

INTERNETOWA POMOC PSYCHOLOGICZNA

INTERNET THERAPY

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Kierownik kliniki: prof. dr hab. med. Maria Siwiak-Kobayashi

Internet therapy

Przedstawiona praca opiera się na przeglądzie piśmiennictwa dotyczącego współczesnego zjawiska zwanego „terapią internetową”. Autorka wykazuje w niej zasadniczą różnicę uniemożliwiającą zaliczenie go do pojęcia „psychoterapii”. Określa jednocześnie warunki, pod którymi może być użyteczne w określonych sytuacjach jako forma pomocy psychologicznej.

The fast development of sciences and internet offers wide opportunities and one of them resulted in a new form of therapy called cybertherapy, intherapy, online psychotherapy or e-therapy. Sessions proceeded via the web, not through the face to face meetings. Both the therapist and patient may be located in different places, keeping contact via the internet. This method, however accepted by patients and therapists causes worries and doubts about its efficacy as well.

Aim. The aim of this article is to show what e-therapy is, as well as to try to find the answer to the questions based on the publication review:

- Is there a comparability between traditional psychotherapy and e-therapy?
- What are the indications for e-therapy use?
- Is e-therapy compliant with ethics code of therapy?
- How to use the opportunities given by internet therapy development?

Results: E-therapy is a form of consultation. The author presents publications of researchers who based themselves on cognitive-behavioral therapy, which was effective in the treatment of depressive disorders, anxiety disorders, depressive-anxiety disorders, PTSD, irritable bowel syndrome, bulimia etc. Especially positive outcomes were observed in treatment of anxiety disorders. Results are promising, however the scope of e-therapy use must be carefully defined. Polish ethics code of psychotherapy does not apply to therapeutical contacts via web. We can find directions in American Psychiatric Association advising that despite of the nature of the contact, the same ethical rules should be applied. E-therapy will not replace traditional therapeutical contact but may be considered as an additional method to initiate traditional therapeutical interaction.

Wstęp

W związku z coraz szerszymi możliwościami komunikowania się dzięki rozwojowi techniki i internetu pojawiła się nowa forma prowadzenia terapii nazywana cyberterapią, terapią online, interapią lub e-terapią. Odbywa się ona w sieci, a nie podczas spotkania w gabinecie psychoterapeuty. Pacjent i terapeuta mogą znajdować się w dowolnych miejscach i nawiązywać ze sobą kontakt za pośrednictwem internetu.

Rozwój terapii internetowej ściśle się wiąże z rozwojem internetu. Ważne daty jego historii to:

- 1969 r. — zainstalowanie sieci koordynujących badania naukowe (APRANET) na Uniwersytecie Kalifornijskim w Los Angeles.

- 1991 r. — początek dostępności internetu w Polsce, najpierw w obrębie instytucji naukowo-badawczych, od 1994 r. dla wszystkich.
- Koniec lat 90. — stały powolny wzrost zainteresowania internetem w Polsce, od 2005 r. znaczny. Obecnie powyżej 50% Polaków ma do niego dostęp.

Historia e-terapii:

- 1972 r. — symulacja sesji psychoterapii, w której uczestniczyły osoby znajdujące się przy komputerach na Uniwersytecie Stanford i na Uniwersytecie Kalifornijskim, podczas międzynarodowej konferencji na temat komunikacji komputerowej.
- 1976 r. — wejście na rynek komputerów osobistych (PC), pojawienie się pierwszych internetowych grup wsparcia.
- 1986 r. — pojawienie się pierwszego bezpłatnego serwisu zdrowia psychicznego na Uniwersytecie Cornell w Ithaca z poradami on-line o nazwie Ask uncle Ezra (Zapytaj wujka Ezra).
- 1993 r. — założenie przez lekarza Ivana Goldberga serwisu z nieodpłatnymi poradami online dotyczącymi problematyki leczenia depresji.
- 1994 r. — w Anglii zawiązuje się stowarzyszenie „Samarytanie”, oferujące bezpłatne porady dla osób w kryzysie emocjonalnym. (W 2001 r. udziela ono porad za pomocą e-maila 64 tysiącom osób.)
- 1995 r. — oferta Johna Grohola, psychologa, bezpłatnych porad na czacie dotyczących zdrowia psychicznego.
- 1995 r. — pojawienie się serwisów z poradami, odpowiedziami na pytania i konsultacjami za opłatą (np. „zapłać, jeśli pomogło”). Nawiązywanie trwającego dłużej niż jedna porada kontaktu terapeutycznego.
- 1995 r. — założenie przez Eda Needhama portalu Cyberpsych i skupienie się na terapeutycznym kontakcie za pomocą czatu odbywającego się w realnym czasie.
- 1997 r. — powstanie w Stanach Zjednoczonych organizacji non-profit ISMHO (International Society for Mental Health Online), promującej komunikację online w pomocy osobom z problemami psychicznymi, wyznaczającej standardy pomocy online, integrującej środowisko e-terapeutów, prowadzącej projekty badawcze nad efektywnością e-terapii, udzielającej też e-terapeutom porad i wskazówek.
- Lata 90. — pojawienie się pomysłu na skomputeryzowane pakiety terapii poznawczo-behawioralnej do samodzielnego zastosowania bez interwencji terapeuty [1].
- W dalszych latach powstawanie organizacji zwanych e-klinikami (mytherapynet.com, helphorizons.com, psychologyonline.co.uk), zrzeszających terapeutów i dbających o zabezpieczenie poufności informacji przepływających między terapeutą a pacjentem, a także o realizację opłat za pomoc. Wiele z tych organizacji działa nieprzerwanie do tej pory. Poza tym pojawiają się coraz większej ilości indywidualnych gabinetów psychologicznych i psychoterapeutycznych oferujących usługę e-pomocy.

Obserwując historię e-terapii widzimy, w jaki sposób się ona zmienia, w którym kierunku ewoluuje, wykorzystując nowe możliwości komunikacji za pośrednictwem internetu: od informacji ogólnych na temat zdrowia psychicznego, poprzez odpowiedź na konkretne pytanie — uzyskiwaną po jakimś czasie lub od razu, do rozmowy w realnym czasie i pakietów poznawczo-behawioralnych przeznaczonych dla osób z określonymi problemami.

Obecnie e-terapia może odbywać się za pomocą różnych rodzajów interakcji między profesjonalistami zajmującymi się problematyką zdrowia psychicznego a pacjentami, w formach takich, jak: edukacja w zakresie problematyki zdrowia psychicznego, poradnictwo, internetowy kontakt uzupełniający tradycyjną psychoterapię, wideokonferencje. Kontakt terapeutyczny z profesjonalistą przez internet może odbywać się synchronicznie (po pytaniu następuje od razu odpowiedź, np. czat, skype) lub asynchronicznie (przerwa między pytaniem a odpowiedzią, np. e-mail). Warto tu wspomnieć o możliwości wzajemnego wspierania się za pośrednictwem internetu przez osoby z problemami, czyli grupy samopomocowe i grupy wsparcia (fora internetowe, czaty).

Terapia internetowa w Polsce

W Polsce od kilku lat rośnie liczba gabinetów i poradni internetowych, w których terapeuci oferują odpłatną pomoc w różnych problemach za pośrednictwem tego medium. Przykładem może być Poradnia Internetowa Grupy Synapsis Online, która istnieje od 1 marca 2003 r. Pełni funkcję edukacyjną (informacje o chorobach, zaburzeniach) i poradnianą. W ciągu pierwszych pięciu lat swojej działalności udzieliła ona porad online ponad 2 tysiącom osób.

Z badań przeprowadzonych za pomocą internetowej ankiety dla terapeutów wynika, że najczęściej stosowany nurt w internetowej pomocy psychologicznej w Polsce to nurt poznawczo-behawioralny; najczęściej pomoc ta to jednorazowa konsultacja [2].

Cele pracy

E-terapia budzi wśród pacjentów i psychoterapeutów zarówno zainteresowanie, jak i wątpliwości co do swojej skuteczności. Celem tego opracowania jest przybliżenie wiedzy dotyczącej e-terapii i poszukiwanie odpowiedzi, na podstawie dostępnej literatury, na następujące pytania:

1. Czy można postawić znak równości między tradycyjną psychoterapią a cyberterapią?
2. Czy cyberterapia jest zgodna z zasadami etycznymi psychoterapeuty?
3. W leczeniu jakich problemów skuteczna i wskazana jest cyberterapia?
4. Jak wykorzystać możliwości komunikacji przez internet dla rozwoju psychoterapii?

Omówienie

Ad 1. Chcąc dokonać porównania tradycyjnej psychoterapii z terapią internetową warto się zastanowić, jak zdefiniować oddziaływanie terapeutyczne za pośrednictwem internetu, a także, jakie są możliwości postawienia diagnozy w przypadku kontaktu internetowego, jaki wpływ ma kontakt internetowy na relację między terapeutą a pacjentem, jakie niebezpieczeństwa wiążą się z tą formą pomocy.

Psychoterapia czy forma poradnictwa?

Status e-terapii pozostaje niejasny. Już sama mnogość określeń tej działalności (poradnictwo internetowe, e-poradnictwo, poradnictwo e-mailowe, poradnictwo w sieci, e-psychoterapia, e-terapia, psychoterapia internetowa, psychoterapia online, terapia online,

poradnictwo online, cyberterapia, interapia) może świadczyć o trudności z zaklasyfikowaniem aktywności profesjonalistów z zakresu zdrowia psychicznego pomagających za pośrednictwem internetu.

Aby przyjrzeć się różnicom między psychoterapią a poradnictwem, podaję kilka wybranych definicji psychoterapii, gdyż nie ma sprecyzowanej jednej definicji tych oddziaływań:

Norcross definiuje psychoterapię jako „świadome i zamierzone zastosowanie metod klinicznych i zabiegów interpersonalnych, pochodzących ze sprawdzonych twierdzeń nauk psychologicznych, w celu towarzyszenia ludziom w modyfikacji ich zachowań, właściwości poznawczych, emocji i/lub innych osobistych charakterystyk na takie, które wydają się uczestnikom tego procesu pożądane” [3]. Według L. R. Wolberga „psychoterapia to leczenie środkami psychologicznymi problemów natury emocjonalnej, w którym osoba wyszkolona celowo nawiązuje profesjonalną relację w celu: usunięcia lub zmniejszenia istniejących objawów, zmiany zaburzonych schematów zachowania, spowodowania pozytywnego rozwoju osobowości (zwiększenia repertuaru zachowań, zwiększenia elastyczności, poprawy relacji z innymi)” [4].

J. Aleksandrowicz opisuje psychoterapię jako „oddziaływania psychologiczne mające na celu leczenie — usuwanie zaburzeń przeżywanych przez jednostkę lub określanych przez otoczenie jako choroba, oddziaływania wpływające na stan czynnościowy narządów, przeżywanie i zachowanie poprzez zmianę procesów psychicznych chorego w zakresach, w których jest to niezbędne do usunięcia przyczyny i objawów choroby” [5, s. 15].

J. Cz. Czabała uważa, że „psychoterapia to metoda leczenia, która ma na celu doprowadzenie do zmian, które pozwolą na usunięcie lub zmniejszenie nasilenia objawów” [6, s. 19].

Innym rodzajem oddziaływania jest pomoc psychologiczna lub poradnictwo psychologiczne, które J. Aleksandrowicz zalicza do form pomocy psychospołecznej (wraz z psychoedukacją, daniem oparcia w indywidualnej relacji, grupami wsparcia dla osób z konkretnymi problemami). Uważa, że ważne jest, aby odróżnić psychoterapię od poradnictwa — które zajmuje się „przede wszystkim wspieraniem osób zdrowych w radzeniu sobie z różnymi dysfunkcjami, wywołanymi (podobnie jak zaburzenia zdrowia) specyfiką przeżywania i niekorzystnymi okolicznościami w ich rozwoju, ale niemającymi charakteru choroby” [7, s.178] — gdyż „są to odmienne i relatywnie niezależne rodzaje profesjonalnych usług, wymagające odmiennego przygotowania zawodowego” [7, s.180] „Celem tej pomocy (poradnictwa) jest doraźne usunięcie aktualnych powodów bezradności, nie uwalniając podmiotu od przyczyn powodujących niemożność poradzenia sobie z jakimś bieżącym problemem” [7, s. 178].

Przy udzielaniu pomocy ważne jest, aby zrozumieć istotę skargi, „psychoterapia musi być poprzedzona zrozumieniem istoty zaburzenia, często nie wyrażonej w treści skargi” [7, s. 179] Pomoc psychospołeczna ma znacznie szersze zastosowanie w medycynie niż psychoterapia, która jest wskazana jedynie w niektórych rodzajach zaburzeń [7].

Diagnoza

Przed podjęciem leczenia najważniejsze jest postawienie wstępnej diagnozy. W tradycyjnej psychoterapii pierwsze spotkanie lub spotkania wykorzystuje się do zebrania

wywiadu, przyjrzenia się dolegliwościom, z powodu których zgłasza się pacjent, jego zachowaniom, reakcjom emocjonalnym przy poruszaniu różnych tematów, jego mimice, gestykulacji. Następnie można postawić wstępne rozpoznanie i planować leczenie. W trakcie leczenia, na podstawie dłuższej obserwacji pacjenta, można weryfikować rozpoznanie wstępne.

W przypadku e-terapii jest inaczej, ponieważ „spotkanie” odbywa się w innych warunkach — albo za pośrednictwem słowa pisanego (e-mail, czat lub forum) albo wideokonferencji (skype). Brak sygnałów niewerbalnych może uniemożliwiać terapeutę trafną ocenę stanu emocjonalnego pacjenta, utrudniać obustronne porozumienie się (nieprawidłowa interpretacja słów pacjenta czy terapeuty). Z treści artykułu 9 Kodeksu etyki lekarskiej wynika, że lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta, a wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość. Brytyjski General Medical Council nie zaleca kontaktu terapeutycznego za pomocą e-maili, jeśli pacjent nie jest znany osobiście terapeutę. Nie jest więc możliwe postawienie rozpoznania i leczenie z pominięciem osobistego kontaktu z pacjentem.

Relacja

W e-terapii relacja pacjent — terapeuta jest inna niż w tradycyjnej psychoterapii. To nie pacjent przychodzi do gabinetu terapeuty, ale oboje są „gośćmi” internetu. Najczęstszą formą kontaktu przy poszukiwaniu, ale i oferowaniu pomocy internetowej, jest e-mail. Może to dać pacjentowi poczucie większej anonimowości, kontroli sytuacji i bezpieczeństwa. Dzięki temu pacjentowi może być łatwiej poruszyć trudne tematy. Ale kontakt internetowy stwarza większy dystans między pacjentem a terapeutą, może utrudniać zrozumienie się i nawiązanie relacji.

Bezpieczeństwo e-terapii

Pacjent powinien mieć informację o tym, jak się nazywa terapeuta, jakie ma kwalifikacje, jaką alternatywną drogą może się z nim skontaktować, gdyby internetowa zawiodła. Aby kontakty online z terapeutą były poufne, warto, aby obie strony — czyli terapeuta i pacjent — wiedziały, jak o to zadbać. Sytuacje, w których informacje mogą dostać się w niepowołane ręce to: zgubienie lub kradzież komputera, w którym zapisana jest treść sesji, sprzedaż lub przekazanie komputera innej osobie, dostęp do komputera osób niepowołanych, przechowywanie wydrukowanych sesji w ogólnie dostępnym miejscu lub ich zgubienie. Terapeuta powinien poinformować pacjenta o powyższych zagrożeniach, jak również sam dbać o zachowanie zasad bezpieczeństwa. Jeżeli pacjent deklaruje chęć podjęcia terapii online, warto rozważyć uzyskanie jego pisemnej zgody na taką formę komunikacji.

Podsumowując, terapii internetowej nie można uznać za formę leczenia, gdyż nie ma możliwości postawienia diagnozy na podstawie kontaktu internetowego. Trudno też w ten sposób nawiązać relację terapeutyczną i wykorzystać ją w leczeniu. Cyberterapia może pełnić jedynie rolę informacyjną, edukacyjną, wspierającą w trudnej sytuacji, a nie leczącą (terapeutyczną). Moim zdaniem e-terapię należy uznać za jedną z form pomocy psychospołecznej, czyli wsparcia osób zdrowych w radzeniu sobie z różnymi dysfunkcjami, a nie

psychoterapię. W związku z tym, w dalszym ciągu tej pracy na tę formę oddziaływania będą używać określenia pomoc internetowa.

Korzyści związane z pomocą internetową:

- możliwość pomocy osobom, które nie zdecydowałyby się z różnych powodów na tradycyjną psychoterapię,
- możliwość „spotkania” ze specjalistą bez wychodzenia z domu, pokonywania dużej odległości,
- możliwość kontaktu z terapeutą w dowolnym czasie,
- niższe koszty dla pacjenta i terapeuty,
- większa anonimowość może dawać większe „poczucie bezpieczeństwa” pacjentowi,
- pisanie o swoich problemach dające możliwość odreagowania i refleksji,
- możliwość archiwizowania sesji.

Ograniczenia pomocy internetowej:

- niemożliwe postawienie rozpoznania oraz pomoc osobom z poważnymi schorzeniami psychicznymi, ryzykowne prowadzenie pacjenta z myślami samobójczymi,
- brak pełnej informacji o pacjencie (brak sygnałów niewerbalnych),
- wątpliwości, czy pomoc internetowa nie podtrzymuje zaburzeń, w których utrudnione są relacje interpersonalne,
- brak konkretnych wytycznych i ustaleń dla terapeutów, którzy chcą udzielać pomocy internetowej.

Ad. 2

Kodeks etyczny psychoterapeuty podaje, że nieetyczne jest stosowanie bez szczególnego namysłu i ostrożności oraz dbałości o interes pacjenta wszelkiego rodzaju technik bądź procedur, które mogą mieć charakter niekonwencjonalny. Kodeks etyki lekarskiej dopuszcza możliwość podejmowania leczenia jedynie po uprzednim osobistym zbadaniu pacjenta. APA (American Psychological Association) uważa, że terapeutę obowiązują takie same zasady etyczne, niezależnie od tego, czy ma z pacjentem kontakt osobisty, czy za pośrednictwem internetu. Konkludując, pomoc internetową najlepiej zaproponować po wstępnym osobistym kontakcie z pacjentem; należy jej udzielać ze szczególnym namysłem i ostrożnością, a także dbałością o interes pacjenta, stosując się do zasad Kodeksu etyki psychoterapeuty.

Ad. 3

Badania nad zjawiskiem i skutecznością pomocy internetowej prowadzone są od końca lat 90. XX wieku. Za ich prekursora uważa się Alfreda Lange z uniwersytetu w Amsterdamie [8]. Pomoc internetowa w Polsce i na świecie w większości przypadków opiera się na podstawach terapii poznawczo-behawioralnej.

W zakresie oceny skuteczności tej formy pomocy zostały przeprowadzone badania pacjentów z takimi problemami, jak:

- Zaburzenia depresyjne (17 badań). We wszystkich badaniach zastosowano terapię poznawczo-behawioralną przez internet, bez dodatkowego kontaktu z terapeutą lub

z dodatkowym kontaktem z terapeutą przez internet lub osobiście. Porównywano skuteczność tradycyjnej psychoterapii z pomocą internetową pod postacią programów do samodzielnej realizacji z lub bez dodatkowych konsultacji z terapeutą. Wnioski, które zostały wyciągnięte przez badaczy: pomoc internetowa z dodatkowym kontaktem z terapeutą jest jednakowo skuteczna jak tradycyjna psychoterapia, pomoc internetowa uzyskana dzięki zastosowaniu gotowych pakietów terapeutycznych bez dodatkowego kontaktu z terapeutą jest skuteczna, ale w mniejszym stopniu niż tradycyjna psychoterapia. Wyniki uznano za obiecujące. Stwierdzono, że warto kontynuować badania, aby określić optymalne strategie stosowania pomocy internetowej [9–25].

- Zaburzenia lękowe: 9 badań dotyczących pacjentów z fobią społeczną [26–34], 7 — z lękiem panicznym [35–41], 6 — z zaburzeniami lękowymi uogólnionymi [42–47], 3 badania dotyczące pacjentów z zaburzeniami depresyjno-lękowymi [48–50], 1 badanie dotyczące fobii specyficznej — lęku przed pajakami [51], 1 — lęku przed chorobami [52]. Badania przeprowadzono porównując pomoc internetową bez dodatkowego kontaktu z terapeutą lub z dodatkowym kontaktem z terapeutą, z tradycyjną psychoterapią lub z grupą kontrolną. W wynikach badań stwierdzono, że tradycyjna psychoterapia i pomoc internetowa są jednakowo skuteczne, pomoc internetowa bez dodatkowego kontaktu z terapeutą jest tak samo skuteczna, jak pomoc internetowa z dodatkowym kontaktem z terapeutą. Skuteczność pomocy internetowej jest taka sama niezależnie od częstotliwości dodatkowego kontaktu z terapeutą. Badacze podnosili konieczność kontynuowania badań z większą grupą pacjentów, a także określenia długofalowej skuteczności pomocy internetowej. W zaburzeniach lękowych (fobicznych, uogólnionych, panicznych, mieszanych depresyjno-lękowych) i depresyjnych (reaktywnych) podjęto również badania metaanalizyczne. W dwóch metaanalizach (dotyczących 23 i 19 randomizowanych badań porównujących skuteczność pomocy internetowej z tradycyjną psychoterapią w różnych zaburzeniach lękowych) stwierdzono, że pomoc internetowa i tradycyjna psychoterapia są jednakowo skuteczne [53, 54]. Jedno opracowanie metaanalizyczne (12 randomizowanych badań) dotyczyło porównania skuteczności pomocy internetowej w zaburzeniach lękowych i zaburzeniach depresyjnych. Stwierdzono większą skuteczność pomocy internetowej w leczeniu zaburzeń lękowych niż depresyjnych [55].
- Zespół stresu pourazowego (8 badań): we wszystkich badaniach stwierdzono skuteczność pomocy internetowej w porównaniu z grupą kontrolną [8, 56–62]. W kilku badaniach, poza badaniem skuteczności tej metody, obserwowano również relację pacjenta z terapeutą. W jednym badaniu określono ją jako stabilną i pozytywną, w innych jako skuteczną i silną.
- Zespół jelita drażliwego (5 badań): obserwowano skuteczność pomocy internetowej w porównaniu z grupą kontrolną. Stwierdzono poprawę w zakresie objawów i poprawę jakości życia pacjentów. Podniesiono konieczność prowadzenia dalszych badań w celu oceny długoterminowej skuteczności takiej formy pomocy [63–67].
- Bulimia (5 badań): w jednym badaniu oceniano pomoc internetową w porównaniu z tradycyjną psychoterapią, a w czterech — w porównaniu z grupą kontrolną. Wyciągnięto wnioski, że pomoc internetowa skutecznie zmniejsza nasilenie objawów bulimicznych i stabilizuje nastrój, a także, że wskazane jest przeprowadzenie większej liczby badań

dla potwierdzenia skuteczności i opracowania profilu osób korzystających z terapeutycznych programów internetowych [68–72].

- Ból przewlekły (3 badania): oceniano skuteczność pomocy internetowej (przez komputer lub telefon) w porównaniu z grupą kontrolną. Stwierdzono zmniejszenie się nasilenia bólu i zwiększenie aktywności badanych [73–75].
- Otyłość (3 badania): wyniki wykazały spadek wagi, mniejsze spożycie tłuszczów, zwiększenie aktywności. Stwierdzono, że pomoc internetowa jest skuteczną metodą promującą zdrowy styl życia [76–78].
- Zaburzenia snu (2 badania): oceniano efektywność samej pomocy internetowej lub pomocy internetowej w połączeniu z edukacją w zakresie higieny snu w porównaniu z grupą kontrolną. W obu wariantach terapeutycznych nastąpiła poprawa jakości snu [79–80].
- Myśli samobójcze (2 badania): stwierdzono redukcję nasilenia myśli samobójczych. Mimo że takie badania mogą być dyskusyjne ze względu na ryzyko podjęcia próby samobójczej przez pacjenta, uzasadniano ich przeprowadzenie tym, że większość osób, które popełniają samobójstwo, nigdy nie miała kontaktu ze specjalistą w zakresie zdrowia psychicznego. A pomoc internetowa daje szansę na taki kontakt [81–82].

Pojedyncze badania nad efektywnością pomocy internetowej przeprowadzono w:

- zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych (wnioski badaczy: internet to obiecujące narzędzie, ale nie jako rywal tradycyjnej psychoterapii, tylko dodatkowa pomoc) [83],
- fibromialgii (porównanie skuteczności leczenia standardowego z leczeniem standardowym w połączeniu z pomocą internetową wykazało, że w przypadku dołączenia e-pomocy występuje większa poprawa funkcjonowania i osłabienie objawów) [84],
- przypadku bezpłodności (redukcja objawów depresyjnych, w porównaniu z grupą kontrolną, brak wpływu na płodność) [85],
- warunkach stresu w pracy (w porównaniu z grupą kontrolną, u osób korzystających z pomocy internetowej za pośrednictwem e-maila stwierdzono poprawę samopoczucia; wnioskowano przeprowadzenie badań porównujących tę pomoc z tradycyjną psychoterapią) [86].

Poza porównywaniem skuteczności e-terapii i tradycyjnej psychoterapii przeprowadzono też badania nad preferencjami dotyczącymi wyboru rodzaju terapii: w jednym badaniu 91% pacjentów wolało tradycyjną psychoterapię [87], w drugim takich osób było ponad 80% [88]. Najwięcej wyżej wymienionych badań przeprowadzono w Australii (19), Szwecji (18), Holandii (14) i Stanach Zjednoczonych (11). Pozostałe w Niemczech (8), Szwajcarii (2), Wielkiej Brytanii (3), Hiszpanii (4) i Norwegii (1).

Ad. 4

Komunikacja za pośrednictwem internetu nadal będzie się rozwijać. Ostatnie lata przynoszą nowe rozwiązania, które zmierzają do tego, aby mieć stały, ciągły dostęp do internetu (smartfony, tablety, notebooki). Redefiniuje to pojęcie „online” (bycie aktywnym, dostępnym w sieci). Niezależnie od odległości, w każdej chwili możemy w realnym czasie słyszeć się i widzieć dzięki internetowi. Ważny jest aspekt edukacyjny pomocy internetowej

(informacja ogólna o zaburzeniach, chorobach, możliwościach poradzenia sobie w danej sytuacji lub spersonalizowana, czyli konkretnej osoby odpowiedź na pytanie).

Wnioski

Uważam, że większość argumentów przemawia za zaklasyfikowaniem psychologicznej pomocy internetowej do poradnictwa. Pomoc internetowa daje możliwość szybkiego sięgnięcia po profesjonalną poradę psychologiczną. Ważne jest określenie, w jakich sytuacjach i w jakich problemach warto skorzystać z psychoterapii, a w jakich z pomocy internetowej. U pacjentów z chorobami psychicznymi i zaburzeniami psychicznymi o dużym nasileniu objawów nie sprawdza się taka forma pomocy.

Kodeks etyczny psychoterapeuty i kodeks etyki lekarskiej nie odnoszą się konkretnie do takiej formy oddziaływania jak pomoc internetowa, podczas której nie ma bezpośredniego kontaktu terapeuty z pacjentem. Kodeks etyczny psychoterapeuty mówi o metodach niekonwencjonalnych, w których stosowaniu zaleca się szczególną ostrożność i dbanie o dobro pacjenta. Kodeks etyki lekarskiej uznaje leczenie bez osobistego kontaktu jedynie w szczególnych okolicznościach wcześniej przeze mnie opisanych. Pomaganie za pośrednictwem internetu uwzględnia jedynie APA, dając wskazówkę, że niezależnie od tego, czy kontakt terapeuty z pacjentem jest bezpośredni, czy przez internet, należy kierować się takimi samymi zasadami etycznymi. A ponieważ zjawisko pomocy internetowej stało się częste, terapeuci powinni zachować uważność i zapewnić pacjentom najbardziej komfortowe warunki przy korzystaniu z ich pomocy (bezpieczeństwo danych, przejrzyste zasady dotyczące kontaktu w sytuacji nagłej, w razie potrzeby skierowanie do terapii z osobistym kontaktem). Warto wziąć pod uwagę zjawisko pomocy internetowej w dyskusjach nad opracowywaniem przyszłych edycji kodeksu psychoterapeuty, aby wyznaczyć jasne reguły pracy z pacjentem za pośrednictwem internetu, które byłyby wskazówkami dla terapeutów chcących pracować w ten sposób, a być może także rozważyć powołanie stowarzyszenia e-terapeutów, które wspierałoby ich rozwój.

Pomoc internetową można zaproponować pacjentowi dopiero po osobistym zbadaniu, a także rozważeniu, czy taka forma pomocy jest dla niego odpowiednia. Ważne jest również przekazanie pacjentowi informacji o tym, jakie są ograniczenia pomocy internetowej, jej możliwości. Warto rozważyć uzyskanie pisemnej zgody pacjenta na formę kontaktu przez internet.

We wszystkich przytoczonych wyżej badaniach pomoc internetowa była oparta na terapii poznawczo-behawioralnej, co wynika z tego, że w dążeniu do zmiany (wytworzenia akceptowalnych reakcji na bodźce, które do tej pory powodowały wystąpienie objawów) stosuje się techniki treningowe oparte na zasadach uczenia się. Terapeuta pełni funkcję dyrektywną, wyjaśnia, wspiera, motywuje, wyznacza zadania. Od pacjenta wymagana jest gotowość do pracy. Stwierdzono, że jest to efektywny rodzaj pomocy. W części badań dotyczących stosowania pomocy internetowej i tradycyjnej psychoterapii poprawa była porównywalna, a w części mniej efektywna niż w tradycyjnej psychoterapii. Efekty pomocy internetowej są obiecujące, szczególnie w zaburzeniach lękowych. Wnioski co do spektrum jej stosowania są ostrożne, co sugeruje prowadzenie dalszych badań z uwzględnieniem większej liczby pacjentów i ich dłuższej obserwacji. Pozwoli to również określić strategię i standardy pomocy internetowej.

Pomoc internetowa ze względu na swoje ograniczenia nie zastąpi psychoterapii. Świadczy o tym przede wszystkim różnica jakościowa między nimi — pomoc internetowa to poradnictwo, psychoterapia to leczenie. Większość pacjentów i terapeutów wybiera osobisty kontakt terapeutyczny, czyli psychoterapię. Pomoc internetowa najczęściej jest stosowana jako uzupełnienie tradycyjnego leczenia w określonych dolegliwościach i tylko u niektórych pacjentów. Może być ona skuteczna jako wstępna informacja przed podjęciem psychoterapii, edukacja, dodatkowy kontakt między sesjami psychoterapeutycznymi, wsparcie w sytuacji kryzysowej. Ciekawą formą pomocy są gotowe internetowe programy dla osób z konkretnym problemem, przeznaczone do samodzielnej realizacji. Cenne jest to, że grupa osób, które nie mają możliwości albo chęci poddania się psychoterapii, może skorzystać z pomocy internetowej¹.

Pomoc internetowa nie jest ani lepsza, ani gorsza od tradycyjnej psychoterapii, ale inna pod wieloma względami opisanymi powyżej [46]. Rozwija się bardzo dynamicznie zdobywając zwolenników (pacjentów i terapeutów).

Piśmiennictwo

1. Starzomska M., Perspektywy wykorzystania komunikacji elektronicznej w psychoterapii zaburzeń jedzenia. *Psychoter.* 2007; 1: 59–73.
2. Leśnicka A. Polskojęzyczna e-terapia — ankieta dla specjalistów prowadzących psychoterapię przez internet. *Psychiatria, Via medica* 2009; 6 (2): 43–50.
3. Norcross JC. A primer of psychotherapy integration. W: Norcross JC, Goldfried MR, red. *Handbook of psychotherapy integration*, wyd.2. Oxford: Oxford University Press; 2005, s. 3–4.
4. Wolberg LR. *The technique of psychotherapy part 1*. New York: Grune and Stratton; 1977.
5. Aleksandrowicz JW. *Psychoterapia medyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1994.
6. Czabała JCz. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
7. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia — leczenie czy pomaganie? *Wiad. Psychiatr.* 2005; 3:175–181
8. Lange A, van de Ven JP, Schrieken B, Emmelkamp PMG. Interapy. Treatment of posttraumatic stress through the Internet: a controlled trial. *J. Beh. Ther. Exp. Psychiatry* 2001; 32: 73–90.
9. Almlöv J, Carlbring P, Berger T, Cuijpers P, Andersson G. Therapist factors in Internet-delivered cognitive behavioural therapy for major depressive disorder. *Cogn. Behav. Ther.* 2009; 38 (4): 247–254.
10. Andersson G, Bergström J, Holländare F, Carlbring P, Kaldö V, Ekselius L. Internet-based self-help for depression: randomized controlled trial. *Brit. J. Psychiatry* 2005; 187: 456–461.
11. Andersson G. Internet-based cognitive-behavioral self help for depression. *Expert Rev. Neurother.* 2006; 6 (11):1637–1642.

¹ Powyżej wspomniałam o tym, że wiele badań nad skutecznością pomocy internetowej przeprowadzono między innymi w takich krajach, jak Australia, Stany Zjednoczone, Szwecja. Być może ma znaczenie, że kraje te charakteryzują się dużą powierzchnią, niezbyt gęstym zaludnieniem. Czynniki te mogą powodować trudniejszy dostęp do specjalistów zajmujących się problemami psychicznymi. Rozwój pomocy internetowej mógłby stworzyć nowe perspektywy pomocy dla mieszkańców tych miejsc, dając szansę na poprawę w zakresie objawów, funkcjonowania i jakości życia.

12. Bendelin N, Hesser H, Dahl J, Carlbring P, Nelson KZ, Andersson G. Experiences of guided Internet-based cognitive-behavioural treatment for depression: A qualitative study. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 107 [published online 2011 June 30].
13. Clarke G, Kelleher C, Hornbrook M, Debar L, Dickerson J, Gullion C. Randomized effectiveness trial of an Internet, pure self-help, cognitive behavioral intervention for depressive symptoms in young adults. *Cogn. Behav. Ther.* 2009; 38 (4): 222–234.
14. Cockayne NL, Glozier N, Naismith SL, Christensen H, Neal B, Hickie IB. Internet-based treatment for older adults with depression and co-morbid cardiovascular disease: protocol for a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 10.
15. de Graaf LE, Gerhards SA, Arntz A, Riper H, Metsemakers JF, Evers SM, Severens JL, Widdershoven G, Huibers MJ. Clinical effectiveness of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomized trial. *Brit. J. Psychiatry* 2009; 195 (1): 73–80.
16. García-Lizana F, Muñoz-Mayorga I. Telemedicine for depression: a systematic review. *Perspect Psychiatr. Care.* 2010; 46 (2): 119–126.
17. Gerhards SA, Abma TA, Arntz A, de Graaf LE, Evers SM, Huibers MJ, Widdershoven GA. Improving adherence and effectiveness of computerized cognitive behavioural therapy without support for depression: a qualitative study on patient experiences. *J. Affect. Disord.* 2011; 129 (1–3): 117–125.
18. Meyer B, Berger T, Caspar F, Beevers CG, Andersson G, Weiss M. Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial. *J. Med. Internet Res.* 2009; 11 (2): e15.
19. Mohr DC, Duffecy J, Jin L, Ludman EJ, Lewis A, Begale M, McCarthy M Jr. Multimodal e-mental health treatment for depression: a feasibility trial. *J. Med. Internet Res.* 2010; 12 (5): e48.
20. Perini S, Titov N, Andrews G. Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for depression: randomized controlled trial. *Austr. N. Z. J. Psychiatry* 2009; 43 (6): 571–578.
21. Sikorski C, Luppá M, Kersting A, König HH, Riedel-Heller SG. Computer-aided cognitive behavioral therapy for depression. *Psychiatr. Prax.* 2011; 38 (2): 61–68 [Epub 2010, Oct. 22].
22. Titov N. Internet-delivered psychotherapy for depression in adults. *Curr. Opin. Psychiatry* 2011; 24 (1): 18–23.
23. Warmerdam L, van Straten A, Cuijpers P. Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: the protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2007; 7: 72.
24. Warmerdam L, van Straten A, Twisk J, Riper H, Cuijpers P. Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial. *J. Med. Internet Res.* 2008; 10 (4): e44.
25. Warmerdam L, Smit F, van Straten A, Riper H, Cuijpers P. Cost-utility and cost-effectiveness of internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized trial. *J. Med. Internet Res.* 2010; 12 (5): e53.
26. Andersson G, Carlbring P, Holmström A, Sparthán E, Furmark T, Nilsson-Ihrfelt E, Bührman M, Ekselius L. Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2006; 74 (4): 677–686.
27. Andersson G, Carlbring P. Commentary on Berger, Hohl and Caspar's. Internet-based treatment for social phobia: a randomized controlled trial. *J. Clin. Psychol.* 2009; 65 (10): 1036–1038.
28. Andrews G, Davies M, Titov N. Effectiveness randomized controlled trial of face to face versus Internet cognitive behaviour therapy for social phobia. *Austr. N. Z. J. Psychiatry* 2011; 45 (4): 337–340 [Epub 2011, Feb. 16].

29. Berger T, Caspar F, Richardson R, Kneubühler B, Sutter D, Andersson G. Internet-based treatment of social phobia: a randomized controlled trial comparing unguided with two types of guided self-help. *Behav. Res. Ther.* 2011; 49 (3): 158–169 [Epub 2011, Jan 1].
30. Botella C, Gallego MJ, Garcia-Palacios A, Guillen V, Baños RM, Quero S, Alcañiz M. An Internet-based self-help treatment for fear of public speaking: a controlled trial. *Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw.* 2010; 13 (4): 407–421.
31. Carlbring P, Gunnarsdóttir M, Hedensjö L, Andersson G, Ekselius L, Furmark T. Treatment of social phobia: randomized trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *Brit. J. Psychiatry* 2007; 190: 123–128.
32. Hedman E, Andersson G, Ljótsson B, Andersson E, Rück C, Mörtberg E, Lindefors N. Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled non-inferiority trial. *PLoS One* 2011; 6 (3): e18001.
33. Titov N, Andrews G, Schwencke G, Robinson E, Peters L, Spence J. Randomized controlled trial of Internet cognitive behavioural treatment for social phobia with and without motivational enhancement strategies. *Austr. N. Z. J. Psychiatry* 2010; 44 (10): 938–945.
34. Titov N, Gibson M, Andrews G, McEvoy P. Internet treatment for social phobia reduces comorbidity. *Austr. N. Z. J. Psychiatry* 2009; 43 (8): 754–759.
35. Bergström J, Andersson G, Ljótsson B, Rück C, Andréewitch S, Karlsson A, Carlbring P, Andersson E, Lindefors N. Internet versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomized trial. *BMC Psychiatry* 2010; 2, 10: 54.
36. Carlbring P, Bohman S, Brunt S, Buhrman M, Westling BE, Ekselius L, Andersson G. Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. *Am. J. Psychiatry* 2006; 163 (12): 2119–2125.
37. Kiropoulos LA, Klein B, Austin DW, Gilson K, Pier C, Mitchell J, Ciechomski L. Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *J. Anxiety Disord.* 2008; 22 (8): 1273–1284 [Epub 2008, Jan. 18].
38. Klein B, Austin D, Pier C, Kiropoulos L, Shandley K, Mitchell J, Gilson K, Ciechomski L. Internet-based treatment for panic disorder: does frequency of therapist contact make a difference? *Cogn. Behav. Ther.* 2009; 38 (2): 100–113.
39. Ruwaard J, Broeksteeg J, Schrieken B, Emmelkamp P, Lange A. Web-based therapist-assisted cognitive behavioral treatment of panic symptoms: a randomized controlled trial with a three-year follow-up. *J. Anxiety Dis.* 2010; 24 (4): 387–396.
40. Everitt HA, Moss-Morris RE, Sibelli A, Tapp L, Coleman NS, Yardley L, Smith PW, Little PS. Management of irritable bowel syndrome in primary care: feasibility randomized controlled trial of mebeverine, methylcellulose, placebo and a patient self-management cognitive behavioural therapy website. (MIBS trial). *BMC Gastroenterol.* 2010; 10: 136.
41. Shandley K, Austin DW, Klein B, Pier C, Schattner P, Pierce D, Wade V. Therapist-assisted, Internet-based treatment for panic disorder: can general practitioners achieve comparable patient outcomes to psychologists? *J. Med. Internet Res.* 2008; 10 (2): e14
42. Wims E, Titov N, Andrews G, Choi I. Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for panic: a randomized controlled trial. *Austr. N. Z. J. Psychiatry* 2010; 44 (7): 599–607.
43. Almlöv J, Carlbring P, Källqvist K, Paxling B, Cuijpers P, Andersson G. Therapist effects in guided internet-delivered CBT for anxiety disorders, *Behav Cogn. Psychother.* 2011; 39 (3): 31122 [Epub 2010, Dec. 13].
44. Andersson G, Estling F, Jakobsson E, Cuijpers P, Carlbring P. Can the patient decide which modules to endorse? An open trial of tailored internet treatment of anxiety disorders. *Cogn. Behav. Ther.* 2011; 40 (1): 57–64.

45. Carlbring P, Maurin L, Törngren C, Linna E, Eriksson T, Sparthan E, Strååt M, Marquez von Hage C, Bergman-Nordgren L, Andersson G. Individually-tailored, Internet-based treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behav. Res. Ther.* 2011; 49 (1): 18–24 [Epub 2010 Oct 15].
46. Christensen H, Griffiths KM, Mackinnon AJ, Kalia K, Batterham PJ, Kenardy J, Eagleson C, Bennett K. Protocol for a randomized controlled trial investigating the effectiveness of an online e health application for the prevention of Generalised Anxiety Disorder. *BMC Psychiatry* 2010; 21; 10: 25.
47. Reger MA, Gahm GA. A meta-analysis of the effects of Internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. *J. Clin. Psychol.* 2009; 65 (1): 53–75.
48. Titov N, Andrews G, Johnston L, Robinson E, Spence J. Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behav. Res. Ther.* 2010; 48 (9): 890–899 [Epub 2010, May 24].
49. Andrews G, Titov N. Is internet treatment for depressive and anxiety disorders ready for prime time? *Med. J. Austr.* 2010; 192 (11 suppl.): 45–47.
50. Griffiths KM, Farrer L, Christensen H. The efficacy of internet interventions for depression and anxiety disorders: a review of randomized controlled trials. *Med. J. Austr.* 2010; 192 (11 suppl.): 4–11.
51. Andersson G, Waara J, Jonsson U, Malmaeus F, Carlbring P, Ost LG. Internet-based self-help versus one-session exposure in the treatment of spider phobia: a randomized controlled trial. *Cogn. Behav. Ther.* 2009; 38 (2): 114–120.
52. Kaltenthaler E, Brazier J, de Nigris E, Tumur I, Ferriter M, Beverely C, Parry G, Rooney G, Sutcliffe P. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol. Assessm* 2006; 10 (33): 1–168.
53. Hedman E, Andersson G, Andersson E, Ljótsson B, Rück C, Asmundson GJ, Lindefors N. Internet-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety: randomized controlled trial. *Brit. Psychiatry* 2011; 198 (3): 230–236.
54. Cugelman B, Thelwall M, Dawes P. Online interventions for social marketing health behavior change campaigns: a meta-analysis of psychological architectures and adherence factors. *J. Med. Internet Res.* 2011; 13 (1): e17.
55. Cuijpers P, Marks IM, van Straten A, Cavanagh K, Gega L, Andersson G. Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. *Cogn. Behav. Ther.* 2009; 38 (2): 66–82.
56. Spek V, Cuijpers P, Nyklíček I, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol. Med.* 2007; 37 (3): 319–328 [Epub 2006, Nov. 20].
57. Amstadter AB, Broman-Fulks J, Zinzow H, Ruggiero KJ, Cercone J. Internet-based interventions for traumatic stress-related mental health problems: a review and suggestion for future research. *Clin. Psychol. Rev.* 2009; 29 (5): 410–420 [Epub 2009, Apr. 7].
58. Klein B, Mitchell J, Gilson K, Shandley K, Austin D, Kiropoulos L, Abbott J, Cannard G. A therapist-assisted Internet-based CBT intervention for posttraumatic stress disorder: preliminary results. *Cogn. Behav. Ther.* 2009; 38 (2): 121–131.
59. Klein B, Mitchell J, Abbott J, Shandley K, Austin D, Gilson K, Kiropoulos L, Cannard G, Redman T. A therapist-assisted cognitive behavior therapy internet intervention for posttraumatic stress disorder: pre-, post- and 3-month follow-up results from an open trial. *J. Anxiety Disord.* 2010; 24 (6): 635–644 [Epub 2010, Apr. 18].
60. Knaevelsrud C, Maercker A. Long-term effects of an internet-based treatment for posttraumatic stress. *Cogn. Behav. Ther.* 2010; 39 (1): 72–77.

61. Knaevelsrud C, Maercker A. Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry* 2007; 19, 7: 13.
62. Litz BT, Engel CC, Bryant RA, Papa A. A randomized, controlled proof-of-concept trial of an Internet-based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry* 2007; 164 (11): 1676–1683.
63. Wagner B, Schulz W, Knaevelsrud C. Efficacy of an Internet-based intervention for posttraumatic stress disorder in Iraq: A pilot study. *Psychiatry Res.* 2011; 8: 85–88.
64. Andersson E, Ljótsson B, Smit F, Paxling B, Hedman E, Lindfors N, Andersson G, Rück C, Cost-effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome: results from a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2011; 11: 215.
65. Enck P, Kowalski A, Martens U, Klosterhalfen S. Internet-based assessment of bowel symptoms and quality of life. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2006; 18 (12): 1263–1269.
66. Ljótsson B, Hedman E, Lindfors P, Hursti T, Lindfors N, Andersson G, Rück C. Long-term follow-up of internet-delivered exposure and mindfulness based treatment for irritable bowel syndrome. *Behav. Res. Ther.* 2011; 49 (1): 58–61 [Epub 2010, Oct. 31].
67. Ljótsson B, Falk L, Vesterlund AW, Hedman E, Lindfors P, Rück C, Hursti T, Andréewitch S, Jansson L, Lindfors N, Andersson G. Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome — a randomized controlled trial. *Behav. Res. Ther.* 2010; 48 (6): 531–539 [Epub 2010, Mar. 16].
68. Fernández-Aranda F, Núñez A, Martínez C, Krug I, Cappozzo M, Carrard I, Rouget P, Jiménez-Murcia S, Granero R, Penelo E, Santamaría J, Lam T. Internet-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: a controlled study. *Cyberpsychol. Behav.* 2009; 12 (1): 37–41.
69. Fichter MM, Quadflieg N, Nisslmüller K, Lindner S, Vorderholzer U, Wunsch-Leiteritz W, Osen B, Huber T, Zahn S, Meermann R, Irrgang V, Bleichner F. Internet-based approaches in the therapy of eating disorders. *Nervenarzt* 2011, Jul 15 [Epub ahead of print].
70. Lindenberg K, Moessner M, Harney J, McLaughlin O, Bauer S. E-Health for individualized prevention of eating disorders. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health.* 2011; 7: 74–83 [published online 2011, March 4].
71. Pretorius N, Rowlands L, Ringwood S, Schmidt U. Young people's perceptions of and reasons for accessing a web-based cognitive behavioural intervention for bulimia nervosa. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2010; 18 (3): 197–206.
72. Sánchez-Ortiz VC, Munro C, Stahl D, House J, Startup H, Treasure J, Williams C, Schmidt U. A randomized controlled trial of internet-based cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa or related disorders in a student population. *Psychol. Med.* 2011; 41 (2): 407–417 [Epub 2010, Apr. 21].
73. Buhrman M, Nilsson-Ihrfeldt E, Jannert M, Ström L, Andersson G. Guided internet-based cognitive behavioural treatment for chronic back pain reduces pain catastrophizing: a randomized controlled trial. *J. Rehabil. Med.* 2011; 43 (6): 500–505.
74. Kristjánsdóttir OB, Fors EA, Eide E, Finset A, van Dulmen S, Wigers SH, Eide H. Written online situational feedback via mobile phone to support self-management of chronic widespread pain: a usability study of a web-based intervention. *BMC Musculoskelet Disord.* 2011; 12: 51 [published online 2011 February 25].
75. Palermo TM, Wilson AC, Peters M, Lewandowski A, Somhegyi H. Randomized controlled trial of an Internet-delivered family cognitive-behavioral therapy intervention for children and adolescents with chronic pain. *Pain* 2009; 146 (1–2): 205–213 [Epub 2009, Aug. 19].
76. Gabriele JM, Stewart TM, Sample A, Davis AB, Allen R, Martin CK, Newton RL Jr, Williamson DA. Development of an internet-based obesity prevention program for children. *J. Diabet. Sci. Technol.* 2010; 4 (3): 723–732.

77. Morgan PJ, Lubans DR, Collins CE, Warren JM, Callister R. 12-month outcomes and process evaluation of the SHED-IT RCT: an Internet-based weight loss program targeting men. *Obesity* 2011; 19 (1): 142–151 [Epub 2010, Jun. 3].
78. Oenema A, Brug J, Dijkstra A, de Weerd I, de Vries H. Efficacy and use of an internet-delivered computer-tailored lifestyle intervention, targeting saturated fat intake, physical activity and smoking cessation: a randomized controlled trial. *Ann. Behav. Med.* 2008; 35 (2): 125–135 [Epub 2008, March 25].
79. Mindell JA, Du Mond CE, Sadeh A, Telofski LS, Kulkarni N, Gunn E. Efficacy of an Internet-based intervention for infant and toddler sleep disturbances. *Sleep* 2011; 34 (4): 451–458.
80. Ritterband LM, Thorndike FP, Gonder-Frederick LA, Magee JC, Bailey ET, Saylor DK, Morin CM. Efficacy of an Internet-based behavioral intervention for adults with insomnia. *Arch. Gen. Psychiatry* 2009; 66 (7): 692–698 [erratum in *Arch. Gen. Psychiatry* 2010; 67 (3): 311.].
81. Krysinska KE, de Leo D. Telecommunication and suicide prevention: hopes and challenges for the new century. *Omega (Westport)* 2007; 55 (3): 237–253.
82. van Spijker BA, van Straten A, Kerkhof AJ. The effectiveness of a web-based self-help intervention to reduce suicidal thoughts: a randomized controlled trial. *Trials* 2010; 11: 25.
83. Moritz S, Wittekind CE, Hauschildt M, Timpano KR. Do it yourself? Self-help and online therapy for people with obsessive-compulsive disorder. *Curr. Opin. Psychiatry* 2011, 24: 541–548.
84. Williams DA, Kuper D, Segar M, Mohan N, Sheth M, Clauw DJ. Internet-enhanced management of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Pain* 2010; 151 (3): 694–702 [Epub 2010, Sept. 19].
85. Haemmerli K, Znoj H, Berger T. Internet-based support for infertile patients: a randomized controlled study. *J. Behav. Med.* 2010; 33 (2): 135–146 [Epub 2009, Dec. 29].
86. Ruwaard J, Lange A, Bouwman M, Broeksteeg J, Schrieken B. E-mailed standardized cognitive behavioural treatment of work-related stress: a randomized controlled trial. *Cogn. Beh. Ther.* 2007; 36 (3): 179–192.
87. Mohr DC, Siddiqui J, Duffecy J, Jin L, Fokuo JK. Interest in behavioral and psychological treatments delivered face-to-face, by telephone, and by internet. *Ann. Behav. Med.* 2010; 40 (1): 89–98.
88. Rogers VL, Griffin MQ, Wykle ML, Fitzpatrick JJ. Internet versus face-to-face therapy: emotional self-disclosure issues for young adults. *Issues Ment. Health Nurs.* 2009; 30 (10): 596–602.

Adres: kkaminska1@gmail.com