.

As is described by deJong in this volume, a similar strategy is advocated by the World Health Organization (WHO). The WHO model for prevention research functions as a blueprint that has to be tailored to local circumstances and culture. The recommended procedures incorporate: (a) interviews with governmental officials about

the scope of the problem; (b) focus groups with key informants, who are asked to give their opinions about the consequences of the disaster or stressor and the protective factors available in the local community or culture; (c) participant observation with important groups such as healers to obtain insight into rituals and culture; and, (d) interventions that are designed, implemented, and monitored at the community level.

Though not specifically related to community stress, Maton (1993) has presented one of the most useful examples of how ethnographic and empirical methodologies may be linked in conducting culturally anchored research. Maton became involved with a religious community for a number of months as a participant observer before selecting the specific questions to be asked in the empirical phase of the research. He believed his initial experiences as a member of the community helped to ensure both the cultural and theoretical relevance of the topics subsequently chosen for study.

Overall, our working group endorsed the importance of integrating comprehensive theory with the surrounding community context. Some members of our group spoke most strongly in favor of an emphasis upon stating definitions and theory on an *a priori* basis. Other group members believed that developing the ecological context was the most important priority for researchers. On balance, there was consensus that comprehensive theory in the absence of community knowledge (or *visa versa*) was inadequate. Therefore, we recommend that researchers give attention to both of these important areas in developing programs of research.

Examples of Community Research

It is, of course, crucial that we operationalize the ideas from our working group. This is a challenge that presses traditional scientific thinking to its borders. How do we operationalize environmental context and culture? How do we link community level phenomena to individual outcome variables? The extent to which these links can be established empirically depends upon the nature of the study. For illustrative purposes, we will discuss three broad research situations that require different ways of operationalizing the community context: studies of a single community, studies of subcommunities within a larger community, and studies of multiple communities.

Single Community Studies

The first and most common research plan involves studying a particular population within a particular setting at a particular point in time (or across several time points). Most disaster studies can be characterized in this manner as most disasters (e.g., floods, hurricanes, tornadoes, earthquakes, wild fires) occur within defined geographic boundaries. The fundamental problem in this situation is that post-disaster community level variables are constant (for that community) and thus cannot

be empirically analyzed. An analogy can be made to research on homelessness; empirical studies that were conducted within particular communities were destined to discover individual determinants of homelessness (e.g., education, mental illness) because structural determinants (e.g., housing availability) did not vary within a particular community.

The consideration of context in the study of community stress may involve data collection at the extra-individual level, the individual level, or both. At the extra-individual level, the intent is to describe the event and the setting in which observed effects occurred. Deciding what constitutes "context" is aided by taking an ecological perspective. Simply stated, ecology means that behavior both shapes and reflects the environment in which it occurs. The ecological perspective requires the researcher to attend to four key principles: adaptation, cycling of resources, interdependence, and succession (Kelly, 1966). These principles have been described in more detail elsewhere (Trickett, this volume), so will only be briefly summarized here.

Adaptation refers to the structures, norms, attitudes, and policies that, taken together, constitute the demand characteristics of the setting. Of the four principles, adaptation may come closest to representing what we mean by "context;" it is the backdrop against which individual behavior occurs. The *cycling-of-resources* principle reminds us that communities develop, distribute, and use resources. This principle gives rise to the research question of what resources are present in and necessary for the community under study. Hobfoll's COR theory expands upon this point nicely (Hobfoll et al., this volume). *Interdependence* points to the interactive nature of component parts of an ecological system; we will return to this principle when we turn to the second broad research situation (subcommunities). Finally, the *succession* principle references the time dimension. Communities have histories and traditions both about how they face stressful circumstances and about how they deal with outsiders. The researcher who has given attention to each of the principles in describing a setting will have gone a long way toward understanding the community context in which the research takes place. Ideally, as previously discussed, one should conduct this descriptive research first so that the findings can shape subsequent hypotheses to be tested. That is, does the context have implications for what psychological outcomes may be observed or not observed in the specific setting?

Because community *stress* research involves events and change as well as settings, the context is all the more important and complex. As Green (this volume) notes, disasters in some areas may be more devastating than the same type of event in a different region. The world sees strong evidence of this when earthquakes cause thousands of deaths in less developed nations (e.g., Armenia, Colombia, India, Mexico), though an earthquake of the same magnitude would cause minimal loss of life in the United States. Features of a setting more idiosyncratic than its economic status may be just as important.

Similarly, the nature of the event or stressor is an important part of environmental context. Disaster researchers have long noted the importance of describing any studied event in terms of its trauma potential. The following types of

catastrophic stressors have been emphasized: threat to life, physical injury, receipt of intentional harm, exposure to grotesque sights, deaths, and information regarding exposure to toxic substances (Green, 1990). In addition, global distinctions have been made between disasters of natural origins, such as hurricanes and earthquakes, and those of technical origins, such as nuclear accidents, toxic spills, and airplane crashes (Baum, 1987; Green, 1982). Other features believed to be important are the centrality of the affected population, the proportion of the community that is affected, the threat of recurrence and predictability, and the adequacy of the recovery environment (see Bolin, 1985; Lindy & Grace, 1985; Quarantelli, 1985).

These considerations lead to the minimum requirement that when studying a single setting it is necessary to provide a descriptive account of the context in which observed effects occur. Green, in this volume, provides an excellent example of providing such a rich context because she and her colleagues have consistently reminded us that findings from studies of the Buffalo Creek Dam collapse are not interpretable without considering the disaster's Appalachian location, the relationship of the stricken community with the mining company that caused the disaster, and the litigation efforts that further split the community apart.

Subcommunity Studies

The second broad research situation occurs when a study takes place within a specific setting, but that setting encompasses distinct subcommunities. From an ecological perspective, this is important because of the principle of interdependence. As noted earlier, interdependence points to the interactive nature of component parts of an ecological system; the principle implies that community-level events will *differentially* affect various subcommunities. Social psychological theories will often generate specific hypotheses about which subcommunities will be more or less affected by community-level events. COR theory predicts that subcommunities will vie for protection of their own resources and act to limit their losses. Because different subcommunities have different resources available to invest in this process, they do not stand to lose or gain the same resources to the same extent. Kaniasty and Norris (1994), for example, documented differential receipt of help across subcommunities defined by race, age, and education following Hurricane Hugo. Hobfoll and colleagues (this volume) likewise remind us that disasters and other major community stressors are inherently political events. As such, political processes and the competition for resources can be expected to emerge. Leaders will act to limit resource loss of their constituencies at the expense, if necessary, of other subgroups in the community. As Hobfoll et al. also note, we need more research on how leaders act under conditions of community stress and on how to improve the decision making process.

A question of particular interest for community stress research is how change in one place ripples through the community. For example, how does stress proliferate in a community? How do the effects of disaster spread from primary victims (those

with personal losses) to secondary victims (others who live in the affected area)? Perhaps the best example of the interdependence principle is Jackson and Inglehart's reverberation model, which also is described in this volume. According to this model, minority (subordinate) group members are more adversely affected by community stress than majority (dominant) group members because stress leads to increased racism that "reverberates" through the community.

Though seldom driven as clearly by theory, the most prevalent approach to subcommunity research is to differentiate between cultural or ethnic groups within a larger geographic community. These distinctions are often important, but bring with them a host of thorny research issues. Birman (in press) discussed the difficulties in defining the boundaries and distinctions between the constructs of culture, race, and ethnicity and noted that cultural identity and manifest behavior may not be one and the same. Demographic variables (e.g., race) at best serve as markers that stand in for other variables and imply a degree of within-group homogeneity that may not be justified (Hughes, Seidman, & Williams, 1993; Jackson, 1993; Sasao & Sue, 1993). After discussing the utility of within-group versus between-group (comparative) designs for understanding various cultural phenomena, Hughes et al. (1993) argued that the important question is whether two or more groups differ from one another in the *pattern of relationships* among variables rather than in the level of those variables.

The research difficulties grow even larger when the subcommunities under study speak different languages. In cross-cultural research, it is imperative to establish both the conceptual equivalence and the linguistic equivalence of the instruments to be used. Even when linguistic equivalence is established via methods such as back-translation, conceptual equivalence is still not assured. Hines (1993) recently described several techniques from cognitive science that may be useful in this regard.

Studies of Multiple Communities

A third broad research situation occurs when a study takes place across multiple communities. Here, community-level factors vary and can be measured and analyzed empirically. Sources of community level data are many -- official records, social indicators (e.g., census data, infant mortality), key informants, focus groups, and newspapers.

An example of a study that encompassed multiple communities was conducted by Norris and her colleagues (see Norris, Phifer, & Kaniasty, 1994 for a review) following the Kentucky Floods of 1981 and 1984. This study explored the effects of community destruction by incorporating the "impact ratio" of respondents' counties of residence into the data set. This measure was the number of homes that were damaged or destroyed relative to the population size of that county and was collected from administrative records kept by the Kentucky Division of Disaster and Emergency Services. Across the 10 flooded counties and 5 adjacent non-flooded counties included in the study, values ranged from 0 (for non-victims residing in non-flooded counties) to 15.6 homes damaged per 1000 population. Tested was the extent to which

this community-level measure of disaster impact explained variance in psychosocial functioning *over and above* that accounted for by individual-level measures of disaster impact (e.g., personal loss). There were numerous interesting distinctions between the effects of measures of personal loss and the effects of this measure of community destruction. Personal loss was associated most strongly with *increases* in *negative* affect, i.e., sadness, anxiety, worry. Community destruction, in contrast, was associated most strongly with *decreases* in *positive* affect, reflecting a community wide tendency for people to feel less positive about their surroundings, less enthusiasm, less energy, and less enjoyment of life. These effects could still be observed two years after the flood. Similarly, high levels of community destruction were related to decreases in social participation and lowered expectations concerning the helpfulness of non-kin networks. These declines were also observable two years post-flood. Destruction of the physical environment may have altered usual patterns of social interactions -- disrupting daily activities such as visiting, shopping, recreation, and church-going. While no one would characterize such effects as psychopathology, there was ample evidence from this study that the floods impaired the community's quality of life for quite some time.

A second study that incorporated multiple communities was conducted by Freedy and his colleagues (Freedy et al., 1994). This study compared disaster responses of two adult samples. One sample was exposed to Hurricane Hugo (September 1989; Charleston, South Carolina, USA), whereas the other sample was exposed to the Loma Prieta earthquake (October 1989; San Francisco, California, USA). The study was guided by a multivariate risk factor model that encompassed a range of *pre-disaster* (e.g., previous traumatic events, mental health history), *within-disaster* (e.g., threat to life, injury), and *post-disaster* (e.g., initial distress level, disruption of basic goods and services) factors. Both samples completed 40 minute interviews approximately two years post-event. Relative to one another, the South Carolina sample had experienced greater life threat, greater damage to property, greater deprivation of services (water, electricity, transportation), and greater loss of resources. The California sample, on the other hand, had experienced greater fear over separation from family and greater acute anxiety because of the surprise element entailed in an earthquake. Despite these differences in the nature of the stressor, there were no setting-level differences in psychological symptoms two years post-event. However, there were strong individual-level differences in symptoms, which were explained by such factors as prior traumatic exposure, prior mental health problems, disaster related resource loss, and past-year life events. The applicability of the proposed risk factor model to diverse events in separate communities is a particular strength of this approach. Overall, the findings confirm the complexity of mental health adjustment patterns and remind us that an increased focus on community-level forces does not imply that individuals will not exhibit varying needs within those stricken communities.

Concluding Comments

We will close this chapter with a few comments regarding future research directions. At least with regard to natural disasters, we now have sufficient studies to indicate that disasters are a mental health risk. We also have excellent studies of risk factors for negative outcomes among community populations. We are beginning to have a data base on the longitudinal course of responses to disaster, although this is a newer area and additional sophisticated research on the nature of these reactions, including testing for non-linear relationships, would add to our theoretical understanding of what drives initial emotional reactions and adaptation over time. This is especially true if we can gain early access to exposed populations and follow them over time. More studies are also needed about children, who are not sufficiently represented in research on representative samples in the community.

As in other areas of mental health research, the study of interventions lags behind more descriptive work. There are good reasons for this. Intervention research is extremely difficult even in an ongoing stable setting, let alone in the chaotic atmosphere surrounding disasters. Despite the sparsity of research efforts, a great deal of intervention work is occurring (Green, this volume; McFarlane, in press). Debriefing efforts, for example are very common following catastrophic events and yet we have little information concerning the efficacy of debriefing procedures. Though it is clear that intervention efforts will be necessary following catastrophic events, more research is needed to quantify the potential efficacy of various approaches.

This volume describes several relevant intervention approaches. Orner (this volume) discusses the practice of Critical Incident Stress Debriefing (CISD). He points out the lack of efficacy data and goes on to challenge the field to consider more carefully the proper goals of CISD efforts (in his view the goal should be to provide a healing ritual that promotes group cohesion and functioning). Pynoos, Goenjian, and Steinberg (this volume) describe a comprehensive school-based intervention model for children and their families. A variety of intervention sites are identified (e.g., the school, family, the community) and a range of examples are offered. Joop de Jong (this volume) describes a prevention-intervention model that spans from the level of international communities, through local communities, and down to the level of individual community members.

Another issue related to the significance of the findings we report. Although it is interesting that stress-exposed groups usually differ significantly from non-exposed groups on symptom measures, and on some diagnoses, and that there are certain factors that predict this minority of individuals who are distressed, it is difficult to ascertain from most studies the clinical or social significance of these differences. We need to be able to ground our findings in estimates of the magnitude of the problems relative to other things going on. For example, if having access to a range of basic goods and services (e.g., shelter, food, water, clothing, health care) is the strongest factor impacting emotional recovery from disaster, then perhaps we should spend

substantial amounts of money to provide basic goods and services with the aim of minimizing emotional stress.

In closing it should be noted that community oriented research does not occur in a political vacuum. Different subgroups within a community may have a vested interest in particular findings (e.g., HIV research, research on sexual harassment). Under such conditions, how does the researcher protect the integrity of the research? To what extent can or should a researcher allow their personal beliefs whether consistent or inconsistent with some agenda within the community guide what research questions are addressed? Despite such tensions that impact community oriented research, it is believed that its benefits will outweigh its costs. Ability to achieve true partnership between researchers and members of the community will be key to studying, understanding, and influencing areas of community life that impact the welfare of thousands of community members. Long term social change, for the better or worse, will occur with or without the input of community oriented researchers. We believe that any changes in social policy will assist the greatest number of people for the greatest amount of good when community oriented researchers add their voices and skills to the debate that typically proceeds long term social change.

In closing, consistent with the sentiments of the working group, this chapter advocates for the adoption of more innovative and community-oriented strategies than have typically been used in studies of community level stress. Just repeating the same studies, with a slight improvement in methodology on yet another sample, does not seem like an appropriate way to spend our scarce resources. We need to push research into new areas that will really add to our understanding of human reactions and adaptation to stress and traumatic stress. The study of community stress has both the potential to make a contribution to mainstream behavioral science if it is well-done and can aid our timely reactions to victimized communities and enhance their recovery, well-being, and quality of life.

References

- Baum, A., Solomon, S., & Ursano, R. (1987, September). Emergency/disaster research issues: A guide to the preparation and evaluation of grant applications dealing with traumatic stress. Proceedings of the Workshop of Research Issues: Emergency, Disaster, and Post-traumatic Stress, Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, MD.
- Baum, A. (1987). Toxins, technology, and natural disasters. In G.R. VandenBos & B.K. Bryant (Eds.), Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action (pp. 9-53). Washington, DC: American Psychological Association.
- Birman, D. (in press). Acculturation and human diversity in a multicultural society. In E. Trickett, R. Watts, & D. Birman (Eds.), Human diversity: Perspectives on people in context. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Bolin, R. (1985). Disaster characteristics and psychosocial impacts. In B. Sowder (Ed.) Disasters and mental health: Selected contemporary perspectives (pp. 3-28). Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Bromet, E. J. (this volume). Methodological issues in designing research on community-wide disasters with special reference to Chernobyl. In S. E. Hobfoll and M. W. deVries (Eds.), Extreme stress and communities: Impact and intervention. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- de Jong, J. T. V. M. (this volume). Prevention of the consequences of man-made or natural disaster at the (inter)national, the community, the family, and the individual level. In S. E. Hobfoll and M. W. deVries (Eds.), Extreme stress and communities: Impact and intervention. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- deVries, M. W. (1987). Investigating mental disorders in their natural settings. The Journal of Nervous and Mental Disease, 175, 509-513.
- deVries, M. W. (this volume). Culture, community, and catastrophe: Issues in understanding communities under difficult conditions. In S. E. Hobfoll and M. W. deVries (Eds.), Extreme stress and communities: Impact and intervention. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Freedy, J.R., Addy, C.L., Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., & Garrison, C.Z. (1994). Examination of a multivariate risk factor model for predicting post-traumatic stress disorder following two major natural disasters. Manuscript submitted for publication.
- Freedy, J.R., Kilpatrick, D.G., & Resnick, H.S. (1993). Natural disasters and mental health: Theory, assessment, and intervention. Journal of Social Behavior and Personality, 8(3), 49-103.
- Freedy, J.R., Saladin, M., Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., & Saunders, B.E. (1994). Understanding acute psychological distress following natural disaster. Journal of Traumatic Stress, 7(2), 257-273.

- Freedy, J.R., Shaw, D., Jarrell, M.P., & Masters, C. (1992). Towards an understanding of the psychological impact of natural disaster: An application of the conservation of resources stress model. Journal of Traumatic Stress, 5(3), 441-454.
- Green, B.L. (1982). Assessing levels of psychological impairment following disaster: Consideration of actual and methodological dimensions. Journal of Nervous and Mental Disease, 170, 544-552.
- Green, B.L. (1990). Defining trauma: Terminology and generic stressor dimensions. Journal of Applied Social Psychology, 20, 1632-1642.
- Green, B.L. (this volume). Long-term consequences of disasters. In S. E. Hobfoll and M. W. deVries (Eds.), Extreme stress and communities: Impact and intervention. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Hines, A. (1993). Linking qualitative and quantitative methods in cross-cultural survey research: Techniques from cognitive science. American Journal of Community Psychology, 21, 729-746.
- Hobfoll, S. E., Briggs, S., & Wells, J. (this volume). Community stress and resources: Actions and reactions. In S. E. Hobfoll and M. W. deVries (Eds.), Extreme stress and communities: Impact and intervention. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Hobfoll, S.E. (1988). The ecology of stress. New York: Hemisphere Publishing.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. American Psychologist, 44(3), 513-524.
- Hughes, D., Seidman, E., & Williams, N. Cultural phenomena and the research enterprise: Toward a culturally anchored methodology. American Journal of Community Psychology, 21, 687-704.
- Hughes, D., & Du Mont, K. (1992). Using focus groups to facilitate culturally anchored research. American Journal of Community Psychology, 21, 775-806.
- Jackson, J. (1993). African American Experiences through the adult years. In R. Kastenbaum (Ed.) Encyclopedia of Adult Development (pp. 18-26). Phoenix, AZ: Oryx Press.
- Jackson, J. S., & Inglehart, M. R. (this volume). Effects of racism on dominant and subordinant groups: A reverberation model of community stress. In S. E. Hobfoll and M. W. deVries (Eds.), Extreme stress and communities: Impact and intervention. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Kaniasty, K., & Norris, F. (1994). In search of altruistic community: Received and provided social support following Hurricane Hugo. Manuscript submitted for publication.
- Kazdin, A.E. (1992). Methodological issues and strategies in clinical research (Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kelly, J. (1966). Ecological constraints on mental health services. American Psychologist, 21, 535-539.

- Lindy, J., & Grace, M. (1985). The recovery environment: Continuing stressor versus a healing psychosocial space. In B. Sowder (Ed.) Disasters and mental health: Selected contemporary perspectives (pp. 137-149). Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Lyons, J.A. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. Journal of Traumatic Stress, 4(1), 93-111.
- Maton, K. (1993). A bridge between cultures: Linked ethnographic empirical methodology for culture anchored research. American Journal of Community Psychology, 21, 747-775.
- McFarlane, A.C. (in press). Helping the victims of disaster. In J.R. Freedy & S.E. Hobfoll (Eds.), Traumatic stress: From theory to practice. New York: Plenum.
- McFarlane, A.C. (this volume). Stress and disaster. In S. E. Hobfoll and M. W. deVries (Eds.), Extreme stress and communities: Impact and intervention. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Meichenbaum, D. (this volume). Disasters, stress, and cognition. In S. E. Hobfoll and M. W. deVries (Eds.), Extreme stress and communities: Impact and intervention. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Norris, F., Phifer, J., & Kaniasty, K. (1994). Individual and community reactions to the Kentucky floods: Findings from a longitudinal study of older adults. In R. Ursano, B. McCaughey, and C. Fullerton (Eds.) Individual and community responses to trauma and disaster (pp. 378-402). Cambridge: Cambridge University Press.
- Orner, R. J. (this volume). Intervention strategies for emergency response groups: A new conceptual framework. In S. E. Hobfoll and M. W. deVries (Eds.), Extreme stress and communities: Impact and intervention. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Pynoos, R. S., Goenjian, A., & Steinberg, A. M. (this volume). Strategies of disaster intervention for children and adolescents. In S. E. Hobfoll and M. W. deVries (Eds.), Extreme stress and communities: Impact and intervention. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Quarantelli, E. (1985). What is disaster? The need for clarification in definition and conceptualization in research. In B. Sowder (Ed.) Disasters and mental health: Selected contemporary perspectives (pp. 41-73). Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Raphael, B., Lundin, T., & Weisaeth, L. (1989). A research method for the study of psychological and psychiatric aspects of disaster. Acta Psychiatrica Scandinavia, 80(353), 1-75.
- Sasao, T., and Sue, S. (1993). Toward a culturally anchored ecological framework of research in ethnic-cultural communities. American Journal of Community Psychology, 21, 705-728.
- Solomon, S.D. (1989). Research issues in assessing disaster's effects. In R. Gist & B. Lubin (Eds.), Psychosocial aspects of disaster (pp. 308-340). New York: John Wiley & Sons.

- Trickett, E. J. (this volume). The community context of disaster and traumatic stress: An ecological perspective from community psychology. In S. E. Hobfoll and M. W. deVries (Eds.), Extreme stress and communities: Impact and intervention. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Trickett, E., Kelly, J., & Vincent, T. (1985). The spirit of ecological inquiry in community research. In E. Susskind & D. Klein (Eds.), Community Research: Methods, paradigms, and applications, (pp. 5-38). New York: Praeger.
- Weisæth, L. (this volume). Preventive psychosocial intervention after disaster. In S. E. Hobfoll and M. W. deVries (Eds.), Extreme stress and communities: Impact and intervention. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.

PREVENTION AND TREATMENT OF COMMUNITY STRESS:
HOW TO BE A MENTAL HEALTH EXPERT AT THE TIME OF DISASTER

Charles Figley, Florida State University, USA

Robert Giel, Academisch Ziekenhuis Groningen, The Netherlands

Stefania Borgo, Centro di Ricerca in Psicoterapia e Scienze del Comportamento, Italy

Sylvester Briggs, Ohio Dept. of Rehabilitation and Correction, USA

Mika Haritos-Fatouros, Aristotelian University, Greece

In an extraordinary document, Cater, Revel, Sapir, and Walker (1993) provided a four section report of community disasters. These sections include (1) why a report was needed, (2) a world picture of disasters, (3) the dynamics of disasters, and (4) disaster database. Among the more interesting revelations is found in this last section. Following is a topology of disaster types, in outline form:

- | | | | |
|-------|---|-------|---|
| 1. | <u>Sudden, Natural</u> | 1.12 | Tsunami and Tidal Wave |
| 1.1 | Avalanche | 1.13 | Volcanic Eruption and
Glowing Avalanches |
| 1.2 | Cold Wave | 2. | <u>Long-term Natural</u> |
| 1.3 | Earthquake | 2.1 | Epidemics |
| 1.4 | Aftershock | 2.2 | Drought |
| 1.5 | Floods | 2.3 | Desertification |
| 1.5.1 | Flash Flood | 2.4 | Famine |
| 1.5.2 | Dam Collapse | 2.5 | Food Shortage or Crop
Failure |
| 1.6 | Heat wave | 3. | <u>Sudden Man-Made</u> |
| 1.7 | High wind cyclone | 3.1 | Structural Accident |
| 1.7.1 | Storm | 3.1.1 | Structural Collapse |
| 1.7.2 | Hail | 3.1.2 | Building Collapse |
| 1.7.3 | Sand Storm | 3.1.3 | Mine Collapse or a Mine
Cave-in |
| 1.7.4 | Storm surges | 3.2 | Transport Accidents |
| 1.7.5 | Thunderstorm | 3.2.1 | Air Disasters |
| 1.7.6 | Tropical Storm | 3.2.2 | Land Disasters |
| 1.7.7 | Tornado | 3.2.3 | Sea Disasters |
| 1.8 | Insect Infestation or
Animal Infestation | 3.3 | Industrial/Technological
Accidents |
| 1.9 | Landslide | | |
| 1.10 | Earth Flow | | |
| 1.11 | Power Shortage | | |

489

S. E. Hobfoll and M. W. de Vries (eds.), Extreme Stress and Communities: Impact and Intervention, 489-497.
© 1995 Kluwer Academic Publishers.

- | | | | |
|-------|---|-------|--|
| 3.4 | Explosions | 3.6 | Fires |
| 3.4.1 | Chemical Explosions | 3.6.1 | Forest/grassland Fire |
| 3.4.2 | Nuclear Explosions or
Thermonuclear Explosions | 3.6.2 | Urban |
| 3.4.3 | Mine Explosions | 4. | <u>Long-term Man-made</u> |
| 3.5 | Pollution | 4.1 | National (civil strife, civil
war) |
| 3.5.1 | Acid Rain | 4.2 | International |
| 3.5.2 | Chemical Pollution | 4.3 | Displaced Population |
| 3.5.3 | Atmosphere Pollution | 4.3.1 | Displaced Persons |
| 3.5.4 | Chlorofluoro-carbons
(CFC) | 4.3.2 | Refugees(Cater, Revel,
Sapir, and Walker (1993),
pp. 94-97). |
| 3.5.5 | Oil Pollution | | |

In addition, the section provided a topology of the disaster effects. They noted, in addition to the population that was either dead or injured, those who were the primary affected population, the exposed population, the population at risk, the target population, the secondary affected population, and the homeless as a result of the disaster.

Scope of This Chapter

It is well beyond the scope of this chapter and, indeed, the volume in which it resides, to discuss the prevention and treatment tenets of each of these disaster contexts and the population affected. However, it is critical for disaster workers experienced in working with disasters in any part of the world to recognize that their experiences may not be applicable to any other types of disasters and in any other parts of the world (Lystad, 1988).

In this chapter we attempt to consolidate the views of a working group comprised of twelve internationally recognized experts¹ in the general area of community stress. An important theme throughout our discussions was the importance of the role of mental health experts at the scene of a community disaster.

Nowadays, a common feature of any disaster is the tidal wave of experts on the scene, trying to do good but often adding to the confusion. This is in itself a stressful experience. This chapter is aiming at helping the mental health expert in overcoming this embarrassment by developing a plan of action as quickly as possible.

The tenet of this disaster inventory is that the relationship between the disaster experience and the traumatic responses of the individual is not a direct one. It is mediated by the perception of the disaster as a risk and a threat to the community at the individual level. It is also mediated by culture which determines the coping styles in case of loss and the social networks and resources. These are all contextual features defining the impact of the disaster.

Information Gathering: What We Need to Know First

Demographic Profile of the Stricken Population

Identifying the stricken population is a vital first step. If possible, attempt to identify those that fall into one of the categories noted above: primary affected population, the exposed population, the population at risk, the target population, the secondary affected population, and the homeless as a result of the disaster. Note the subgroups in each category: Children, elderly, internal or external migrants and refugees, institutionalized or otherwise dependent people, materially deprived subgroups requiring more than average protection and rehabilitation. Who is most effected by the disaster? Which groups who had been "marginalized" in the community prior to the disaster are most vulnerable to the negative impact of the disaster? (e.g. poor, unemployed, minorities, psychiatric population, young, untrained emergency workers such as adolescents, etc.) A close, inter-related community may be knocked out by an earthquake, for example. Another way to state this question is "What have I done to conduct a community diagnosis?" Always keep in mind long-term follow up.

Nature of the Disaster

Consistent with the World Disasters Report, it is important to be able to classify the disaster, especially with regard to it being either man-made or natural, because of the issues of culpability and compensation in the rehabilitation phase. The type and rapidity of impact (radiation, chemical, flood, fire, earthquake, etc.) is important to note because the lack of time to prepare has important indirect and long-term consequences for, among other things: (1) The magnitude of loss (deaths, number of injured, material losses); (2) the known or unknown hazard, in the latter case with more lasting anxiety; (3) recurring risk, and degree of warning and preparedness at the community and individual level; (4) the scope of impact is the central, intermediate or peripheral to community functioning; (5) the degree to which escape was or was not possible during or immediately following the disaster. The above items apply to the community as a whole, in addition to this, the expert should have an idea of the full range of personal exposures and experiences to be expected under the conditions of the disaster.

Channels of Communication

The expert should be aware of the customary channels of the communication in the community, and of the habits of the authorities and the public in this aspect. Intactness of these channels; how open and public are they; and through whom is

experience shared? Where will people go for information and explanation? Which source do they consider reliable?

Authority Structure

It is important to determine the formal and informal lines of authority, and their intactness and inherent strengths and weaknesses in an emergency. Did the political structures and agencies that survived the community disaster effectively represent and have the trust of its people? What is the degree of credibility of the authorities? Did a disaster preparedness plan and structure exist?

National Resources

This includes material resources available and transportable from elsewhere in the country; rescue and emergency health services (e.g. the military and Red Cross), likely to be involved; existing non-governmental and religious agencies and their roles in an emergency.

Social Support at the Community and Family Level

At the community level, what voluntary associations and mutual support systems are available and can be utilized by the victims of the disaster? What support within the (extended) family is customary? Who is the head of the family, and to whom is leadership delegated in case of a crisis? To what extent is the family free to act and move, independent of the authorities? What is characteristically the locus of control of the family? What are important differences between the social strata?

Attitudes Towards and Institutions Dealing With Loss and Mourning

Funeral rites and customs differ widely across cultures, and serve to pay homage to the victims and come to terms with their loss. This latter aspect is important to resolve whatever negative feelings (guilt) prevail in the survivors. This includes memorial services and monuments. At the personal level the survivors often wish to have an explanation and to know about the last moments of the victim. In other words, the expert should acquire knowledge about cultural coping behavior and defensive styles, as well as details regarding the disaster.

Victims

Nowadays, it is accepted that the category of the victims includes more people than those primarily affected by the disaster: e.g. relatives and friends whether or not present at the time and the site of the disaster; rescuers; accidental witnesses, those who should have been a victim but escaped by accident; onlookers drawn to the site of

the disaster etc. The expert should be aware of the range of victims and on whom it is to focus.

Post-Traumatic Stress Responses

DSM-IV, with its clear description of PTSD, has somewhat obscured the fact that other morbid reactions can be more numerous and severe.

- ▶ Generally increased mortality, particularly in the underprivileged or socially deprived;
- ▶ more serious course (less responsive to treatment) of all kinds of diseases due to deficiencies in the immune system;
- ▶ more serious course of physical illness, due to co-morbidity of physical disease and depression, anxiety or PTSD;
- ▶ increases in illness behavior, i.e. increased awareness of any symptom, followed quickly by contact with the health services;
- ▶ and finally, changes in mental morbidity; depression, anxiety, suicide, psychosis and PTSD.

The expert should identify the needs and demands in this respect, avoiding modelling all suffering in one way more convenient to himself. The above points should serve to help the expert obtain a fuller picture of the emergency situation. In addition, he or she should explore in which post-impact phase the community is. During the recoil phase the community is more united, cohesive and optimistic than during the protracted rehabilitation phase, when people are on their own again, less hopeful and less certain of the future. During that phase, the need for individual psychosocial support may be greatest and more prolonged.

Some Recommendations

Armed with the above information, mental health specialists can serve a vital role to communities affected by catastrophe. Among those that immediately come to mind are the following:

A. Mobilize and Organize Existing and/or New Self Help Groups Which Will be the Back Bone of Social Support.

We believe that any outsider must be careful not to create an artificial and temporary program of intervention that can not be maintained by those who will remain long after the disaster clean up. It is vital to recognize and build upon the community's strengths and natural, social resources. Among the recommended actions are:

1. Recruit advisors and helpers and/or people from existing self help groups. Turn survivors into helpers.

2. Consider the importance of who is perceived to initiate and provide appropriate help.

3. When establishing new groups identify individuals involved in existing community provision.

4. To recruit people for self help groups consider using local rituals and ceremonies; neighborhood and existing patterns of social bonding.

B. Energize Self Help Groups

Similarly, self help groups are the single most important element to recover, beyond naturally existing systems such as family, neighborhood groups (both informal and formal) and other community institutions. Among our recommendations for mobilizing support groups are:

1. Use first self help groups (two at most; 15-30 people, one session) as focus groups to map out and pinpoint problems, to be discussed and faced in self help groups. Give priority to basic issues of security and stability.

2. Support general and existing values; families; respect of elderly; care of children. Consider that the threat to values are often more threatening than the actual threat (Hobfoll, Briggs, & Wells, this volume).

3. Support initiatives for those who are the "formal" providers of help (Ørner, this volume).

4. Consider that perceived support is more important than actual social support (Sarason & Sarason, this volume).

5. Be advised by past experiences of what has been helpful and what was not: e.g. family placements for children are better in some situations than others.

6. Bring in experts to work with specific groups.

7. Follow up and evaluate work of self help groups.

C. General Actions:

Other, more general interventions we would recommend include the following:

1. Foster reliance and trust in local services (for social support).

2. Recognize usefulness of local cultural patterns (de Vries, this volume).

3. Organize general umbrella supports using overall organizational facilities-national, political, etc.

4. Identify and plan for handling the ongoing and escalating adversities.

Disasters change over time. To be prepared one must know how to monitor the impact of the disaster over time and how to use this information in formulating an intervention strategy.

5. Make plans to insure that the survivors have been permitted to do as much as they can for themselves. Those survivors who are empowered and enabled will be better prepared to carry on after outsiders depart (de Jong, this volume).

6. Determine which specific interventions can be provided both in acute, immediate past and long terms. For example, provide debriefing immediately following the disaster, support groups after that, and group treatment for disaster-related PTSD after that. Illustrative educational materials are useful throughout to prepare the population for recovery.

D. Working with Government Officials

Invariably, mental health specialists will be working with local, regional, and national government officials regarding all the issues noted above. It is wise to gain the confidence of these officials to insure that effective prevention and intervention programs are effectively developed and implemented. Following are some recommendations in terms of providing useful information to officials:

1. Urge them to provide consolation and condolence to the families of the disaster victims and to note that families will require time and assistance of the community to recover.
2. Recommend that they use experts to give information (e.g. Hurricane center)
3. Warn them not to promise something they can not provide, avoid false hope.
4. Train them in the immediate and long-term wanted and unwanted consequences of disasters and insure that this knowledge is provided to the officials who deal with the media.
5. Urge them to establish methods for controlling rumors.
6. Overall, be certain that your message to these officials are simple, clear, and do not overload them.
7. Suggest that burials should be completed within 72 hours and prevent reexposure.
8. Urge them to avoid unnecessary separation of those affected from friends and family.
9. Urge them to try to clear up and remove reminders of the disasters as quickly as possible.

E. Public Information Media

The media are, by definition, the primary resource for public education. Most media representatives are eager to help recovery efforts. Following are some recommendations for mental health experts in working with these professionals:

1. Spend sufficient time in educating them about their role in the recovery process; that the general public needs answers to vital questions. The answers will help them shift from fright and fear to rebuilding their lives and community. Among the questions are (1) What happened to us? (2) Why did this happen to us? (3) How did others react during the disaster and now? (4) How have people like us survived other, similar disasters elsewhere (the more similar the community the more useful the

information)? (5) What can we do now to make things better for ourselves, our loved ones, and our community?

2. Establish special disaster report teams that can be a resource to media about various aspects of the disaster and the recovery.

3. Be sensitive to signs of respect for both living and dead.

4. Critique the quality of public information reports in various media and communicate these evaluations to influential officials inside and outside the respective media.

5. Be cautious about the use of certain terms that would instill panic, and increase anxiety and uncertainty.

6. Urge media representatives to include stories of coping models and past history of successful coping efforts (available and representative.)

Compassion Fatigue

Mental health specialists can also be helpful in recognizing and carefully monitoring those whose work most with the suffering. These include, but are not limited to police, dispatchers, soldiers, fire fighters, medical personnel, and other emergency responders who are exposed directly to the injured, the dead, and those who mourn their death. However, others such as clean up crews, morgue workers, red cross workers, and, yes, even mental health workers are affected emotionally. The reactions are similar to those who suffer from traumatic stress and, in some cases, posttraumatic stress disorder: startle responses, flashbacks, social withdrawal, aggression, depression, sleeping problems, and general stress reactions. These reactions are a normal reaction to the extraordinary conditions of post-disaster work. At one time these reactions were known simply as "burnout." Now they are recognized as a special and more definitive form of burnout known as "compassion stress" and "compassion fatigue" (Figley, 1995). The most important point in either prevention or treating Compassion Fatigue is to treat it like a traumatic stress reactions and implement treatment procedures accordingly, even though persons exhibiting the symptoms were not directly in "harms way." We now know that working with those in harms way who suffer can be equally as stressful as direct exposure to the danger of the disaster.

Conclusion

Mental health specialists can be a part of the solution or part of the problem. Gathering vital information is the first step. Based on this information, the recommendations noted above should be useful in helping to develop a comprehensive, temporary plan for the emotional recovery. At the same time, mental health specialists should be cautious about their own mental health while attending to the suffering of others.

References

- Cater, N., Revel, J., Sapir, D. and Walker, P. (1993). World Disasters Report 1993. Geneva: The International Federation of Red Cross (IFRC) and Red Crescent Societies (RCS).
- de Jong, J.T.V.M. (this volume). Prevention of the consequences of man-made or natural disaster at the (inter)national, the community, the family, and the individual level. In S. E. Hobfoll & M. W. de Vries (Eds.), Extreme stress and Communities: Impact and Intervention. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- deVries, M. W. (this volume). Culture, community and catastrophe: Issues in understanding communities under difficult conditions. In S. E. Hobfoll & M. W. de Vries (Eds.), Extreme stress and Communities: Impact and Intervention. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Figley, C. R. (Ed.) (1995). Compassion Fatigue: Secondary Traumatic Stress From Treating the Traumatized. New York: Brunner/Mazel.
- Hobfoll, S. E., Briggs, S., & Wells, J. (this volume). Community stress and resources: Actions and reactions. In S. E. Hobfoll & M. W. de Vries (Eds.), Extreme stress and Communities: Impact and Intervention. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Ørner, R. J. (this volume). Intervention strategies for emergency response groups: A new conceptual framework. In S. E. Hobfoll & M. W. de Vries (Eds.), Extreme stress and Communities: Impact and Intervention. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Lystad, M. (Ed.) (1988). Mental Health Response to Mass Emergencies: Theory and Practice. New York: Brunner/Mazel.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (this volume). Stress and social support. In S. E. Hobfoll & M. W. de Vries (Eds.), Extreme stress and Communities: Impact and Intervention. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.

Notes:

1. In addition to the authors, they included James Jackson, Jacob Lomranz, Donald Meichenbaum, Roderick J. Ørner, Robert Pynoos, Bessel van der Kolk, Lars Weiseth

International Conferences



• • • •

10th International Congress of Cognitive Psychotherapy

Rome (Italy), 13th-16th May 2021

"Auditorium della Tecnica" Conference Centre



www.iccp2021.com

I simposi, le keynote e i poster possono essere ancora scaricati da coloro che si sono iscritti, fino a 1 mese dopo il Congresso.

16th International Congress of
Behavioural Medicine

Glasgow, Scotland
19th-22nd August 2020



***The dates for the Congress
have now been confirmed as:***

15th - 18th July 2021

SEC, Glasgow, UK

www.isbm.info/

SITC
Società Italiana di Terapia
Comportamentale e Cognitiva

XX CONGRESSO NAZIONALE SITCC

**BILANCI E SFIDE DEL
COGNITIVISMO CLINICO
NEL TERZO MILLENNIO**

BOLOGNA | Teatro Arena del Sole **16-19 settembre 2021**
anche in modalità on-line

NORME PER GLI AUTORI

Psychomed is a triannual on-line journal on psychotherapy, behavioral medicine, health and preventive psychology, published by the Center for Research in Psychotherapy (CRP), jointly with the Italian Society of Psychosocial Medicine (SIMPS), the Italian Association for Preventive Psychology (AIPRE), LIBRA, ALETEIA.

All issues of *Psychomed* are available *on-line* at: <http://www.crpitalia.eu/psychomed.html>

Contributions for *Psychomed* can be sent by email in Italian or English to: Dr. Dimitra Kakaraki at: psychomed@crpitalia.eu.

For information about the editorial norms, please read: <http://www.crpitalia.eu/normeautori.html>.

The works will be shortly read by the Editorial Committee and the sending Author will receive a prompt feedback.