

Małgorzata Starzomska

PERSPEKTYWY WYKORZYSTANIA KOMUNIKACJI ELEKTRONICZNEJ W PSYCHOTERAPII ZABURZEŃ JEDZENIA

PERSPECTIVES OF E-MAIL APPLICATION IN EATING DISORDERS PSYCHOTHERAPY

Instytut Psychologii i Wspomagania Rozwoju Człowieka
Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. Czesław Czabała

e-mail application eating disorders

Niniejszy tekst zostanie poświęcony wadom i zaletom psychoterapii wspomagananej przez kontakt elektroniczny oraz próbie oceny skuteczności takiego kontaktu w pomocy osobom z zaburzeniami jedzenia. Autorka przedstawia istotę tych zaburzeń od strony klinicznej i klasyfikacji chorób psychicznych. Następnie omawia formy pomocy dla tych pacjentów i ich rodzin w postaci jednorazowej konsultacji za pośrednictwem poczty elektronicznej, a także psychoterapii „twarzą w twarz” wspomaganą regularną, opartą o zawarty kontrakt, wymianą e-maili między chorym a jego terapeutą. Zwraca uwagę na takie korzyści jak anonimowość, dostępność i egalitarność. Na zakończenie przytacza wyniki badań nad skutecznością kontaktu e-mailowego na przykładzie pacjentów z bulimią i kompulsywnym przejadaniem się.

Summary: Actual research on using adjunctive e-mail in psychotherapy of eating disordered patients is still in its infancy. Some authors underline potential benefits of this form of intervention, and, to prove it, they quote very enthusiastic opinions of their patients. Obviously, this medium of e-mail may help some patients with eating disorders, especially these who are shy, timid and harm-avoidant or who for various reasons have hindered access to treatment. Paradoxically, anonymity which is considered to be one of advantages of e-mail, may become the most serious danger for privacy of patients. Additionally, this feature may appear fatal in the case of self-destructive behaviours of disturbed patients. Cautious optimism of most patients about this form psychotherapy should be for researchers additional, except clearly cognitive reasons, motivation for thorough empirical verification of it.

Wprowadzenie

Nowoczesne technologie informatyczne, zwłaszcza w postaci Internetu oraz elektronicznej komunikacji poprzez pocztę elektroniczną (popularnie nazywanej e-mailem), stwarzają nowe perspektywy dla współczesnej psychoterapii. Wykorzystanie komputerów w leczeniu zaburzeń psychicznych, na przykład depresji, zespołu lęku uogólnionego czy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, zaproponowano jako alternatywę terapii (głównie poznawczo-behawioralnej, w skrócie CBT, w mniejszym zakresie interpersonalnej i rodzinnej) twarzą w twarz z terapeutą [1].

Podczas okresu intensywnego rozwoju Internetu w latach 90. XX wieku, wysunięto propozycję skomputeryzowania pakietów CBT i zastosowania ich bez interwencji tera-

peuty, co jednak niemal natychmiast spotkało się ze zdecydowanymi głosami krytyki. Metody leczenia zaburzeń psychicznych bez bezpośredniego udziału terapeuty określono jako pozbawione interpersonalnego kontaktu, który wydaje się bardzo ważny dla relacji terapeutycznej. Ostatecznie porzeczono na badaniach eksperymentalnych nad skutecznością wzbogacenia klasycznej terapii twarzą w twarz kontaktem e-mailowym. Obecnie badacze przyznają, że taki typ terapii, traktujący komunikację elektroniczną jedynie jako „dodatek” do tradycyjnego leczenia [1, s. 136], jest wciąż w fazie eksperymentów, można powiedzieć — jest „w powijkach” [1, s. 137; 2, s. 207, s. 212]. W związku z dotychczas jeszcze niejasnym statusem takiego typu terapii, przy jej opisach nie zawsze konsekwentnie stosuje się rozmaite terminy, traktując je prawdopodobnie jako robocze. Niekonsekwencja ta dotyczy określeń dla stopnia, w jakim jest wykorzystana poczta elektroniczna. Poza nazwami sugerującymi ostrożność klinicystów i badaczy takimi, jak: „użyteczny dodatek do terapii” [2, s. 198], „terapeutyczny dodatek” [1, s. 125], „dodatek do ambulatoryjnego leczenia” [1, s. 137], pojawiają się bardziej odważne nazwy, na przykład: „wspomagająca terapia e-mailowa” (ang. „adjunctive e-mail therapy”) [1, s. 135], „psychoterapie wykorzystujące e-mail” (ang. „e-mail associated psychotherapies”) [2, s. 207], „użycie e-maila w kontekście terapii” [1, s. 136] czy „użycie e-maila w psychoterapii” [2, s. 207]. Jednak mimo pewnej niejasności powyższych określeń, nie ma wątpliwości, że wśród propozycji interwencji wykorzystujących komunikację elektroniczną, mających na celu pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi, można wyróżnić: jednorazową konsultację oraz komunikację elektroniczną wspierającą psychoterapię twarzą w twarz.

Niniejszy tekst zostanie poświęcony przede wszystkim wadom i zaletom psychoterapii wspomaganą przez kontakt elektroniczny oraz ocenie skuteczności takiego kontaktu w pomocy osobom z zaburzeniami jedzenia. Jednak przed omówieniem tych zagadnień, zostaną zaprezentowane kryteria diagnostyczne anoreksji, bulimii i kompulsywnego przejadania się oraz specyfika wykorzystania komunikacji elektronicznej w jednorazowej konsultacji elektronicznej.

Diagnostyka i konsekwencje anoreksji i bulimii

Anoreksja, bulimia oraz kompulsywne przejadanie się należą do zaburzeń jedzenia. Głównym ich przejawem jest lęk przed przyrostem wagi i koncentracja na jej utracie. Dla przejrzystości artykułu poniżej podano kryteria diagnostyczne anoreksji i bulimii.

W DSM-IV-TR [3] uwzględnione są następujące cztery kryteria anoreksji:

- odmowa utrzymania wagi ciała ponad minimum normalnej wagi dla danego wieku i wzrostu, na przykład utrata wagi prowadząca do utrzymywania się jej na poziomie 15% poniżej wagi oczekiwanej, nieprzybieranie na wadze podczas wzrostu prowadzące do utrzymywania wagi na poziomie 15% poniżej wagi oczekiwanej;
- silny lęk przed przybieraniem na wadze lub przytyciem nawet przy niedowadze;
- zaburzenie sposobu, w jaki waga, rozmiar lub kształt ciała są doświadczane, na przykład jednostka może twierdzić, że czuje się gruba, nawet jeśli jest wychudzona, może również twierdzić, że pewna część jej ciała jest „za gruba”, nawet jeśli występuje wyraźna niedowaga;

- u kobiet, u których wystąpiła pierwsza miesiączka (menarche), brak przynajmniej trzech kolejnych cykli menstruacyjnych; u kobiety stwierdza się istnienie zaburzenia zwanego amenorrhea, jeżeli miesiączka pojawia się tylko w rezultacie podawania hormonów, np. estrogenu, a u mężczyzny utrata libido.

Jeżeli chodzi o bulimie, w DSM-IV-TR [3] wymienionych jest jej pięć kryteriów diagnostycznych.

Jako pierwsze kryterium bulimii podaje się nawracające epizody żarłoczności. Epizod żarłoczności charakteryzuje się:

- zjedzeniem w określonym czasie, na przykład w ciągu dwóch godzin, znacznie więcej niż większość ludzi mogłaby zjeść w takim samym czasie i w podobnych okolicznościach;
- poczuciem braku kontroli w trakcie epizodu związanym z przekonaniem, że nie można przestać jeść lub z niemożnością określenia, co i w jakich ilościach jest spożywane.

Jako drugie kryterium bulimii wymienia się nawracające niewłaściwe zachowania zapobiegające wzrostowi masy ciała, takie jak prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, diuretyków, lewatyw lub innych środków medycznych; powstrzymywanie się od jedzenia lub intensywne ćwiczenia fizyczne.

Trzecim kryterium diagnostycznym bulimii jest występowanie napadów obżarstwa i wymienionych wyżej niewłaściwych zachowań co najmniej dwa razy w tygodniu przez trzy miesiące.

Czwartym kryterium tej choroby jest nadmierny wpływ kształtów i wagi ciała na samoocenę, a piątym — stwierdzenie, że opisywane zaburzenie nie występuje jako jeden z objawów anoreksji.

Według DSM-IV-TR [3] głównymi kryteriami diagnostycznymi kompulsywnego przejadania się są:

- konsumpcja bardzo dużej ilości jedzenia w krótkim czasie, której towarzyszy poczucie braku kontroli nad jedzeniem podczas epizodu;
- stwierdzenie, że epizody przejadania się są związane z przynajmniej trzema z następujących czynników:
 - jedzenie w sposób bardziej szybki i gwałtowny,
 - jedzenie aż do momentu odczucia przejedzenia, aż do stanu dyskomfortu,
 - jedzenie dużych ilości pokarmów nawet wówczas, gdy nie czuje się głodu,
 - jedzenie w samotności z powodu lęku, że ktoś może zauważyć nietypowe zachowania związane z jedzeniem;
- poczucie obrzydzenia do siebie samego, depresja lub poczucie winy występujące po przejedzeniu się;
- znaczny stres towarzyszący faktowi przejadania się;
- pojawianie się epizodów przejadania się przez przynajmniej 2 dni w tygodniu w okresie nie krótszym niż 6 miesięcy;
- brak zachowań kompensacyjnych, typowych dla bulimii.

Zarówno anoreksja, jak i bulimia oraz kompulsywne przejadanie się mają bardzo poważne konsekwencje dla całego organizmu. Od 4 do 20% chorych na anoreksję umiera

głównie w następstwie odchudzania się, przy czym bezpośrednią przyczyną śmierci jest wyniszczenie organizmu — następuje ona najczęściej w wyniku ostrej niewydolności krążenia i zatrzymania się akcji serca [4, 5]. Inną, rzadszą przyczyną śmierci osób z anoreksją jest samobójstwo [6, 7]. Z kolei 1–2,4% osób z bulimią [8, 9, 10] umiera z powodu komplikacji medycznych spowodowanych atakami kompulsywnego przejadania się i gwałtownego przeczyszczania [11, 12], oraz z powodu samobójstwa [13, 14]. Z kolei konsekwencją kompulsywnego przejadania się są: otyłość oraz poważne choroby układu pokarmowego i układu krążenia.

Literatura przedmiotu wskazuje na dużą rolę komunikacji elektronicznej w pomocy osobom z zaburzeniami jedzenia zarówno w sensie jednorazowej porady dla samych chorych oraz osób z ich otoczenia, jak i w sensie psychoterapii wspomaganą regularną wymianą e-maili między chorym a jego terapeutą. Poniżej omówiono te dwa sposoby wykorzystania komunikacji elektronicznej w przypadku anoreksji i bulimii.

Jednorazowa konsultacja za pośrednictwem poczty elektronicznej w pomocy chorym na zaburzenia jedzenia i osobom w ich otoczeniu

Niemiecka strona internetowa „Information and Consulting Server for Eating Disorders” [15], stanowiąca przykład przedsięwzięć terapeutów mających na celu przede wszystkim doraźną jednorazową konsultację w zakresie zaburzeń jedzenia, przyciągnęła już w początkowych miesiącach jej istnienia tysiące czytelników. Analiza 615 e-maili, które napłynęły do współtworzących ją specjalistów ujawniła, że istnieje ogromne zapotrzebowanie w społeczeństwie na tego typu strony [16]. Okazało się, że główną zachętą do skorzystania autorów e-maili z tej formy pomocy była gwarancja anonimowości.

Na 615 e-maili, 346 pochodziło od osób z zaburzeniami jedzenia (od 333 kobiet, co stanowiło 54,1% wszystkich respondentów, i 13 mężczyzn, co stanowiło 2,1% wszystkich respondentów), przy czym wśród nich:

- najwięcej było osób z bulimią (212 osób, co stanowiło 63% respondentów z zaburzeniami jedzenia);
- osób z kompulsywnym przejadaniem się było 54, co stanowiło 16,2% respondentów z zaburzeniami jedzenia;
- osób z anoreksją było 27 (8,1% wszystkich respondentów z zaburzeniami jedzenia);
- osób z otyłością było 8 (2,4% wszystkich osób z zaburzeniami jedzenia);
- osób z niespecyficznymi zaburzeniami jedzenia było 29, co stanowiło 8,7% wszystkich respondentów z zaburzeniami jedzenia.

Należy podkreślić, że chociaż omawiana strona internetowa skierowana była do wszystkich zainteresowanych zaburzeniami jedzenia, a więc także do osób z anoreksją, zgłosiły się przede wszystkim osoby bulimiczne, co potwierdza następującą wypowiedź Martina Grunwalda i Juliane C. Busse: „W przeciwieństwie do osób z anoreksją, osoby z bulimią bardzo boleśnie doświadczają swojej choroby i związanych z nią ograniczeń. Dlatego głównie osoby z bulimią zdają sobie sprawę z tego, że potrzebują pomocy oraz aktywnie poszukują konsultacji i leczenia. Natomiast osoby z anoreksją takie krytyczne spojrzenie na swoją chorobę osiągają dopiero po latach psychoterapii” [16, s. 473].

Poza osobami z zaburzeniami jedzenia po poradę za pośrednictwem Internetu zgłosili się:

- przyjaciele chorych (więcej mężczyzn — 73, co stanowiło 11,9% wszystkich respondentów, niż kobiet — 57, co stanowiło 9,3% wszystkich respondentów);
- rodzice chorych (17 osób, co stanowiło 2,8% wszystkich respondentów);
- rodzeństwo chorych (19 osób, co stanowiło 3,1% wszystkich respondentów);
- osoby zainteresowane problematyką zaburzeń jedzenia (ze względów bliżej niesprecyzowanych przez nich) (53 osoby, co stanowiło 8,7% wszystkich respondentów);
- lekarze (13 osób, co stanowiło 2,1% wszystkich respondentów).

Osoby z zaburzeniami jedzenia, zwłaszcza cierpiące na bulimię, prosiły w e-mailu o informacje na temat biologicznych konsekwencji nieprawidłowych zachowań związanych z jedzeniem i możliwości leczenia choroby (także za granicą) oraz o poradę, jak pokonać chorobę bez terapii. Często także pojawiała się z ich strony prośba o rozstrzygnięcie przez konsultanta, czy ich zachowania związane z jedzeniem oznaczają „nienormalność”. Należy podkreślić, że e-maile osób z zaburzeniami jedzenia stanowiły przeważnie ich pierwszy kontakt z profesjonalistą od momentu pojawienia się choroby. Warto dodać, że chociaż, jak wspomniano powyżej, osoby z bulimią szukają pomocy chętniej niż osoby z anoreksją, to jednak niedostateczne społeczne wsparcie i przypadki (aczkolwiek obecnie sporadyczne) niezrozumienia ze strony lekarza ogólnego, do którego te osoby się zwracają, zanim zdecydują się na poszukiwanie pomocy psychologicznej [17, 18], powodują, że można mówić o pewnej liczbie tak zwanych milczących chorych, którzy, pomimo uciążliwych objawów, prawdopodobnie nigdy nie odważą się na poszukiwanie profesjonalnej pomocy [19, s. 150]. Oczywiście jest, że w takich przypadkach odpowiedź na pierwszego e-maila od takiej nieufnej, skrupowanej osoby, powinna być bardzo rzetelna i wyważona. Dodatkowa trudność takich sytuacji polega na tym, że niełatwo jest specjalście ocenić problem na podstawie spontanicznej, często bardzo krótkiej wypowiedzi, maskującej jednocześnie bogactwo uczuć. Z powyższych względów zwolennicy porady za pośrednictwem e-maili pracują nad technikami rzetelnej oceny stanu pacjenta na podstawie takich wypowiedzi oraz poszukują metody praktycznej pomocy, a zarazem nieintruzywnej.

Jak wspomniano, po pomoc za pośrednictwem Internetu zgłaszają się także osoby z otoczenia chorego, a zwłaszcza członkowie rodziny. Często osoby te czują się bezradne i przyznają się do tego, że ich marzeniem byłoby, aby życie z chorym było przynajmniej „znośne” [16, s. 474]. Przede wszystkim pragną przekonać chorego do leczenia, jednak zdziwienie budzi ich nikła wiedza na temat istoty choroby, na którą cierpi bliska osoba, na przykład bardzo często uważają, że problem chorego rozwiązałaby zmiana jego zachowania i dlatego szukają szybkiej i praktycznej rady, wydają się także nie dostrzegać psychicznego wymiaru choroby, a więc odczuć osoby chorej i specyficznego sposobu postrzegania przez nią rzeczywistości. Nierzadko zdarza się, że w chwilach rezygnacji, decydują się na zerwanie z chorym kontaktem (najczęściej chodzi tutaj o przyjaciół, pary lub narzeczonych), pomimo ogromnego poczucia winy, jakie towarzyszy podjęciu takiej decyzji. Należy podkreślić, że często krewni i przyjaciele chorych na zaburzenia jedzenia pragną także zrozumieć siebie, a zwłaszcza silne napięcie, które towarzyszy ich kontaktom z chorym.

Z kolei lekarze ogólni szukają za pośrednictwem Internetu informacji o metodach i ośrodkach leczenia zaburzeń jedzenia.

Badania Grunwalda i Busse [16] wykazały, że metoda konsultacji za pomocą Internetu i poczty elektronicznej opisana powyżej jest w pełni akceptowana przez osoby, które za jej pośrednictwem szukały pomocy. Jak się jednak wydaje, o powodzeniu takiej formy poradnictwa może ostatecznie zdecydować sprawna współpraca między psychologami, psychiatrami oraz internistami [16].

Psychoterapia wspomagana regularną wymianą e-maili między chorym a jego terapeutą

Forma

Forma psychoterapii wspomaganej regularną wymianą e-maili między chorym a jego terapeutą jest zazwyczaj następująca. W ramach trwającej od 3 do 7 miesięcy psychoterapii, pacjent uczęszcza na cotygodniowe sesje terapeutyczne twarzą w twarz, przy czym sesje te wzbogacone zostają kontaktem e-mailowym. Na początku terapii, w ramach ustalania kontraktu między klinicystą i pacjentem, obie strony negocjują, jaka powinna być częstotliwość wiadomości e-mailowych, jednak z reguły zostaje ona ustalona na jedną do kilku, wysyłanych cotygodniowo przez każdą ze stron. Gdy terapeuta nie otrzymuje od pacjenta w ciągu tygodnia żadnej wiadomości, przypomina mu o ustalonym kontrakcie [20, 21].

Zalety¹

Zachęcanie (empowerment)

Literatura przedmiotu wskazuje, że z roku na rok zwiększa się liczba chorych osób dotkniętych depresją, fobiami, różnymi postaciami zaburzeń jedzenia, a zwłaszcza bulimią, jednak nie leczą się oni z powodu lęku i oporu wobec zetknięcia się z osobami, które udzielają w takich przypadkach pomocy. Chociaż, jak już wspomniano, osoby z bulimią w przeciwieństwie do osób z anoreksją chcą wyzdrowieć [16], paradoksalnie, bardzo wiele z nich nie uzyskuje pomocy ze względu na to, iż bardzo rzadko zgłaszają się do specjalistów. Przyczyny są różnorodne. Bardzo często depresja, która towarzyszy bulimii [22], oraz nierzadko negatywne doświadczenia w poszukiwaniu pomocy, na przykład niezrozumienie przez internistę powagi stanu zgłaszającej się po pomoc osoby (należy w tym miejscu przypomnieć, że osoby z bulimią zazwyczaj nie są ani otyłe, ani wychudzone, zatem ich wygląd nie sygnalizuje choroby) [20, 23]. Komunikacja elektroniczna za pośrednictwem Internetu stwarza szansę na pokonanie wyżej opisanych barier w poszukiwaniu pomocy przez osoby z zaburzeniami jedzenia, a zwłaszcza z bulimią [21, s. 218]. Wykazano, że pacjenci z bulimią, którzy zgłosili się do udziału w terapii z wykorzystaniem komunikacji e-mailowej, nie odważyliby się prawdopodobnie na udział w tradycyjnej psychoterapii [21]. Warto dodać, że większość respondentów, badanych przez Paula H. Robinsona i Marca A. Serfaty'ego, biorących udział w terapii wspomaganej e-mailami, wyraziła chęć uczestniczenia w dalszej terapii — już twarzą w twarz. Zatem komunikacja elektroniczna zachęciła

¹ Zalety i wady terapii wspomaganej pocztą elektroniczną określone zostały przez Robinsona i Serfaty'ego jako „implikacje kliniczne” [20, s. 192].

często nieufne wobec ofert pomocy osoby z bulimią do poszukiwania kontaktu z terapeutą i tradycyjnej psychoterapii [21]. Warto dodać, że kontakt z terapeutą za pośrednictwem komputera, w porównaniu z kontaktem twarzą w twarz, nie stwarza tak dużych trudności, jakich pacjenci mogą doświadczać w bezpośrednim kontakcie. Podczas tego ostatniego, nawet subtelne zmiany w spojrzeniu czy tonie głosu, mogą spowodować u nich powściągliwość w wyrażaniu myśli i emocji, a nawet przerwanie sesji lub terapii. Dodatkowo, gdy pacjenta cechuje nieśmiałość, a nawet bojaźliwość oraz unikanie zranienia, co bardzo często cechuje osoby z zaburzeniami jedzenia, a zwłaszcza z anoreksją, może on odczuwać opór przed patrzeniem drugiej osobie, w tym przypadku — terapeutce, w oczy. Ekran komputera w takich sytuacjach wydaje się optymalnym medium do wyrażania przez chorego odczuć, dlatego wielu chorych przyjmuje propozycje kontaktu z klinicystą poprzez e-maile wręcz entuzjastycznie [1, s. 136].

Zatem, chociaż wykorzystywanie poczty elektronicznej w psychoterapii jest często krytykowane przez klinicystów i badaczy, jako metoda pozbawiona bezpośredniego kontaktu interpersonalnego między terapeutą i pacjentem, to jednak nierzadko właśnie ona może być uważana przez osoby cierpiące na zaburzenia jedzenia, przynajmniej w początkowej fazie terapii, za jedyną do zaakceptowania spośród wielu opcji [21].

Dostępność i egalitarność

Dużą zaletą kontaktu e-mailowego między terapeutą a pacjentem w psychoterapii zaburzeń jedzenia (i nie tylko) jest możliwość uzyskania przez chorych pomocy niezależnie od odległości geograficznych, co ma znaczenie nie tylko dla osób mieszkających w dużej odległości od ośrodka terapii, ale także dla tych pacjentów, którzy mają trudności z dotarciem do miejsca terapii z powodu agorafobii czy problemów z poruszaniem się [20, 21]. Warto także dodać, że na zaburzenia jedzenia zapadają najczęściej młodzi ludzie, wśród których jest bardzo wielu zwolenników Internetu i komunikacji elektronicznej [1].

Inną ważną zaletą kontaktu za pośrednictwem poczty elektronicznej jest jego egalitarność, co oznacza zminimalizowanie psychicznego dystansu między lekarzem lub psychologiem a pacjentem [1, 20, 21].

Monitoring pacjentów i terapeutów

Dodatkową zaletą komunikacji elektronicznej jest możliwość monitorowania stanu fizycznego pacjenta, zarówno w przypadku somatycznych konsekwencji zaburzeń jedzenia, jak i chorób, które mogą im towarzyszyć takich, jak: cukrzyca, astma czy nadciśnienie [20]. Terapia wspomagana e-mailami stwarza także dobrą okazję do monitorowania kompetencji terapeutów, którzy mogą i powinni przysyłać kopie wiadomości za pomocą poczty elektronicznej do swoich supervisorów, a ci, po opatrzeniu tych informacji adnotacjami, odsyłają im zmodyfikowaną wersję [21].

Anonimowość

Robinson i Serfaty wymieniają co prawda wśród zalet wykorzystania komunikacji elektronicznej w psychoterapii „prywatność”, przez co rozumieją jej ochronę [21, s. 211], jednakże właściwszym terminem (ze względów, które podane zostaną w części opisującej

ograniczenia tego typu interwencji) wydaje się tutaj „anonimowość”. Terapia wykorzystująca komunikację elektroniczną może być odpowiednia dla tych pacjentów, którym z różnych względów zależy na anonimowości, na przykład wstydzą się objawów swojej choroby [21, s. 211].

Redukcja napięcia

Kontakt poprzez e-mail w znacznym stopniu redukuje emocjonalne obciążenie pacjentów, ponieważ komputer życzliwie, łagodnie, wręcz „dobrotliwie” [1, s. 135] aprobuje bez sprzeciwu wszystko to, co pacjent chce powiedzieć, włącznie z wyznaniem, groźbami czy dziwacznymi pomysłami. Wyżej wymienione właściwości komputera sprawiają, że pacjent czuje się bardziej rozluźniony niż podczas bezpośredniego kontaktu z terapeutą, gdy musi zwracać uwagę na jego komentarze czy jego, oraz własną, mowę ciała, co znacznie zmniejsza szczerłość wypowiedzi. Należy w tym miejscu podkreślić, że podczas kontaktu e-mailowego, pacjenci stosują język nieformalny, także w ten sposób, za pomocą skrótów, nazywają lekarza (najczęściej ang. „e-doc”) [21, s. 217, por. 1, s. 135]. Okazuje się, że na bazie komunikacji elektronicznej, pomimo jej bezosobowości, mogą powstać bardzo korzystne dla pacjenta autentyczne relacje z terapeutą.

Zaangażowanie w kontakt z terapeutą

Dostęp pacjenta do adresu elektronicznego terapeuty gwarantuje ciągle odczucie wsparcia z jego strony. To medium znacznie zwiększa częstotliwość terapeutycznych kontaktów i wydłuża czas ich trwania, a co za tym idzie — czas trwania samej terapii. Otrzymywanie informacji zwrotnej od terapeuty w okresie między kolejnymi sesjami daje pacjentowi pewność, że terapeuta jest obecny, słucha go, myśli o nim, oraz odczucie bycia z nim w bezpośrednim, prawie fizycznym kontakcie i znajdowania się pod jego opieką. Taki kontakt zapewnia także komfort nieograniczonego dostępu do poczty (a pośrednio także do terapeuty) [1, 2], przy czym tę właściwość komunikacji elektronicznej określa się jako „synchroniczną naturę e-maila” [1, s. 134]; omawiany typ kontaktu Yoel Yager nazwał „quasi-codzienną terapią” [1, s. 135].

Niezbędne dla powodzenia terapii jest poważne podejście do ciężącego na terapeutę obowiązku poinformowania pacjenta o tym, jak często czyta on korespondencję i odpowiada na nią. Ta informacja może pomóc uniknąć wielu nieporozumień, ponieważ pacjenci wiedzą, kiedy powinni spodziewać się odpowiedzi. Należy podkreślić, że czas, który pacjenci poświęcają przemyśleniom i dzieleniu się nimi z terapeutą wskazuje na ich silne zaangażowanie w relację z nim (czas, który poświęca terapeuta odpowiedziom na e-maile jednego pacjenta jest oczywiście dużo krótszy) [1]. E-maile pacjentów są nierzadko bardzo emocjonalne, zwłaszcza że inicjują oni kontakt wówczas, gdy mają taką potrzebę (oczywiście w ramach kontraktu) [1] oraz nie obawiają się, że naruszają prywatność terapeuty, ponieważ zawsze to on decyduje, kiedy przeczyta pocztę. Ta czasami wyjątkowa emocjonalność przeczy obiegowym poglądom o „chłodzie” [21, s. 217] terapii poprzez e-mail, jednak wspomniana „quasi-codziennność” takiego kontaktu w subtelny, ale jednak zdecydowany sposób wymaga od jego uczestników ciągłego zaangażowania w terapeutyczny proces, także w okresie pomiędzy kolejnymi sesjami. Badania pokazują,

że pacjenci nie zawodzą pod tym względem i respektują wymagania co do częstotliwości wysyłanych do terapeuty e-maili [21].

Zalety terapii z wykorzystaniem poczty elektronicznej w ocenie pacjentów

Poniżej zostaną zacytowane wypowiedzi pacjentów oceniające pozytywnie terapię wykorzystującą kontakt e-mailowy, w której uczestniczyli.

„Nigdy nie przyznałabym się do swoich problemów twarzą w twarz”. „Nigdy nie odpowiedziałabym, gdyby nie anonimowość terapii e-mailowej”. „Anonimowość kontaktu poprzez e-maila spowodowała, że później odważyłam się szukać pomocy (tym razem już twarzą w twarz)”. „Kontakt e-mailowy daje więcej czasu na przemyślenie odpowiedzi niż bezpośredni kontakt”. „Podczas e-terapii czułam się jak w pułapce, lecz miesiąc po jej zakończeniu zauważyłam, że mój problem znikł” [21, s. 214]. „Komentarze terapeuty są bardzo trafne i czuję się tak, jakby ktoś myślał o moich problemach” [21, s. 216]. „Małam wrażenie, jakby terapia odbywała się częściej niż tylko raz na tydzień [...]. Jest to dobry sposób na przekazywanie tego, o czym się myśli w danej chwili, a o czym na pewno zapomnieliby się podczas wizyty. Dobry sposób na zastanowienie się nad tym, co się robi, i chwilę refleksji nad sobą” [1, s. 129]. „[...] e-mail jest dobrym sposobem na kontakt, ponieważ jest tutaj pewien dystans. Myślę, że e-mail może być efektywny w procesie zdrowienia. Jest szybki i tak prosty w obsłudze — tak szybko i łatwo można się skontaktować” [1, s. 131]. „[...] e-mail daje mi poczucie bezpieczeństwa, ponieważ wiem, że w każdej chwili otwarte są drzwi między mną a kimś, kto mi pomoże, gdy zajdzie taka potrzeba. Otrzymywanie informacji zwrotnych dotyczących tego, co robię, jest bardzo korzystne” [1, s. 133]. „[...] e-mail sprawia, że komunikacja z terapeutą, jest lepsza [...]. Zamiast cotygodniowych wizyt albo spotkań dwa razy w miesiącu, można mieć z nim codzienny kontakt [...]. Podczas terapii e-mailowej wzrasta zaufanie” [1, s. 133–134].

Podsumowując, badania wykazały, że dla wielu pacjentów z zaburzeniami jedzenia wzbogacenie tradycyjnej terapii kontaktem e-mailowym z terapeutą jest korzystną alternatywą. Zastosowanie e-maili nie wyklucza, a wręcz wspiera wykorzystywanie poznawczo-behawioralnych oraz eklektycznych metod psychoterapii [20, 21, 24]. Oczywiście taką terapię muszą prowadzić dobrze wyszkoleni klinicyści [21, 24]. Potrzebne są dalsze badania nad skutecznością terapii wzbogaconej komunikacją elektroniczną [21, 25]; zwłaszcza w Polsce ta sfera pozostaje nadal niewykorzystanym potencjałem współczesnych technologii informatycznych.

Wady

Pomimo wielu opisanych powyżej zalet wzbogacania tradycyjnej terapii kontaktem e-mailowym, pojawiają się także doniesienia o poważnych ograniczeniach takiej zmodyfikowanej terapii czy wręcz o zagrożeniach, jakie niesie ze sobą jej zastosowanie. Poniżej zostaną przedstawione najważniejsze z zarzutów stawianych psychoterapii wzbogaconej kontaktem e-mailowym i ewentualne argumenty przeciwko tym zarzutom, jeśli znalazły się takie w literaturze naukowej.

Wiele zarzutów co do stosowania e-maili w psychoterapii sprowadza się do zasadniczego pytania, czy taka modyfikacja terapii jest bezpieczna [21] i czy może mieć negatywne konsekwencje [1, 2]?

Brak kontaktu twarzą w twarz między terapeutą a pacjentem

Krytyka kontaktu e-mailowego jako relacji pozbawionej bezpośredniego kontaktu, ciepła, empatii, opiekuńczości, wynika prawdopodobnie z niezrozumienia faktycznej roli, jaką wiadomości elektroniczne odgrywają w psychoterapii. E-maile, o czym wspomniano na początku niniejszego artykułu, traktowane są jedynie jako dodatek do tradycyjnego, najczęściej ambulatoryjnego leczenia, a nie jako jego podstawa. Oczywiście zdarzają się przypadki traktowania kontaktu e-mailowego jako podstawy psychoterapii, ale tego typu inicjatywy nie są popierane przez komisje etyczne określające zasady psychoterapii.

Chociaż przeciwnicy kontaktu e-mailowego jako elementu psychoterapii krytykują go za brak ciepła, co, jak już wspomniano w niniejszym artykule, nie jest zgodne z prawdą, to jednak głównym niebezpieczeństwem takiego typu relacji są nieporozumienia między terapeutą a pacjentem, które mogą mieć poważne konsekwencje dla przebiegu terapii. Czasami komentarze terapeuty, które byłyby bardzo korzystne podczas kontaktu twarzą w twarz, w komunikacji elektronicznej nie zawsze są odpowiednie [21]. Standardowa odpowiedź powinna zawierać komentarz do listu pacjenta, omówienie problemów pojawiających się w nim oraz zachętę do dalszej pracy nad sobą i do podtrzymywania kontaktu. Jednak terapeuta, nawet wówczas, gdy zna te zasady, może zawieść w sytuacjach napięcia psychicznego pacjenta. Robinson i Serfaty opisali przypadek pacjentki, która poskarżyła się terapeutce, że matka zamierza przysłać jej pudełko czekoladek, chociaż wie o jej bulimii. Gdy terapeuta w e-mailu skierowanym do pacjentki, zamierzając zanalizować tę skargę, zapytał o jej relacje z matką, spotkał się z zadziwiająco gwałtowną negatywną reakcją i zaprzeczeniem, że istnieją jakiegokolwiek problemy w tej relacji. Prawdopodobnie o niepowodzeniu w kontakcie zadecydowały w tym przypadku nieobecne w komunikacji elektronicznej niuansy ekspresji, tonu i postawy ciała, które utrudniły identyfikację emocji pacjentki oraz zrozumienie ich [21]. Zatem brak bezpośredniego kontaktu może spowodować wiele nieporozumień, które nigdy nie miałyby miejsca w kontakcie twarzą w twarz. Robinson i Serfaty [21] opisali również zachowanie się jednego z pacjentów, który napisał w języku hiszpańskim list wyrażający jego złość do terapeuty z powodu, jak twierdził, zaniedbywania go. Według pacjenta terapeuta zawiódł go nie odpowiadając na jego wiadomość. Po pewnym czasie okazało się, że nastąpiła nieszczęśliwa pomyłka, wiadomość pacjenta nie dotarła bowiem do terapeuty, który od dawna na nią oczekiwał. Po wyjaśnieniu sytuacji, korespondencja — już w języku angielskim — rozwijała się prawidłowo [21].

Brak kontroli terapeuty nad niepokojącymi zachowaniami pacjenta

Jak twierdzą krytycy psychoterapii wykorzystującej kontakt elektroniczny, taka forma interwencji nie jest odpowiednia w przypadku pacjentów, których zachowania wskazują na ryzyko samouszkodzenia lub samobójstwa. Przeciwnicy takiego pośredniego kontaktu terapeutycznego podkreślają, że terapeuta czerpiąc większość informacji o pacjencie z e-maili, praktycznie nie ma ani wiedzy na temat zachowań pacjenta, ani kontroli nad nimi. Z definicji kontakt e-mailowy wiąże się według nich z brakiem bezpośredniego dostępu do pacjenta, który nierzadko może podejmować działania zagrażające jego zdrowiu i życiu. Oczywiście takie zachowania mogą pojawić się także podczas tradycyjnej terapii, jednak

w jej przypadku można niewątpliwie mówić o lepszym dostępie do pacjenta [20]. Krytycy e-maili jako dodatku do tradycyjnej terapii wskazują także na trudność w rozpoznaniu na odległość symulacji choroby przez rzekomych chorych [21, s. 217]. Pośrednio potwierdzając powyższe zarzuty, The UK General Medical Council podkreśla, że kontakt za pośrednictwem e-maili nie jest zalecany w przypadku, gdy pacjent nie jest znany terapeutce [21], gdy „terapeuta nawet nie widział «pacjenta»” [21, s. 217], nie zostało przeprowadzone żadne jego badanie przed przystąpieniem do interwencji z wykorzystaniem e-maili oraz nie jest możliwe rzetelne monitorowanie jego stanu po zakończeniu kolejnych etapów terapii [21]. Ustalenia The UK General Medical Council są niewątpliwie konieczne do zabezpieczenia dobra pacjenta, zwłaszcza że, jak twierdzi Yager [1], klinicysta może czasami błędnie rozpoznawać komunikaty pacjenta, co może się okazać fatalne w skutkach, gdy jego stan wymaga niezwłocznego kontaktu twarzą w twarz lub przynajmniej rozmowy telefonicznej. Niestety, w takich przypadkach kontakt e-mailowy nie może pacjentowi zagwarantować ani pomocy, ani bezpieczeństwa. Niektórzy terapeuci w skrajnych sytuacjach, gdy domyślają się, że pacjent jest w złym stanie psychicznym, stosują tak zwany wirtualny uścisk (ang. „virtual hug”) [1, s. 136], a mianowicie telefonują do niego i rozmawiają z nim lub zapisują go na dodatkową sesję. Gdy pacjent uczy się lub studiuje, terapeuta dociera do niego poprzez nauczycieli lub kolegów, aby spotkać się i zapobiec pogarszaniu się jego stanu [20].

Zaniechanie formy kontaktu terapeutycznego

Dużym zagrożeniem dla skuteczności psychoterapii wspieranej przez e-maile są zaniechania zarówno ze strony pacjentów, jak i samych terapeutów. Szczególnym wyzwaniem dla terapeutów wykorzystujących w terapii e-mail są ci pacjenci, którzy podchodzą z dystansem do terapii i zaniechają zadanie pisania e-maili. Zdarzają się także kłopotliwi pacjenci piszący dziesiątki e-maili tygodniowo, a także ci, którzy wysyłają informacje w żaden sposób niepowiązane z ich problemem psychicznym. Warto dodać, że spontaniczność może mieć zarówno plusy i minusy, w tym przypadku mówimy o spontaniczności, która przekracza granicę relacji terapeutycznej [1]. W zupełnie innej grupie należałoby umieścić pacjentów, którzy, jak twierdzi Yager, „po prostu nie lubią e-maili” [2, s. 207] — w takiej sytuacji bezcelowe wydaje się ich motywowanie do nieprzyjemnej dla nich czynności. Przyczyną nieporozumień w kontakcie terapeutycznym mogą być także sami terapeuci, zwłaszcza ci, którzy mają niedobry zwyczaj odpowiadania na e-maile z dużym opóźnieniem, czego konsekwencją może być duża nieufność pacjenta, a nawet zerwanie przez niego kontaktu z terapeutą [1].

Poufność informacji

Jak już wspomniano w niniejszym artykule, słowo „prywatność”, które pojawiło się w tekście Robinsona i Serfaty’ego [21, s. 211], zostało tam potraktowane jako zaleta terapii z wykorzystaniem e-maila, jednak ten termin właśnie w tym miejscu tekstu badaczy należy uznać za niefortunny, ponieważ to właśnie oni w swoim artykule na następnych stronach opisują niebezpieczeństwo zagrożenia wspomnianej prywatności pacjentów. Yager [2, s. 206] wymienia to zagrożenie wśród najpoważniejszych niebezpieczeństw wykorzystania komunikacji elektronicznej w psychoterapii. Najczęstszym przypadkiem utraty prywatności

przez pacjenta uczestniczącego w terapii jest dostęp, jaki mogą mieć do treści e-maili osoby trzecie, na przykład poprzez korzystanie całej rodziny z jednego komputera pozbawionego hasła dostępu. Zdarza się także, że terapeuta nieostrożnie włącza w odpowiedź informację, którą otrzymał od pacjenta [21, s. 206] i w ten sposób niepożądane osoby dowiadują się o jego problemie. Oczywiście ryzyko takich sytuacji można minimalizować, na przykład poprzez hasłowy dostęp do skrzynki e-mailowej [20] czy dyskrecję polegającą na unikaniu przesyłania przez terapeutę informacji z załączonym e-mailem pacjenta [1]. Bardzo często przed przystąpieniem do wymiany e-maili pacjenci informowani są przez terapeutę o konieczności korzystania z prywatnych adresów oraz pomijania informacji, których według nich w żadnym razie nie powinien przeczytać ktoś obcy, a które będzie można przekazać podczas spotkania [1]. Taki osobisty, ale unikający najbardziej wstydlivych tajemnic, przekaz określa się jako „bezpieczny tekst” (ang. „safe text”) [1, s. 136]. Pacjenci powinni także być powiadomieni, że ich wiadomości mogą zostać włączone do prac naukowych, oczywiście przy zachowaniu zasady całkowitej anonimowości. Niewątpliwie, przed rozpoczęciem terapii wykorzystującej pocztę elektroniczną, należy powiadomić pacjenta, że e-maile nie są najbezpieczniejszym sposobem komunikacji [1], a jego przyzwolenie na taką formę terapii powinno być wyrażone pisemnie w formie deklaracji.

Należy dodać, że prawdopodobnie kwestią niedalekiej przyszłości jest płatność także za kontakt e-mailowy, stanowiący obok wizyt (kontaktów twarzą w twarz) integralną część psychoterapii [1, 2].

Wady terapii z wykorzystaniem poczty elektronicznej w ocenie pacjentów

Poniżej zostaną przedstawione wypowiedzi pacjentów oceniające negatywnie terapię połączoną z wymianą e-maili, w której uczestniczyli.

„Pisanie jest właściwie tak samo trudne jak mówienie”. „Terapia e-mailowa jest łatwiejsza do zignorowania”. „Podczas terapii e-mailowej traci się osobisty kontakt z terapeutą”. „Terapia wykorzystująca kontakt e-mailowy jest trochę chłodna”. „Podczas kontaktu e-mailowego łatwiej o nieporozumienie” [21, s. 214]. „Podczas takiej terapii tracę do pewnego stopnia kontakt osobisty, który jest trudno nawiązać za pośrednictwem komputera”. „Komentarze były pomocne i trafne, lecz [...] brakowało mi bezpośredniego kontaktu”. „Bezpośrednie zaangażowanie w kontakt z osobą, z którą można bezpośrednio wchodzić w interakcję, może być ważny i mniej »anonimowy« ”. „E-mail jest dosyć chłodnym sposobem komunikacji, ponieważ z definicji niemożliwa jest w tym wypadku komunikacja niewerbalna, a więc i ton głosu, w jakim pewne słowa są wypowiedane” [21, s. 216].

Wyniki badań nad skutecznością kontaktu e-mailowego na przykładzie pacjentów z bulimią i kompulsywnym przejadaniem się

Jedno z pierwszych badań, których celem było określenie skuteczności komunikacji elektronicznej w przypadku pacjentów z zaburzeniami jedzenia, przeprowadzone zostało przez Robinsona i Serfaty’ego. Do ograniczeń powyższego badania należy zaliczyć to, że nie dotyczyło ono psychoterapii wzbogaconej kontaktem e-mailowym, a jedynie samej komunikacji elektronicznej, która stanowiła w tym wypadku bazę interwencji terapeutycznej. Do badania przystąpiono po zaaprobowaniu jego procedury przez Naukowy Komitet

Etyczny. Badanych poinformowano o minimalnej częstotliwości, z jaką powinni przysyłać e-maile do terapeuty — wynosiła ona dwie wiadomości tygodniowo. W badaniu uczestniczyły dwadzieścia trzy kobiety z bulimią i kompulsywnym przejadaniem się z jednego z londyńskich college'ów, jednak z powodu wycofania się czterech osób z udziału w badaniu w jego trakcie, ostatecznie brało w nim udział dziewiętnaście osób. Trzymiesięczną interwencję terapeutyczną za pośrednictwem e-maili przeprowadzali dwaj terapeuci; jeden z nich pracował w konwencji poznawczo-behawioralnej, drugi — prezentował bardziej eklektyczne podejście [20]. Osoby badane przydzielone zostały losowo do jednego z terapeutów, przy czym w analizie wyników badań nie uwzględniano skuteczności terapii w zależności od jej typu, co niewątpliwie stanowiło drugie, obok wyżej wymienionego, ograniczenie omawianego badania.

Aby zbadać skuteczność zastosowania e-maili jako metody psychoterapii, osoby badane dwukrotnie (na początku i pod koniec interwencji) przebadano pod względem wagi ciała (narzędzie: Body Mass Index — BMI), nasilenia depresji (narzędzie: Beck Depression Inventory — BDI) oraz nasilenia symptomów bulimicznych (narzędzie: Bulimic Investigatory Test Edinburgh — BITE).

Wyniki badań ujawniły brak zmian pod względem BMI oraz zmniejszenie się liczby symptomów depresji i bulimii pod wpływem interwencji [21]. Analiza statystyczna wyników ujawniła także umiarkowaną dodatnią korelację między liczbą słów, które zawierały e-maile pacjentów, a wynikami kwestionariuszy: BDI i BITE. Współczynniki korelacji *r*-Pearsona wynosiły dla BDI — 0,44, a dla dwóch skal BITE kolejno 0,42 i 0,41 [21, s. 216]. Warto dodać, że metaanaliza licznych badań przeprowadzona przez Robinsona i Serfaty'ego nie wykazała istotnych statystycznie różnic między tradycyjną interwencją a oddziaływaniem za pośrednictwem e-maili pod względem „wypadania” (ang. „drop-out”) z terapii [20].

Jakościowa analiza wypowiedzi badanych ujawniła mniej zachęcające wyniki. Większość respondentów odpowiadała, że ten kontakt e-mailowy pomógł im w sensie zredukowania symptomów zaburzeń jedzenia lub pomocy w podjęciu decyzji o leczeniu w klinice, jednak wiele opinii cechowała daleko idąca ostrożność. Pomimo że zdarzały się entuzjastyczne komentarze, a wielu pacjentów akceptowało ten typ interwencji [20], po szczegółowej analizie ich wypowiedzi po ukończeniu terapii okazało się, że 53% wybrałoby terapię twarzą w twarz, a jedynie 26% — terapię poprzez e-maile [21]. W najlepszym razie za Robinsonem i Serfatym można powiedzieć, że opinie pacjentów o skuteczności stosowania e-maila były zbalansowane, co oznacza, że opinii negatywnych było mniej więcej tyle samo, co opinii pozytywnych [21], a pomimo pojawiających się w wypowiedziach badanych pełnych podekscytowania zapowiedzi o kontynuowaniu leczenia twarzą w twarz, w rzeczywistości stało się to udziałem niewielu osób [21]. Należy wspomnieć także o jednym bardzo ważnym ograniczeniu omawianego badania, którym był niewątpliwie brak grupy kontrolnej. Powinny ją tworzyć osoby z zaburzeniami jedzenia uczestniczące w tradycyjnej psychoterapii. Podsumowując, stwierdzenie Yagera [2], że w zasadzie nie można mówić o negatywnych konsekwencjach kontaktu e-mailowego, można uznać za uzasadnione, jednak brak negatywnych konsekwencji nie oznacza, że o tym typie kontaktu, zwłaszcza gdy traktowany jest jako baza psychoterapii, można mówić w samych superlatywach.

Zakończenie

Zastosowanie komunikacji elektronicznej jako elementu wzbogacającego tradycyjną psychoterapię ma wielu zwolenników, ale jeszcze więcej krytyków. Zadaniem niniejszego artykułu była przede wszystkim teoretyczna analiza potencjalnych zalet i wad takiej formy psychoterapii. Sprawdzanie jej skuteczności, jak już wspomniano we wprowadzeniu, jest w fazie badań eksperymentalnych, a wyniki dotychczasowych badań można określić jako co najwyżej wstępne ze względu na ich niekonkluzywność i braki metodologiczne. Zatem nawet stwierdzenie, że „potencjalne korzyści tego podejścia w dużej mierze przewyższają niebezpieczeństwa” [20, s. 191], wydaje się bronić słowo „potencjalny”. Chociaż nie można zapominać o zaletach komunikacji elektronicznej w pomocy wycofanym czy mającym utrudniony dostęp do terapii pacjentom, jednak biorąc pod uwagę zagrożenia, jakie niesie ze sobą to medium, na przykład brak monitoringu nad pacjentem w kryzysie czy utrata prywatności, należy, szczególnie do entuzjastycznych ocen tego typu interwencji, podchodzić z dystansem. Nie można zapominać, że rzetelność danych o rzeczywistych zaletach terapii wzbogaconej e-mailami pozostaje wciąż kwestią przyszłości, a pokusa zastąpienia kontaktem e-mailowym tradycyjnego kontaktu terapeutycznego twarzą w twarz może okazać się poważnym wyzwaniem dla etyki współczesnej psychoterapii.

Piśmiennictwo

1. Yager J. E-mail as a therapeutic adjunct in the outpatient treatment of anorexia nervosa: illustrative case material and discussion of the issues. *Int. J. Eat. Disord.* 2001; 29, 2: 125–138.
2. Yager J. E-mail therapy for anorexia nervosa: prospects and limitations. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2003; 11, 3: 198–209.
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 edition) Text revision. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.; 2000.
4. Draper H. Anorexia nervosa and respecting a refusal of life-prolonging therapy: A limited justification. *Bioethics* 2000; 14, 2: 120–133.
5. Gans M, Gunn WB. End stage anorexia: criteria for competence to refuse treatment. *Int. J. Law Psychiatry* 2003; 26, 6: 677–695.
6. Pompili M, Tatarelli R. Eating disorders, especially anorexia nervosa, are associated with an increased risk of attempted suicide in young women. *Evidence-Based Mental Health* 2005; 8, 1: 20.
7. Pompili M, Mancineffi I, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in anorexia nervosa. A meta-analysis. *Int. J. Eat. Disord.* 2004; 36, 1: 99–103.
8. Fichter MM, Quadflieg N. Six-year course of bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 1997; 22, 4: 361–384.
9. Fichter MM, Quadflieg N. Twelve-year course of bulimia nervosa. *Psychol. Med.* 2004; 34, 8: 1395–1406.
10. Crow S, Praus B. Mortality from eating disorders. A 5 to 10-year record linkage study. *Int. J. Eat. Disord.* 1999; 26, 1: 97–101.
11. Mehler PS, Crews C, Weiner K. Bulimia: medical complications. *J. Women's Health* 2004; 13, 6: 668–675.
12. Mitchell JE, Seim HC, Colon E, Pomeroy C. Medical complications and medical management of bulimia. *Ann. Intern. Med.* 1987; 107, 1: 71–77.

13. Coecos M, Taieb O, Benoit-Lamy S, Paternity S, Jeamment P, Flament MF. Suicide attempts in women with bulimia nervosa: frequency and characteristics. *Acta Psychiatr. Scand.* 2002; 106, 5: 381–386.
14. Anderson ChB, Carter FA, McIntosh VV, Joyce PR, Bulik CM. Self-harm and suicide attempts in individuals with bulimia nervosa. *Eat. Disord. J. Treat. Prev.* 2002; 10, 3: 227–243.
15. <http://www.ab-server.de>
16. Grunwald M, Busse JC. Online consulting service for eating disorders – analysis and perspectives. *Comp. Hum. Beh.* 2003; 19, 4: 469–477.
17. Tiller JM, Sloane G, Schmidt U, Troop N, Power M, Treasure JL. Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 1997; 21, 1: 31–38.
18. Rorty M, Yager J, Buckwalter JG, Rossotto E. Social support, social adjustment, and recovery status in bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 1999; 26, 1: 1–12.
19. Giordano S. Anorexia nervosa and its moral foundations, *The Int. J. Child. Right.* 2005; 13, 1–2: 149–160.
20. Robinson PH, Serfaty MA. The use of e-mail in the identification of bulimia nervosa and its treatment. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2001; 9, 3: 182–193.
21. Robinson PH, Serfaty MA. Computers, e-mail and therapy in eating disorders. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2003; 11, 3: 210–221.
22. Tobin DL, Griffing AS. Coping and depression in bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 1995; 18, 4: 359–363
23. Johnson CL, Stuckey MK, Lewis LD, Schwartz DM. A survey of 509 cases of self-reported bulimia. W: Darby PL, Garfinkel PE, Garner DM, Coscina DV, red. *Anorexia nervosa. Recent developments in research.* New York: Alan R. Liss; 1983, s. 159–173.
24. Tate DF, Zabinski MF. Computer and Internet applications for psychological treatment: update for clinicians. *I. Clin. Psychol.* 2004; 60, 2: 209–222.
25. Myers TC, Swan-Kremeier L, Wonderlich S, Lancaster K, Mitchell J. The use of alternative delivery systems and new technologies in the treatment of patients with eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2004; 36, 2: 123–143.

Akademia Pedagogiki Specjalnej
ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa
tel. 022 658 00 69
e-mail: eltram@life.pl