

Agata Leśnicka

Gdański Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk Społecznych Uniwersytetu Gdańskiego

Polskojęzyczna e-terapia — ankieta dla specjalistów prowadzących psychoterapię przez internet

Polish e-therapy — a survey among specialists conducting psychotherapy via internet

Abstract

Introduction. E-therapy is a method of establishing and continuing a therapeutic relationship between mental health professional and the patient via the internet. The aim of this report was to research into this phenomenon in Polish internet.

Material and methods. An internet survey was constructed, which was then returned by 21 e-therapists. The survey was anonymous, voluntary and it comprised 24 questions concerning e-therapists and conditions of their work.

Results. The majority of participants were women. Also most of them declared psychological education and claimed to be a certified psychotherapist. The help offered was most often paid and the most popular theoretical approach was CBT. The therapist was contacted via e-mail in most of the cases and the response was obtained after 12–48 hours on average. It was rare for a therapist to encode sent data. The therapists also very rarely ask their patients for giving the address or even name itself as well as check their age. Patients contacted the therapist mainly once only and most of them were aged 20–30.

Conclusions. Most popular means of contact and theoretical approach were the same as worldwide. There is also a need to introduce special courses on this form of psychotherapy emphasizing questions of law and the safety of data sent via the internet. It is also crucial to create a database of all e-therapists and introduce a special certificate to enable the verification of their qualifications. *Psychiatry 2009; 6, 2: 43–50*

key words: e-therapy, psychotherapy on-line, psychotherapy, internet, electronic mail, codes of ethics, telemedicine

Wstęp

Internet może być wykorzystywany w kontekście terapeutycznym w trzech podstawowych kategoriach zastosowań. Może to być psychoedukacja polegająca na zamieszczaniu w sieci informacji na temat danego zagadnienia. Drugą kategorią są grupy samopomocowe przyjmujące najczęściej postać jakiegoś forum internetowego moderowanego przez profesjonalistę

lub nie. Natomiast ostatnia kategoria to wykorzystywanie internetu do nawiązywania i podtrzymywania relacji terapeutycznej z profesjonalistą [1].

E-terapię można zdefiniować jako pomoc świadczoną przez specjalistę w zakresie zdrowia psychicznego (psychiatrę, psychologa, psychoterapeutę) za pośrednictwem internetu [2, 3]. O ile wspieranie na odległość i „zaprzyjaźnianie się” ma w Polsce już 40-letnią tradycję w postaci Telefonów Zaufania, to pomoc przez internet w naszym kraju dopiero się rozwija. Wydaje się, że w połączeniu z rosnącą popularnością tego medium oraz powszechnością emigracji za granicę, e-terapia staje się coraz częściej spotykana.

Adres do korespondencji:

mgr Agata Leśnicka
Gdański Uniwersytet Medyczny, studentka IV roku
Psychologii na Wydziale Nauk Społecznych UG
ul. Widok 25, 80–288 Gdańsk
tel.: 503 997 240
e-mail: agata65@wp.pl

Komunikacja przez internet może być synchroniczna lub asynchroniczna. Synchroniczna przypomina warunki rozmowy twarzą w twarz, gdzie po pytaniu następuje natychmiastowa odpowiedź i dialog toczy się dalej. Tak dzieje się w przypadku spotkania na czacie czy rozmowie za pomocą komunikatora Skype — analogicznej do telefonicznej. Natomiast komunikacja asynchroniczna zachodzi, jeśli takie wypowiedzi są przedzielone dłuższym interwałem czasowym. Przykładem może tu być wymienianie korespondencji elektronicznej (e-mail).

Wśród zalet cyberterapii (jest to alternatywne określenie w stosunku do e-terapii) wymienia się możliwość kontaktu o każdej porze z każdego miejsca na ziemi, pod warunkiem, że jest dostęp do internetu. Plusem takiej możliwości jest fakt, że klient kontaktuje się ze specjalistą wtedy, kiedy jest do tego najbardziej zmotywowany [4], a odpowiedź otrzymuje po krótkim czasie [5]. Za zaletę takiej formy kontaktu uważa się także to, że w internecie statusy terapeuty i pacjenta się bardziej wyrównują, co sprzyja braniu odpowiedzialności za własny wkład w relację [6]. E-terapia wydaje się optymalnym rozwiązaniem dla tych, którzy mieszkają daleko od danego specjalisty bądź mają trudności z opuszczaniem domu [7, 8]. Może to być także rozwiązanie dla pacjenta, który wiele podróżuje, a chce utrzymywać długotrwały, systematyczny kontakt z jednym terapeutą. U osób zmotywowanych i chętnych do kontaktowania się z terapeutą *on-line* siła nawiązanego sojuszu terapeutycznego jest porównywalna z tą osiąganą w tradycyjnej terapii twarzą w twarz [9, 10]. Brakuje jednak badań na temat długoterminowej skuteczności e-terapii [11].

Terapeuta zyskuje fizyczny dokładny zapis sesji, co ułatwia powrót do niej i poddawanie się superwizji [7], także pacjent może wrócić do archiwizowanego przez siebie przebiegu kontaktu terapeutycznego w dowolnym momencie [12].

Natomiast wśród minusów takiej formy komunikacji wymienia się możliwość uwidocznienia różnic międzykulturowych i nieporozumień na tym tle pomiędzy terapeutą a pacjentem [3, 13]. Do tego dochodzą trudności w zdiagnozowaniu, bo trudniej poprawnie zinterpretować słowa wymieniane drogą elektroniczną [14, 15]. W tym kontekście podaje się też fakt, że rozmaite kwestionariusze mogą dawać inne wyniki przez internet i w realnym życiu (np. niższy poziom lęku społecznego w badaniu przez internet) [5]. Do tego, jeśli kontakt jest pisemny, znikają wszelkie komunikaty niewerbalne [16], a jeśli nawet jest to rozmowa synchroniczna, nie widać rozmówcy. Wo-

bec takich trudności najlepszym rozwiązaniem wydawałoby się prowadzenie wideokonferencji, ale jest to ciągle rzadka metoda udzielania e-terapii. Internauci starają się wzbogacać pisemną komunikację o emotikony, taką rolę może też pełnić zmienianie kroju czcionki, jej kolorów lub zmiany interpunkcji czy ortografii [17]. Z drugiej strony warto wspomnieć, że funkcjonuje również pogląd, że brak komunikacji twarzą w twarz sprzyja nasileniu zjawisk przeniesienia i przeciwprzeniesienia czyli reakcji terapeutyna przeniesienie pacjenta, co dostarcza dodatkowego materiału do analizy [11]. Kontaktując się na odległość nie można podjąć interwencji w sytuacji kryzysowej, trudność sprawia także określenie, które kwestie wymagają najpilniejszego rozpatrzenia [18]. Istnieją również pacjenci, którzy nie powinni być kwalifikowani do e-terapii, wśród takich najczęściej wymienia się osoby z zaburzonym kontaktem z rzeczywistością, z myślami samobójczymi, osobowością z pogranicza lub też z zaburzeniami odżywiania [3, 13, 14, 17, 19] (dlatego że są to zaburzenia wymagające bezpośredniej obserwacji, z drugiej jednak strony istnieje sporo przykładów z piśmiennictwa na temat programów prewencji zaburzeń odżywiania prowadzonych przez internet [20–22]).

Dodatkowo, w związku ze specyficzną formą komunikacji, ulegają utracie pewne spontaniczne elementy mogące mieć znaczenie diagnostyczne, jak spóźnienia na sesje czy okresy milczenia [18]. Natomiast sama elektroniczna forma kontaktu może stwarzać pokusę przedłużania go bądź traktowania jako nieformalny kontakt towarzyski [23].

E-terapia wymaga od pacjenta umiejętności ujmowania swojego stanu na piśmie [13], jeśli przyjmuje ona formę pisemną, a maile to najczęstsza droga jej udzielania [3, 8]. Warto jednak w tym miejscu nadmienić, że samo pisanie o własnym problemie może mieć walor terapeutyczny i nie jest stygmatyzujące [24]. Należy także brać pod uwagę, że pisanie różni się od mówienia, zatem umiejętności dobrego terapeuty mogą być upośledzone poprzez zmianę kanału komunikacji [2]. W przypadku maila można wzbogacić komunikację o specjalnie przygotowane materiały edukacyjne dostosowane do danego problemu [3]. E-terapia stawia przed terapeutą nowe wymagania. Należy bowiem znać jej techniczne podstawy [25] i zdawać sobie sprawę z możliwości wystąpienia awarii [2]. Na taką okoliczność należy zostawić pacjentowi możliwość alternatywnej drogi kontaktowania się z terapeutą. Osobę prowadzącą terapię obowiązują zasady zachowania tajemnicy zawodowej, powinien on zatem dokładać wszelkich starań, aby i w komu-

nikacji elektronicznej nie została złamana [11]. Obejmuje to poinformowanie pacjenta, że niemożliwe jest pełne zapewnienie anonimowości w sieci, zarówno ze względu na działalność hakerów, jak i możliwość omyłkowego przesłania e-maila pod zły adres [23] lub podjęcia rozmowy na czacie z osobą podszywającą się pod kogoś [16, 26]. Pacjent powinien także zostać pouczony, by korzystał z internetu w bezpiecznych miejscach i by unikał tego tam, gdzie łatwo może zostać podejrzany lub gdy łatwo o przerwanie tego kontaktu (np. w miejscu pracy czy w kawiarence internetowej) [27]. Korespondencja powinna być kodowana i przechowywana na komputerze, który nie jest podłączony do sieci [14, 28].

Odrębną kwestią pozostają sytuacje, kiedy Kodeks Etyczny Terapeuty i Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa dopuszczają uchylenie tajemnicy zawodowej [29, 30]. Znajomość tych kodeksów nakłada na terapeutę obowiązek informowania pacjentów o tych wyjątkowych sytuacjach, a także implikuje ona potrzebę poznania personaliów pacjenta [18, 19]. W sytuacji, kiedy zagrożone jest życie lub zdrowie, trudno jest podjąć interwencję, nie znając adresu i nie mogąc zweryfikować danych osobowych pacjenta. Celem niniejszego badania było sprawdzenie tego, jacy ludzie zajmują się udzielaniem wsparcia psychologicznego przez internet i jakie cechy demograficzne mają osoby szukające tego rodzaju pomocy oraz poznanie szczegółów zasad prowadzenia takiej praktyki.

Materiał i metody

Aby zbadać cechy demograficzne e-terapeutów i osób zwracających się do nich, opracowano ankietę internetową składającą się z 24 pytań z zamierzeniem rozesłania jej adresu i zaproszenia do udziału w badaniu konkretnych terapeutów znalezionych w sieci. Terapeutów odnajdywano za pomocą wyszukiwarki Google i haseł: „terapeuta *on-line*”, „poradnictwo *on-line*”, „konsultacje psychologiczne *on-line*”, „e-terapia”, „cyberterapia”, „psychoterapia *on-line*”, „terapia *on-line*”, „terapia przez internet”, „pomoc przez internet”, „psycholog *on-line*”, „terapia przez sieć”, „psycholog w sieci”, „wsparcie psychologa”, „psycholog za darmo” i „internetowa poradnia psychologiczna”. W ten sposób odszukano 70 pojedynczych adresów e-mailowych do poszczególnych terapeutów i 3 formularze do korespondencji zamieszczane bezpośrednio na stronach poszczególnych terapeutów. Zatem ogólną liczbę polskojęzycznych e-terapeutów możemy szacować na około 100, ponieważ niejednokrotnie jedna strona, podająca tylko

jeden kontaktowy adres e-mailowy oferowała usługi całego zespołu, a nie pojedynczej osoby.

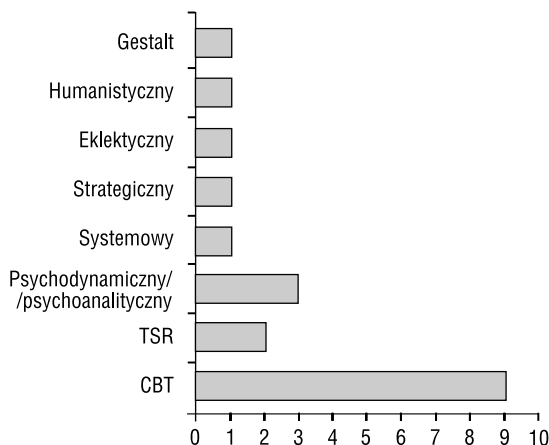
Zawiadomienia o formie i celu badania łącznie z informacją na temat autorki ankiety i dobrowolności udziału w badaniu były łącznie przesyłane 4 razy indywidualnie pod każdy z odszukanych adresów. Ankietę można było wypełniać od 30 lipca do 21 sierpnia 2008 roku, w tym czasie informacje o badaniu rozsyłano w dniach: 30 lipca, 4, 11 i 20 sierpnia. Przypomnienia miały służyć zwiększeniu liczby odpowiedzi. Przez cały czas trwania badania listy elektroniczne nie dochodziły na trzy z odnalezionych adresów, a czwarty z adresów był zablokowany administracyjnie. Ostatecznie strona z treścią ankiety została odwiedzona 40 razy w czasie badania i wypełniono 21 ankiet, co daje 30,435% zwrotów od wszystkich osób poinformowanych o przeprowadzanym badaniu. Skrypt ankiety internetowej zabezpieczał przed jej wypełnieniem po raz kolejny z tego samego stanowiska komputerowego. Spośród uczestników badania aż 6 osób spontanicznie wyraziło zainteresowanie jego wynikami, co świadczy o zapotrzebowaniu na tego rodzaju badania w tym środowisku.

Wyniki

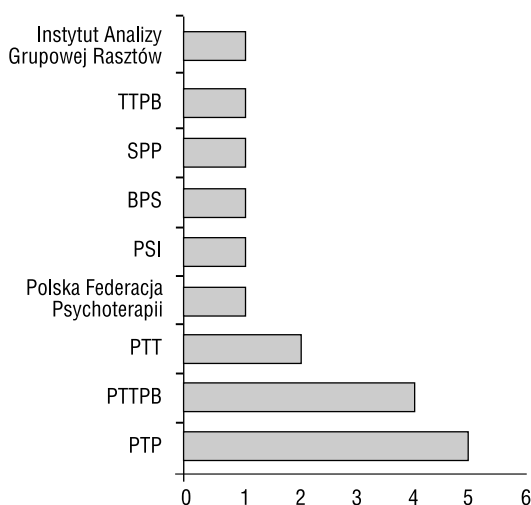
Średni wiek respondentów wynosił $34,619 \pm 7,379$ roku i znalazło się wśród nich 71% kobiet i 29% mężczyzn. Spośród ankietowanych osób 16 miało tytuł magistra psychologii, a pozostałe osoby także podawały wykształcenie wyższe. Jedna z osób uczestniczących w badaniu miała doktorat w dziedzinie psychologii, jeden z odpowiadających był lekarzem psychiatrą, jedna z osób była magistrem filozofii i ekonomii, jedna podała tytuł „magister nauk przyrodniczych”, a jedna „wyższe wykształcenie”.

Aż 76% ankietowanych zadeklarowało, że są terapeutami. Rozkład podawanych przed te osoby nurtów teoretycznych przedstawiono na rycinie 1. Warto zaznaczyć, że 2 osoby podały więcej niż jeden nurt, a jeden z uczestników badania — nurt eklektyczny. Z ryciny 1 wynika, że stanowczo dominuje psychoterapia poznawczo-behawioralna, co jest zgodne z tendencjami światowymi w cyberterapii [31] oraz zgadza się z poglądem, że jest to nurt najlepiej dający się wykorzystać w tego rodzaju pomocy.

Odsetek e-terapeutów poddających swoją pracę supervisioni wyniósł 43, a 52% uczestników badania zadeklarowało stowarzyszenie w jakiejś organizacji skupiającej psychologów lub psychoterapeutów. Rozkład tych odpowiedzi przedstawiono na rycinie

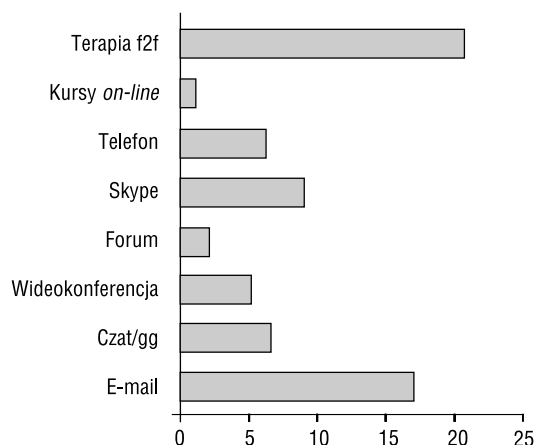


Rycina 1. Nurty teoretyczne, w których pracowali terapeuci udzielający e-terapii; CBT — terapia poznawczo-behawioralna, TSR — terapia skoncentrowana na rozwiązaniach
Figure 1. Theoretical approaches presented by e-therapists; CBT — cognitive-behavioral therapy, TSR — psychotherapy concentrated on solution

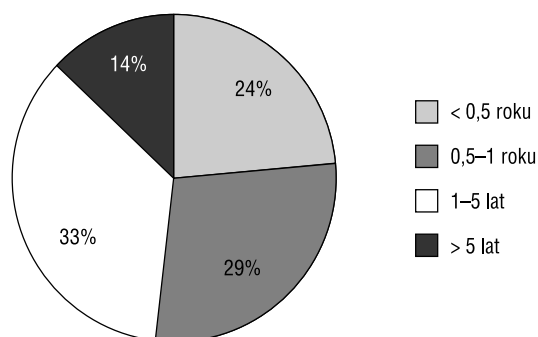


Rycina 2. Stowarzyszenia, w których dziali uczestnicy badania; PTP — Polskie Towarzystwo Psychologiczne, PTTPB — Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczo-Behawioralnej, PTT — Polskie Towarzystwo Terapeutyczne, BPS — British Psychological Society, SPP — Stowarzyszenie Psychologów Polskich, PSI — Psychological Society of Ireland, TTPB — Cognitive-Behavioral Therapy Association
Figure 2. Associations in which participated e-therapists; PTP — Polish Psychological Association, PTTPB — Polish Cognitive-Behavioral Therapy Association, PTT — Polish Therapeutic Association, BPS — British Psychological Society, SPP — Polish Psychologists Association, PSI — Psychological Society of Ireland, TTPB — Cognitive-Behavioral Therapy Association

2. Najpopularniejsze było Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Wszyscy ankietowani pracowali również jako klasyczni terapeuci, udzielając terapii twarzą w twarz. Wszy-



Rycina 3. Drogi kontaktu terapeutycznego oferowane przez cyberterapeutów; terapia f2f — terapia twarzą w twarz
Figure 3. Means of contact offered by cybertherapists, f2f — face to face therapy



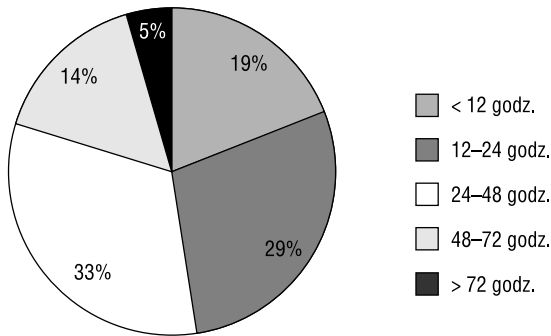
Rycina 4. Staż udzielania konsultacji on-line
Figure 4. Time of consulting on-line

scy także zadeklarowali, że informują swoich klientów o alternatywnych metodach terapii w stosunku do terapii on-line.

Zapytani, jakie formy terapii on-line oferują, uczestnicy badania najczęściej mówili o kontakcie e-mailowym. Ich odpowiedzi szczegółowo przedstawiono na rycinie 3. Zakres cenowy usług miał bardzo szeroką rozpiętość — 14–50 PLN za pojedynczy e-mail. Jednak aż 4 osoby oferowały swoją pomoc on-line za darmo.

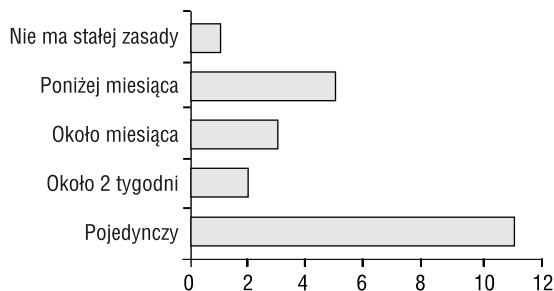
Rozmowy przez Skype lub wideokonferencje były droższe i takie wirtualne spotkanie kosztowało 67–150 PLN.

Interesujące okazały się dane na temat długości stażu pracy jako e-terapeuty. Uczestnikom badania zaproponowano zaklasyfikowanie siebie pod tym względem do jednego z 4 przedziałów czasowych. Szczegółowe wyniki przedstawiono na rycinie 4. Pra-



Rycina 5. Czas upływający od pierwszego kontaktu pacjenta do udzielenia mu odpowiedzi

Figure 5. Span of time between the first contact with e-therapist and receiving answer by the client



Rycina 6. Czas trwania kontaktu z osobą zwracającą się po pomoc

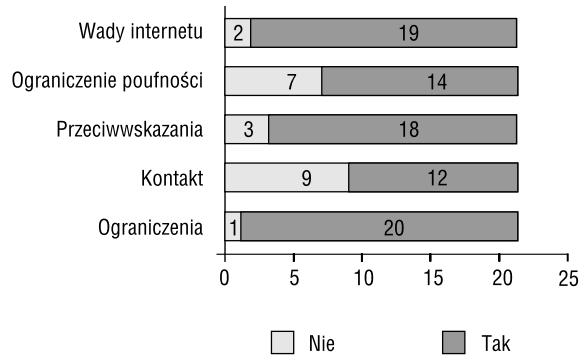
Figure 6. Length of contact with particular client

wie połowa z odpowiadających osób pracowała *on-line* ponad pół roku w takim charakterze.

Rozpatrując realia kontaktu *on-line* z pacjentem, udało się ustalić następujące fakty. Pytano uczestników badania, ile czasu upływa od pierwszego kontaktu pacjenta do udzielenia mu odpowiedzi oraz ile czasu przeciętnie trwa kontakt z jednym pacjentem. Najczęściej pierwsza odpowiedź nadchodziła do pacjenta w przeciągu 12–48 godzin. Szczegółowe dane na ten temat zilustrowano na rycinie 5.

Z odpowiedzi ankietowanych wynika, że najczęściej zdarzają się pojedyncze konsultacje. Jednak na rycinie 6 widać dwa odrębne zjawiska, jedno to tendencja do jednorazowego kontaktu, ale druga znacznie mniej nasilona zdaje się wskazywać na podtrzymywanie przez pacjenta kontaktu przez ponad miesiąc.

W ankiecie znalazły się również dalsze pytania dotyczące przebiegu kontaktu z klientem, jak te o to, czy terapeuci informują o ograniczeniach kontaktu *on-line* i czy pozostawiają jakąś alternatywną drogę kontaktu do siebie w razie awarii technicznej. Sporo



Rycina 7. Informowanie pacjenta na temat: ograniczenia pomocy *on-line* (niemożność zareagowania w nagłych wypadkach, możliwość awarii technicznej itp.); podawania alternatywnej formy kontaktu do terapeuty na wypadek awarii technicznej, przeciwwskazania dla grupy pacjentów, dla których nie jest to odpowiednia forma pomocy (np. przy zaburzeniach spostrzegania, myślach samobójczych itp.); ograniczenia poufności — warunków, w których ustawodawstwo zwalnia z obowiązku zachowywania poufności; wad internetu — ograniczeń związanych z kontaktem przez internet (np. większa możliwość nieporozumień, brak komunikacji niewerbalnej)

Figure 7. Informing the patient about: restrictions of *on-line* help (impossible to intervene in emergency cases, prospect of computer crash etc.); giving alternative form of contact with the therapist in case of technical failure; contraindications (for instance in delusions, suicidal thoughts etc.); restrictions of confidentiality — conditions on which therapist must inform others about particular questions that arose during e-therapy; disadvantages of the internet — restrictions connected with contact via internet (e.g. more misunderstandings, lack of nonverbal communication)

miejsca poświęcono także ograniczeniom e-terapii, takim jak fakt, że nie jest ona odpowiednia dla wszystkich rodzajów pacjentów, że same realia kontaktu przez internet narzucają pewne ograniczenia zarówno w jego formie, jak i zasadach działania. Wreszcie poruszono kwestię ograniczeń ustawodawczych, jak na przykład sytuację, w której poufność powierzanych przez pacjenta informacji nie będzie zachowywana.

Rozkład odpowiedzi respondentów przedstawiono na rycinie 7. Zaskakujące jest, że 1/3 uczestników badania nie informowała o warunkach, w których poufność powierzanych przez pacjenta informacji nie będzie zachowywana. Także prawie połowa z osób wypełniających ankietę podała, że nie zostawia pacjentom żadnej alternatywnej metody skontaktowania się z nimi na wypadek awarii technicznej. Z drugiej zaś strony prawie wszyscy informują o ograniczeniach pomocy *on-line*, kontaktu przez internet oraz o przeciwwskazaniach do przyjmowania takiej pomocy.

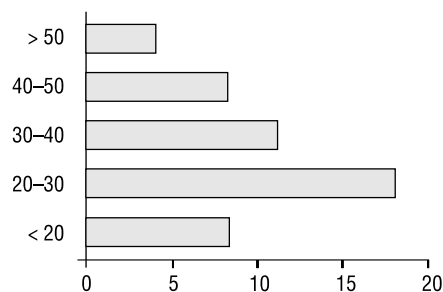
Jeśli chodzi o kwestie zabezpieczania przepływu danych do i od pacjenta, to niestety aż 71% terapeutów nie stosowało żadnej metody kodowania tych danych. Jest to również zgodne z wynikami badań prowadzonych na świecie [31].

Ostatnia część ankiety dotyczyła danych opisujących pacjentów, którzy najczęściej zwracają się po pomoc *on-line*. W ankiecie znajdowało się pytanie o wiek osób szukających pomocy przez internet. Podano 5 przedziałów wiekowych z możliwością dokonania wielokrotnego wyboru. Wyniki ukazano na rycinie 8. Wydaje się, że najliczniej reprezentowana jest grupa wiekowa obejmująca przedział 20.–30. roku życia, co koresponduje z wynikami badań światowych [32]. Natomiast w pytaniach dotyczących oczekiwań terapeutów w stosunku do pacjentów, okazało się, że od osoby zwracającej się po pomoc sporadycznie wymagane jest podanie imienia i nazwiska czy też miejsca zamieszkania. Warto jednak w tym miejscu dodać, że owych danych wymagali najczęściej tacy terapeuci, którzy uważali e-terapię za dodatek do terapii twarzą w twarz. Prawie połowa ankietowanych wymagała pełnoletności klienta. Rozkład odpowiedzi uwidocznił na rycinie 9.

Ankieta umożliwiła także wypełniającym ją osobom podzielenie się własnymi uwagami w nieustrukturyzowanej formie. Wielu uczestników skorzystało z tej możliwości. Dwie osoby zaznaczyły, że prowadzą swoją działalność *on-line* dopiero od niedawna, a kolejne 2 osoby podzieliły się informacją, że oferują specjalne warunki pomocy dla młodzieży (specjalny kanał lub bezpłatne konsultacje). Natomiast aż 6 osób uznało, że ogranicza swój kontakt *on-line* do prostego poradnictwa lub traktuje je jako uzupełnienie klasycznej terapii twarzą w twarz albo udziela jedynie prostych porad, kierując do odpowiedniego specjalisty.

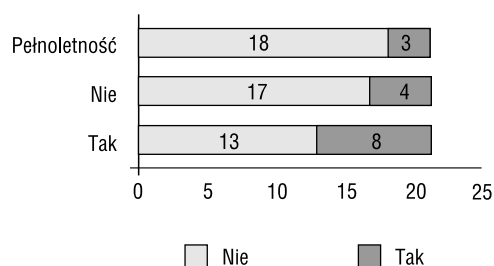
Dyskusja

Uzyskane dane zdają się wskazywać na to, że ankietę wypełniały osoby mające najczęściej wykształcenie psychologiczne, a także będące w większości psychoterapeutami. Również wszyscy uczestnicy badania pracowali, jednocześnie prowadząc klasyczną psychoterapię twarzą w twarz. Wobec tego można podejrzewać, że zbadana próba nie jest reprezentatywna dla ogółu e-terapeutów. Wydaje się bowiem, że ankietę wypełniały tylko osoby czujące się dobrze w materii e-terapii i najczęściej praktykujące już od dłuższego czasu. Trudności interpretacyjne budzi także fakt, że strona z ankietą została odwiedzona tylko 40 razy, co świadczy o tym, że nie wszyscy, którzy otrzymywali wielokrotne zaproszenie do udziału



Rycina 8. Przedział wiekowy osób szukających pomocy przez internet. Pytanie z możliwością dokonania wielokrotnego wyboru

Figure 8. Age of people searching help via internet. Multiple choice question



Rycina 9. Wymagania stawiane pacjentom przez terapeutów — pełnoletność, podanie imienia i nazwiska oraz adresu

Figure 9. Data required by e-therapists — being adult, giving name, surname and address of the patient

w badaniu byli zainteresowani udziałem w nim. Jest jednak także możliwe, że tak małą liczbę odwiedzin strony z ankietą można tłumaczyć tym, że część podawanych w internecie adresów e-mailowych była nieaktualna i zaproszenie wysłane pod taki adres po prostu nie docierało do terapeuty.

Uzyskane w ankiecie wyniki potwierdziły natomiast, że forma kontaktu *on-line* pozwala bardzo szybko otrzymać odpowiedź.

Zastanawiające jest to, że najczęściej zdarzał się jednorazowy kontakt z e-terapeutą. Może to oznaczać, że po taką pomoc zwracają się osoby proszące o informację lub takie, które wymagają profesjonalnej pomocy w kontakcie osobistym i są do niej odsyłane. Jeszcze odmienną interpretację takiej tendencji zawarto w badaniach Auila, który wiąże ją z mniejszym nasileniem objawów [33]. Jednak równie dobrze może to świadczyć na niekorzyść e-terapii, jeśli odbierze się jednorazowy kontakt jako wyraz niezadowolenia czy zawodu związanego z tym, że uzyskana pomoc lub warunki kontaktu nie spełniały oczekiwań.

Z odpowiedzi udzielanych przez uczestników badania zdaje się wynikać także, że poczucie anonimo-

wości w takim kontakcie jest uzasadnione o tyle, że większość terapeutów nie wymagała od pacjentów informacji na temat ich danych osobowych, adresu zamieszkania, a często nawet nie wymagała i pełnoletności. Może być to traktowane jako zaleta przez samych pacjentów, ale jednocześnie uniemożliwia podjęcie interwencji kryzysowej czy nawet pokierowanie do kontaktu osobistego ze specjalistą w miejscu zamieszkania pacjenta w razie takiej potrzeby. Niepokojące jest, że tylko 43% ankietowanych poddawało swoją pracę superwizji i że większość z nich nie kodowała w żaden sposób przesyłanych danych, co sprawia, że mogą one być znacznie łatwiej dostępne dla osób postronnych niż informacje przekazywane psychoterapeucie w zwykłym kontakcie osobistym nie pośredniczonym przez internet.

Wnioski

1. Najczęściej stosowaną formą konsultacji psychologicznych *on-line* był e-mail, a deklarowanym nurtem terapeutycznym — psychologia poznawczo-behawioralna.
2. Większość e-terapeutów miała wykształcenie psychologiczne oraz była psychoterapeutami.
3. Ujawnienie danych osobowych i miejsca zamieszkania pacjenta było niezmiernie rzadko wymagane przez e-terapeutów.
4. Z odpowiedzi e-terapeutów wynika, że istnieje w tym środowisku potrzeba szkoleń na temat ryzyka związanego z przesyłaniem danych w sieci, ponieważ większość z nich bagatelizuje to zagrożenie, o czym świadczy rezygnowanie z kodowania przesyłanych przez nich danych.
5. Nie istnieje żadne stowarzyszenie e-terapeutów w Polsce, które stanowiłoby dla nich forum wymiany doświadczeń w tym zakresie, ani żadna jednolita baza kontaktów pomocną dla potencjalnych pacjentów. Także żadna z ankietowanych osób nie legitymowała się jakimkolwiek certyfikatem wystawianym specjalnie dla terapeutów pracujących *on-line*. Upowszechnienie takich rozwiązań ułatwiłoby weryfikację kwalifikacji specjalistów przez zainteresowanych tym potencjalnych pacjentów, a także umożliwiłoby wspólne wypracowanie norm i zasad tak szczególnej formy komunikacji.
6. Należałoby odwiedzić wszystkie odszukane strony internetowe oferujące terapię *on-line* za kilka miesięcy, by sprawdzić, czy nadal istnieją. Celowe wydaje się również ponowne wyszukiwanie przy użyciu tych samych haseł, by sprawdzić, czy popularność e-terapii zmienia się w jakiś sposób, ponieważ istnieją doniesienia na temat szybkiego znikania z sieci tych stron i powstawania w ich miejsce nowych [16].

Streszczenie

Wstęp. E-terapia to metoda polegająca na nawiązaniu kontaktu terapeutycznego i kontynuowaniu relacji specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego z pacjentem za pośrednictwem internetu. W Polsce taka forma terapii także wchodzi w życie — celem niniejszego projektu było zbadanie tego zjawiska w polskim internecie.

Materiał i metody. Opracowano ankietę internetową, którą wypełniło 21 e-terapeutów. Ankieta była anonimowa i dobrowolna, zawierała 24 pytania dotyczące e-terapeutów i zasad udzielanej przez nich pomocy.

Wyniki. Większość uczestników badania stanowiły kobiety. Także większość deklarowała wykształcenie psychologiczne oraz posiadanie certyfikatu terapeuty. Oferowana pomoc była najczęściej płatna, a najpopularniejszą drogą kontaktu z terapeutą był e-mail, a odpowiedź nadchodziła najczęściej po 12–48 godzinach. Rzadko zdarzało się, by terapeuta kodował informacje przesyłane do pacjenta. Z uzyskanych danych wynika, że terapeuci w takiej formie kontaktu niezmiernie rzadko proszą pacjenta o podanie miejsca zamieszkania czy nawet danych osobowych. Najczęściej nie weryfikuje się też pełnoletności osoby zwracającej się po pomoc. Pacjenci najczęściej nawiązywali kontakt jednorazowo, a większość z nich mieściła się w grupie wiekowej 20.–30. roku życia.

Wnioski. Wyniki rzucają nieco światła na realia polskiej e-terapii. Droga komunikacji z pacjentem i nurt teoretyczny e-terapeutów były zgodne ze światowymi tendencjami. Istnieje potrzeba wprowadzenia szkoleń dotyczących takiej formy psychoterapii uczulającej na kwestie dyktowane przez ustawodawstwo i zagadnienia związane z bezpieczeństwem przesyłu danych w sieci. Przydatne byłoby także stworzenie bazy danych e-terapeutów oraz wprowadzenie certyfikatu umożliwiającego weryfikację ich kompetencji. *Psychiatria 2009; 6, 2: 43–50*

słowa kluczowe: e-terapia, psychoterapia on-line, psychoterapia, internet, poczta elektroniczna, kodeksy etyczne, telemedycyna

PIŚMIENICTWO

1. Aouil B. Pomoc psychologiczna on-line. Oficyna Wydawnicza Mirosław Wrocławski, Bydgoszcz 2008; 61–74.
2. Manhal-Baugus M. E-therapy: Practical, ethical, and legal issues. *Cyberpsychology & Behavior* 2001; 4: 551–563.
3. Rochlen A.B., Zack J.S., Speyer C. On-line therapy: Review of relevant definitions, Debates, and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology* 2004; 60: 269–283.
4. Carlbring P., Furmark T., Steczko J., Ekselius L., Andersson G. An open study of internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via e-mail for social phobia. *Clinical Psychologist* 2006; 10: 30–38.
5. Andersson G., Calbright P. Internet and cognitive behaviour therapy: new opportunities for treatment and assessment. *Cognitive Behaviour Therapy* 2003; 32: 97–99.
6. Collie K., Cubranic D., Long B.C. Audiographic communication for distance counselling: a feasibility study. *British Journal of Guidance & Counselling* 2002; 30: 269–284.
7. Robson D., Robson M. Ethical issues in internet counselling. *Counselling Psychology Quarterly* 2000; 13: 249–257.
8. Castelnovo G., Gaggioli A., Mantovani F., Riva G. New and old tools in psychotherapy: the use of technology for the integration of traditional clinical treatment. *Psychotherapy: theory, research, practice, training* 2003; 40: 33–44.
9. Cook J.E., Doyle C. Working alliance in on-line therapy as compared to face-to face therapy: preliminary results. *Cyberpsychology & Behaviour* 2002; 5: 95–105.
10. Reynolds D.J., Stiles W.B., Grohol J.M. An investigation of session impact and alliance in internet based psychotherapy: preliminary results. *Counselling and Psychotherapy Research* 2006; 6: 164–168.
11. Recupero P.R., Rainey S.E. Informed consent to e-therapy. *American Journal of Psychotherapy* 2005; 59: 319–331.
12. Bishoff R.J. Consideration in the use of telecommunications as a primary treatment medium: the application of behavioral telehealth to marriage and family therapy. *The American Journal of Family Therapy* 2004; 32: 173–187.
13. Suler J. Assessing a person's suitability for on-line therapy: The ISMHO clinical case study group. *Cyberpsychology & Behavior* 2001; 4: 675–679.
14. Ragusea A.S., Vandecreek L. Suggestions for the ethical practice of on-line psychotherapy. *Psychotherapy: theory, research, practice, training* 2003; 40: 94–102.
15. Aouil B. Pomoc psychologiczna on-line. Oficyna Wydawnicza Mirosław Wrocławski, Bydgoszcz 2008; 142–149.
16. Heinlen K.T., Welfel E.R., Richmond E.N., O'Donnell M.S. The nature, scope, and ethics of psychologists' e-therapy web sites: what consumers find when surfing the web. *Psychotherapy: theory, research, practice, training* 2003; 40: 112–124.
17. Alleman J.R. On-line counseling: The internet and mental health treatment. *Psychotherapy: theory, research, practice, training* 2002; 39: 199–209.
18. Castelnovo G., Gaggioli A., Mantovani F., Riva G. From psychotherapy to e-therapy: The integration of traditional techniques and new communication tools in clinical settings. *Cyberpsychology & Behavior* 2003; 6: 375–382.
19. Shaw H.E., Shaw S.F. Critical ethical issues in on-line counseling: assessing current practices with an ethical intent checklist. *Journal of Counselling & Development* 2006; 84: 41–53.
20. Luce K.H., Winzelberg A.J., Zabinski M.F., Osborne M.I. Internet-delivered psychological interventions for body image dissatisfaction and disordered eating. *Psychotherapy: theory, research, practice, training* 2003; 40 (1/2): 148–154.
21. Abascal L., Brown J.B., Winzelberg A.J., Dev P., Taylor C.B. Combining universal and targeted prevention for school-based eating disorder programs. *International Journal of Eating Disorders* 2004; 35: 1–9.
22. Zabinski M.F., Celio A.A., Jacobs M.J., Manwaring J., Wilfley D.E. Prevention of eating disorders and obesity via the internet. *Cognitive Behaviour Therapy* 2003; 32: 137–150.
23. Gutheil T.G., Simon R.I. E-mails, extra-therapeutic contact and early boundary problems: The internet as a 'slippery slope'. *Psychiatry Annals* 2005; 35: 952–960.
24. Wright J. On-line counselling: learning form writing therapy. *British Journal of Guidance & Counselling* 2002; 30: 285–298.
25. Elleven R.K., Allen J. Applying technology to on-line counseling: Suggestions for the beginning e-therapist. *Journal of Instructional Psychology* 2004; 31: 223–227.
26. Fisher C.B., Fried A.L. Internet-mediated psychological services and the American Psychological Association ethics code. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training* 2003; 40: 103–111.
27. Maheu M.M. The on-line clinical practice management model. *Psychotherapy: theory, research, practice, training* 2003; 40: 20–32.
28. Barnett J.E., Scheetz K. Technological advances and telehealth: ethics, law, and the practice of psychotherapy. *Psychotherapy: theory, research, practice, Training* 2003; 40: 86–93.
29. PTP (Polskie Towarzystwo Psychologiczne), <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29;03.08.2008>.
30. PTP (Polskie Towarzystwo Psychiatryczne), <http://www.psychiatria.org.pl/arch/5551; 03.08.2008>.
31. Chester A., Glass C.A. On-line counselling: a descriptive analysis of therapy services on the internet. *British Journal of Guidance & Counselling* 2006; 34, 145–160.
32. Dubois D. Clinical and demographic features of the on-line counselling client population. *Counselling and Psychotherapy Research* 2004; 4: 18–22.
33. Aouil B. Pomoc psychologiczna on-line. Oficyna Wydawnicza Mirosław Wrocławski, Bydgoszcz 2008; 97–116.