

Федерация психологов-консультантов Онлайн

ТЕМАТИЧЕСКИЙ ВЫПУСК «ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ И
КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ»

Психологическое консультирование Онлайн №4 Научно-практический журнал

Психологическое консультирование Онлайн №4

Научно-практический журнал

Учредитель:

Федерация Психологов-Консультантов Онлайн

Редакционная коллегия:

В.Ю. Меновщиков (гл. редактор), В.В. Колпачников, Е. Панькова (Рига, Латвия)

Технический редактор – О.В. Иванцов

Корректор – М. Косарева

Редакционный совет:

А.Ф. Бакирова (Уфа, Башкортостан);

В.П. Белянин (Онтарио, Канада);

А.Е. Войскунский (Москва, Россия);

П.П. Горностай (Киев, Украина);

Т. Коттл (Вашингтон, США);

В.Г. Рюмин (Пермь, Россия);

Л.Г. Степанова (Минск, Белоруссия).

Содержание

СОДЕРЖАНИЕ.....	3
ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ.....	4
В.Ю. Меновщиков Эффективность консультирования и психотерапии в интернет: выбор критериев в медицинской и психологической парадигмах.....	4
А. Барак, Л. Хен, М. Бониел-Ниссим, Н. Шапира Всесторонний Обзор и Мета-Анализ Эффективности Психотерапевтических Вмешательств на основе Интернета.....	12
Б. Кампос Является ли Телепсихология эффективной? (Эффективность и профилактическая ценность телефонного консультирования).....	45
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	49
Б. Клейн, К. Шендлей, Д. Остин, С. Нордин Пилотажное исследование программы «Паника Онлайн» как самоуправляемой терапии Панического Расстройства.....	49
С.Дж. Линтон, Л. Фон Кнорринг, Л.Г. Ост Компьютер-базируемая Когнитивно-Бихевиоральная терапия тревожных расстройств и депрессии.....	60
Д.Ф. Тэйт, Р.Р. Винг, Р.А. Винетт Использование Интернет-Технологии для поставки Поведенческой Программы Потери веса.....	65
С. Эрдан, Э. Кеверн, Л. Кролл Оценка вебсайта умственного (психического) здоровья для подростков.....	77
Б.М. Бевик, К. Труслер, Б. Малэрн, М. Бархам, Э.Дж. Хилл Возможности и эффективность индивидуальной обратной связи на основе сети и антиалкогольного вмешательства с использованием социальных норм среди британских студентов университета: рандомизированное испытание с использованием контрольной группы.....	83
М. Грунвалд, Д. Веземанн Индивидуальное использование консультации онлайн для людей, с пищевыми расстройствами и их родственников: Оценка Онлайн Консультативной службы.....	97
ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ.....	109
Эффективно ли психологическое консультирование онлайн? Дискуссия на портале «Профессионалы.ру».....	109
ИНФОРМАЦИЯ.....	123
О проведении конференции «Психологическая помощь социально-незащищенным личностям с использованием дистанционных технологий (интернет-консультирование и дистанционное обучение)», 24-25 февраля 2011г.....	123
Программа повышения квалификации по курсу «Психологическое консультирование в Интернет» в МГППУ.....	127
Наши авторы.....	128

Теория и методология

В.Ю. Меновщиков

Эффективность консультирования и психотерапии в интернет: выбор критериев в медицинской и психологической парадигмах

***Аннотация:** В контексте проблемы эмпирических исследований психотерапии и консультирования, базирующегося на компьютерной технологии, рассматриваются этапы исследований в психотерапии. Обсуждаются критерии эффективности психотерапии, их выбор, исходя из медицинской или психологической модели. Приводятся примеры, использования отдельных методов измерения эффективности в отечественных и зарубежных исследованиях.*

***Ключевые слова:** эффективность консультирования и психотерапии, этапы изучения, е-терапия, онлайн-консультирование, критерии эффективности, методы, эмпирические исследования.*

Исследование эффективности консультирования и психотерапии в Интернет для отечественной науки является абсолютно «непаханным полем». До сих пор сама тема психотерапии в Сети вызывает противоречивые высказывания, скептицизм и даже откровенное отрицание, особенно в академических кругах. При этом бурный рост практики психологической помощи в Интернет не позволяет оставаться в стороне от изучения этой проблематики. В настоящей статье мы ставим себе несколько задач: 1) прежде чем подойти к исследованиям в Интернете, проследить, хотя бы «пунктирно», путь научных исследований психотерапии в целом; 2) разобраться в критериях, предлагаемых в психотерапии для оценки ее эффективности; 3) сравнить эти критерии, применительно к медицинской и психологической парадигмам в психотерапии; 4) и, наконец, заглянуть в область исследований онлайн-консультирования и психотерапии за рубежом.

Для нас также важны конкретные методы, которые будут пригодны для оценки критериев эффективности. На примерах применения этих методов мы также остановимся.

Эффективность консультирования и психотерапии в целом стала предметом научного исследования практически сразу же, как только появились первые научные методы психотерапии. С течением времени (от начала к концу предыдущего столетия) фокус исследовательского интереса в исследованиях консультирования и психотерапии смещался с одной задачи («Приносит ли психотерапия какую-либо пользу?») на другую: «Кому и какая психотерапия помогает?», «Как работает та или иная психотерапия?» [3].

В соответствии с исследовательскими задачами можно выделить несколько этапов в изучении психотерапии (см. [10], [11]). При этом, как отмечают Е.С. Калмыкова и Х. Кэхеле, необходимо иметь в виду, что, хотя выделяемые фазы хронологически следуют одна за другой, фактически их нельзя привязать к какому-то одному исследовательскому направлению или какой-

либо одной школе психотерапии. Их следует скорее понимать как эпохи в развитии исследований, причем на разных этапах то одно, то другое психотерапевтическое направление проявляло высокую степень активности и достигало наиболее интересных результатов [3].

Самыми первыми исследованиями, относящимися к *предварительному этапу* или “нулевому циклу” изучения психотерапии, можно считать описания отдельных клинических случаев. В XIX в. это был излюбленный психиатрами методологический подход и З.Фрейд продолжил эту традицию. В то время детально описанный клинический материал был одним из самых надежных способов передачи и обсуждения своего опыта [3].

Следующий этап развития исследований психотерапии «лицом к лицу» (его можно считать *первым* в действительно научном изучении психотерапии) начался приблизительно в 1930-е гг. в русле психоанализа [7] и достиг максимальной интенсивности и успеха в 1950—1970-е гг. [6]. На этом этапе первостепенное значение имел *вопрос об эффективности психотерапии вообще*, независимо от конкретной ее формы, диагноза пациентов и т.п.

На *втором этапе* развития исследований консультирования и психотерапии в целом центральной являлась *проблема связи между процессом и результатом психотерапии*. В этот же период уделялось большое внимание развитию сравнительных исследований результатов воздействия различных психотерапевтических подходов. Все они, кстати, доказали свою эффективность.

В последние годы проявляется тенденция не столько к сопоставлению эффективности различных психотерапевтических направлений в целом, сколько к рассмотрению *возможного воздействия конкретной терапевтической техники на конкретное психическое нарушение* независимо от исходного общетеоретического направления.

Несмотря на относительную молодость использования всемирной компьютерной Сети¹, психологические приложения Интернета (е-терапия, кибертерапия, онлайн-консультирование, тестирование онлайн и т.п.) уже заметны во всем мире и стремительно увеличиваются. Они различны по своей природе и начаты многими людьми и организациями, имеют дело с разнообразными проблемами и потребностями.

Поскольку эта область относительно нова, преждевременно делать окончательные выводы по поводу воздействия, полезности, важности, эффектов, затрат, применимости и т.п. Проблемы, которые были высказаны более десятилетия назад [9] и вопросы типа: «Эффективна ли терапия он-лайн? Во всех ли случаях эффективна терапия он-лайн? Различается ли эффективность различных ее видов?» все еще остаются недостаточно изученными. Хотя отдельные эмпирические исследования за рубежом проводились еще в начале 90-х годов прошлого века, фактически научные исследования эффективности консультирования и психотерапии, построенные по строгой методологии, только что начались. Получены первые интересные результаты [12]. Наша страна,

¹ В 1971 году была разработана первая программа для электронной почты. Стандарт WWW (*World Wide Web*), включающий в себя возможность просматривать сайты и обмениваться сообщениями электронной почты по всему миру, был утвержден консорциумом разработчиков 17 мая 1991 года. Именно эту дату можно считать днем рождения Интернета в нашем привычном понимании.

наконец-то, тоже начинает выходить на стадию постановки вопросов об эффективности консультирования и психотерапии в Интернет.

Соответственно, одним из особенно актуальных становится вопрос о критериях и методах оценки эффективности консультирования и психотерапии.

По мнению одного из мэтров отечественной психотерапии, Б.Д. Карвасарского, оценка эффективности, идет ли речь о психотерапии или о других видах терапевтического воздействия, представляется чрезвычайно сложной [2].

Число возможных предпосылок, требуемых для оценки эффективности психотерапии велико. Карвасарский с сотрудниками считают, что критерии эффективности психотерапии должны удовлетворять следующим условиям: 1) Достаточно полно характеризовать наступившие изменения в клинической картине и адаптации пациента (с учетом трех плоскостей клинической динамики – соматической, психологической и социальной); 2) Критерии должны позволять производить оценку не только с точки зрения объективного наблюдения, но и включать субъективную оценку с позиций самого пациента; 3) Эти критерии должны быть достаточно независимыми друг от друга.

Зарубежные исследователи в целом разделяют точку зрения отечественных специалистов по поводу сложности проведения измерений эффективности. Так, Р. Джордж и Т. Кристиани пишут о том, что «хорошие исследования эффективности консультирования относительно редки. Этому есть несколько причин. Первая и наиболее фундаментальная проблема – трудность получения соглашения по определениям процесса и результата, от которых и зависит значение оценки» [1.С.373]. Следует признать, что в силу крайнего разнообразия подходов и методов в консультировании и психотерапии сложно выделить общепринятые цели и задачи. Имеется почти столько же целей, сколько есть исследователей в этой области [1]. Соответственно, количество критериев изменения клиента также многообразно и связано с целями терапии, которые выделяются психотерапевтом в качестве ведущих.

Помимо принадлежности к определенной психотерапевтической традиции (психоаналитической, поведенческой, экзистенциально-гуманистической и т.п.), ситуацию осложняет доминирование определенной модели психотерапии.

Известно, что в современной психотерапии существуют две основных модели: *медицинская и психологическая*. В медицинской модели основной упор делается на знание нозологии, синдромологии, клинической картины расстройств. Основной мишенью такой модели является симптом. Работая в медицинской модели, психотерапевт занят лечением и профилактикой заболеваний и расстройств здоровья. К данной модели относится классическое понимание психотерапии как отрасли медицины, как специальности, практикуемой в лечебном учреждении совместно с врачами других специальностей.

Психотерапия в ее психологической модели занята психологическими проблемами, нарушениями адаптации и, условно говоря, неуспешностью человека, группы, семьи. Словом,

такими нарушениями, которые не достигают степени выраженных расстройств здоровья. Границы между понятиями консультирование и психотерапия в рамках психологической модели, по-видимому, достаточно условны.

Хотя границы между моделями психотерапии порой не выражены, практики (по-видимому, независимо от того, являются ли они врачами или психологами) чувствуют огромное давление, поскольку предъявляемые им требования формулируются в рамках медицинской модели [4. С.109]. Мы полагаем, что это касается, в том числе и требований, связанных с эффективностью психотерапии.

Соответственно, при исследовании эффективности консультирования и психотерапии возникает вопрос сходства и различия критериев в рамках медицинской и психологической моделей, их сопоставимости и применимости в различных исследованиях. Не углубляясь пока в вопросы дифференциации, попытаемся очертить общий круг возможных критериев эффективности, связанных с целями консультирования и терапии.

Например, это могут быть цели типа развития самоактуализации, совершенствования «Я-концепции» и т.п. Для их измерения традиционно используются такие инструменты как самоотчет клиента, оценка изменений консультантом, различные шкалы изменений, тесты и индексы поведенческого изменения. Однако подобные критерии и методы их измерения имеют определенные слабости в смысле валидности и демонстрации устойчивости изменений. Это привело, в частности, к распространению поведенческих критериев. В тоже время и эти критерии ставятся под сомнение теми консультантами, которые полагают, что определенное поведение – это только одна из сторон консультирования, не являющаяся показателем целостного процесса [1]. Соответственно, критерии либо должны отвечать интересам какого-либо определенного направления, либо быть комплексными. Последнее предпочтение, представляется нам более перспективным в плане получения адекватных исследовательских результатов.

Еще в 1966 году Блочер [8] выделил 4 типа критериев, в соответствии с которыми может быть измерено улучшение у клиента. Эти критерии включают:

- 1) критерии социального регулирования;
- 2) личностные критерии;
- 3) критерии профессионального регулирования;
- 4) образовательные критерии.

Критерии социального регулирования включают изменения в степени «оценки», сделанной значимыми другими клиента (вроде родителей или учителей). Иногда используются более объективные показатели типа увеличения участия в групповой активности или сокращения дисциплинарных нарушений.

Личностные критерии включают субъективные показатели типа изменения прилагательных, используемых клиентом для описания себя в течение какого-то периода времени.

Личностные критерии отражают изменения показателей различных личностных тестов, типа Q-сортировки Стивенсона или различных личностных опросников.

Критерии профессионального регулирования могут включать усовершенствование профессиональных планов, а также постоянство на работе или продвижение по службе. Кроме того, критерии профессионального регулирования могут измеряться самоотчетами клиентов об удовлетворенности работой или сообщениями наблюдателей о поведении клиента на работе.

Наиболее традиционный *образовательный критерий* – рост успеваемости. Другие показатели, которые иногда используются, включают сокращение числа прогулов или выдворений с урока и корреляцию между оценками и измеренными способностями.

В нашей стране Б.Д. Карвасарским с сотрудниками [2] при проведении личностно-ориентированной (реконструктивной) терапии также был предложен в чем-то сходный комплекс критериев:

- 1) Степень симптоматического улучшения;
- 2) Изменения степени понимания пациентом психологических механизмов его заболевания;
- 3) Объективно регистрируемые (наблюдаемые окружением) параметры, характеризующие степень восстановления нарушенных отношений личности, т.е. изменений в поведении, в контактах с людьми, жизненных планах, целях и т.д.
- 4) Субъективно и объективно определяемая степень улучшения социального функционирования в различных сферах деятельности.

Для оценки критериев использовались методики, разработанные в научном сотрудничестве между отделениями неврозов Института им. В.М. Бехтерева и Института психиатрии и неврологии в Варшаве.

Комплекс методик, применяемых для оценки эффективности психотерапии с учетом вышеназванных критериев, приведен в следующей таблице:

Таблица 1. «Критерии эффективности психотерапии (со стороны клиента) и методы их измерения»

№ п\п	Критерий	Метод
1.	Степень симптоматического улучшения	Клиническая шкала; Оценочные шкалы (например, опросник Александрович, 1977)
2.	Изменения степени понимания пациентом психологических механизмов его заболевания	Клиническая шкала; Опросник Института психиатрии и неврологии (Варшава)
3.	Объективно регистрируемые (наблюдаемые окружением) параметры, характеризующие степень восстановления нарушенных отношений личности	Наблюдение. Проективные методы (например, Незаконченные предложения); Семантический дифференциал; Методика Q-сортировки; Межличностная методика Т. Лири
4.	Субъективно и объективно определяемая степень улучшения социального функционирования	Наблюдение за изменением поведения в отделении (выполнение обязанностей по самообслуживанию, участие в трудовой терапии, положительное влияние на других); Производственные показатели; социальные связи и т.п.

По сути, критерии, предлагаемые Блочером и Карвасарским, демонстрируют нам сходство и различие в критериях эффективности консультирования и психотерапии в *медицинской* и *психологической* моделях.

Однако даже то, что на первый взгляд отсутствует в психологической модели (симптомы болезни), и, соответственно, никак не отражено Блочером, может быть рассмотрено и внесено как некий эквивалент, аналог симптома. Мы имеем в виду то, что в психологической модели на самом деле имеются характеристики сходные с тем, что описано в медицинской модели. Например, изменение эмоционального состояния, проработку чувств в результате консультативной работы можно рассматривать как психологический эквивалент устранения симптомов. Все дело в степени патологичности этих сходных по сути проявлений и в их обозначении, маркировке.

С учетом наших дополнений сопоставим критерии в следующей таблице:

Таблица № 2. Критерии оценки эффективности психотерапии в медицинской и психологической парадигмах

	Критерии в Медицинской модели (Карвасарский и др.)	Критерии в Психологической модели (Блочер и др.)
1	Степень симптоматического улучшения;	Изменение эмоционального состояния, проработка чувств, улучшение физического самочувствия
2	Изменения степени понимания пациентом психологических механизмов его заболевания; (осознание)	Личностные критерии (осознание, инсайт)
3	Объективно регистрируемые (наблюдаемые окружением) параметры, характеризующие степень восстановления нарушенных отношений личности, т.е. изменений в поведении, в контактах с людьми, жизненных планах, целях и т.д.	Критерии социального регулирования; (увеличения участия в групповой активности, сокращение дисциплинарных нарушений и т.д.) Личностные критерии (изменение самоописаний личности, самооценки и т.п.)
4	Субъективно и объективно определяемая степень улучшения социального функционирования в различных сферах деятельности (производственные показатели, социальные связи и др. жизненные характеристики)	Критерии профессионального регулирования (постоянство на работе, продвижение по службе) Образовательные критерии (рост успеваемости, сокращение числа прогулов и др.)

Таким образом, за исключением критерия наличия симптоматики (например, обсессивно-фобических расстройств, эмоциональных нарушений, вегетативно-соматических расстройств и т.п.) описание критериев измерения эффективности психотерапии имеют значительное сходство. По сути, и в том и другом случае, речь идет об измерении изменений в трех сферах: когнитивной, эмотивной и поведенческой.

Следует заметить, что приводимые нами критерии не учитывают измерения процесса психотерапии (рабочего альянса и др. составляющих), т.е. направлены лишь на ответ на вопрос об эффективности психотерапии вообще, актуальный, как было сказано выше, прежде всего на первом этапе изучения психотерапии.

Посмотрим теперь, что же измеряют наши зарубежные коллеги в исследованиях, посвященных эффективности консультирования и психотерапии в Интернет. Следует заметить, что только часть наиболее понятных нам и показательных исследований использована в данной статье. При этом наше внимание было сосредоточено исключительно на примерах индивидуального консультирования и психотерапии. Эффективность групповых методов нами не рассматривалась, хотя на эту тему уже имеются исследования, также показавшие обнадеживающие результаты. Более подробную информацию можно найти, например, в обзоре М. Маллен, Д. Фогель, А. Рочлен и С.. Дей [12].

В Приложении 1 нами представлены 5 исследований эффективности консультирования и психотерапии в Интернет [12]. Кратко описаны их результаты, приведены методы измерения эффективности. С более подробным описанием можно ознакомиться в нашей предыдущей статье [5].

Из данных, представленных в приложении, следует вывод о том, что зарубежные исследования консультирования и психотерапии в Интернет идут в русле *медицинской* модели. В них, в обязательном порядке, измеряется устранение конкретной симптоматики (тревожность, депрессия, соматизация, симптомы посттравматических стрессовых расстройств и т.п.).

Помимо симптоматики используются измерение и других описанные нами выше критериев, таких как критерии социального регулирования (глобальная оценка функционирования, социальная оценка навыков). Чисто личностные критерии не нашли особого отражения в рассматриваемых нами исследованиях.

В то же время исследователи уже вышли за изучение непосредственно общей эффективности и пытаются начать изучать связь эффективности с процессом психотерапии в киберпространстве (например, исследуя удовлетворенность клиента и терапевта, рабочий альянс в разных видах консультирования и психотерапии онлайн). То есть, исследования психотерапии в Интернет, в сравнении с историей исследований психотерапии «лицом к лицу», идут более интенсивно.

Исследования консультирования и психотерапии онлайн в нашей стране только начинаются и нам важно опереться на уже имеющийся за рубежом опыт и понимание того, в рамках какой модели мы ведем исследование, и какие методы будут наиболее адекватными целям и задачам, которые ставит перед собой исследователь.

Литература

1. Джордж Р., Кристиани Т. Консультирование: теория и практика. - М.: Изд-во ЭКСМО, 2002.
2. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990.

3. Калмыкова Е.С., Кэхеле Х., Изучение психотерапии за рубежом: история, современное состояние // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2000. - №1 <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20000107>
4. Колпакова М.Ю. Диалог как основание психотерапевтической интеграции. // Гуманитарные исследования в психотерапии. Под общ. ред Ф.Е. Василюка. – М., 2007. С.102-123.
5. Меновщиков В.Ю. Состояние и перспективы исследований консультирования и психотерапии в сети интернет // Сибирский психологический журнал (в печати).
6. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: Прогресс, 1994.
7. Alexander F. Five year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis, 1932 - 1937. Chicago: Institute of Psychoanalysis, 1937.
8. Blocher D.H. Developmental Counseling. N.Y., 1966.
9. Cutter, E. Virtual psychotherapy? // PsychNews International, 1996. 1(3) [on-line]. Available (February, 1999): <http://www.cmhc.com/pni/pnil3b.htm>
10. Kaechele H. Psychoanalytische Psychotherapieforschung // Psyche. 1992. Bd. 46, N 3. S. 259-285.
11. Kaechele H., Strauss B.M. Approaches and Methods in Psychotherapy Research or Do we need Empirically Validated/Supported Treatments. Montevideo: 1998.
12. Mallen M. J., Vogel D. L., Rochlen A.B., Day S.X. Online Counseling: Reviewing the Literature From a Counseling Psychology Framework. // The Counseling Psychologist. 2005. V. 33; P. 819

А. Барак, Л. Хен, М. Бониел-Ниссим, Н. Шапира

Всесторонний Обзор и Мета-Анализ Эффективности Психотерапевтических Вмешательств на основе Интернета²

***Аннотация:** Психотерапевтические вмешательства на основе Интернета используются более десяти лет, но никакого всестороннего обзора и обширного мета-анализа их эффективности не проводилось.*

Мы собрали все эмпирические статьи, изданные до марта 2006 ($n = 64$), которые исследуют эффективность терапии онлайн различных форм и выполнили мета-анализ всех исследований, описанных в них ($n = 92$). Эти исследования вовлекают, в общей сложности, 9 764 клиента, получивших различные психологические вмешательства на основе Интернета при разнообразных проблемах. Их эффективность была оценена различными типами измерений. Средний размер эффективности был 0.53 (средний эффект), что подобно среднему размеру эффекта традиционных, лицом к лицу, методов терапии.

Данные этого мета-анализа и обзора дополнительных интернет-исследований терапии, не включенных в мета-анализ, обеспечивают сильную поддержку принятию онлайн-психологических вмешательств как законной терапевтической деятельности. Ограничения полученных данных и рекомендации относительно терапии на основе Интернета и будущего исследования также обсуждены в данной статье.

***Ключевые слова:** etherapy, e-консультирование, терапия онлайн, Интернет-терапия, кибертерапия, мета-анализ, эффективность.*

Интернет используется для психотерапевтических вмешательств больше десятка лет. Различные термины применяются, чтобы обозначить эту специальную профессиональную деятельность: etherapy (или e-консультирование), терапия онлайн, Интернет-терапия, кибертерапия, иногда эта сфера деятельности обозначается как e-здоровье или telehealth как часть более общих терапевтических действий. Хотя были сделаны попытки связать определенные термины с более сфокусированными методами (например, кибертерапия как использование программного обеспечения для создания виртуальной реальности), эта терминология практически потерпела неудачу, и профессионалы и обыватели обычно используют различные термины попеременно. Есть, однако, несколько главных факторов, которые выделяются среди различных терапевтических приложений, проводимых средствами Интернета.

Один из них имеет отношение к тому, как метод онлайн-интервенции использовался — включает ли он человеческую коммуникацию (здесь это называется etherapy), или это самоусовершенствование, терапия на основе вебсайта (здесь она названа терапия на основе сети)³.

² Сокращенный перевод В.Ю. Меновщикова, Е.В. Меновщиковой.

Следующий главный фактор имеет отношение к другой определяемой Интернетом области – поставляется ли вмешательство в «реальном времени» (синхронно) или отсрочено (асинхронно).

Третий важный фактор имеет отношение к способу коммуникации – проводится ли это с помощью текста, аудио или видео (webcam).

Другие важные отличия имеют отношение к тому, работают ли с одним человеком или группой и терапевтическим подходом, термины которого обычно связаны с традиционными, лицом к лицу, терапиями.

С самого начала интернет-терапия критиковалась и была отклонена множеством дилетантов (например, Скиннер и Latchford, 2006) и профессионалов (например, Лестер, 2006; Wells, Митчелл, Finkelhor, и Becker-Blease, 2007) по нескольким основаниям.

Во-первых, отсутствие наблюдения лицом к лицу, которое делает невозможным передачу и обнаружение невербальных реплик коммуникации клиента, с одной стороны, и использование языка тела врача с другой вызвало массивное сопротивление.

Эта оппозиция, основанная на невербальной коммуникации, считалась существенным компонентом терапевтических отношений.

Во-вторых, этические проблемы, касающиеся тайны и конфиденциальности, идентичности пациентов и врачей, разрешения чрезвычайных ситуаций и другие стали центральной проблемой в применении, установленной компьютером, терапии на дистанции.

В-третьих, современные законы и инструкции не всегда покрывали различные ситуации, созданные терапией онлайн, типа местных требований лицензирования, юридического законодательства, профессионального страхования от ошибок и т.д., приводя часто к нерешенным юридическим проблемам.

В-четвертых, практические и технические проблемы приводили к аргументам, связанным с обучением врачей онлайн, в том числе это было связано с их зависимостью от электронных средств, от сложных, хрупких технологий, заботы о цифровом обеспечении и т.д.

Вся эта критика, хотя она все еще существует, большей частью получила ответ, поскольку область развивалась, многочисленные профессионалы объединились буквально и фигурально вокруг этого нового канала терапии, появились передовые технологии, этические кодексы были развиты, обучающиеся курсы и симпозиумы начали предлагаться и так далее (Честер и Glass, 2006; Grohol, 2004). Не в последнюю очередь сыграло роль то, что многим клиентам понравился этот инновационный терапевтический выбор (King и др., 2006).

В попытке ответить на вопросы и критические взгляды, изложенные противниками терапии онлайн, довольно много терапевтических процессов было исследовано, в основном исследовались специальные особенности терапевтической динамики, создаваемой на дистанции, в невидимых, межличностных обстоятельствах.

³ Для простоты мы будем использовать в данном переводе статьи термины е-терапия и веб-терапия. Прим. переводчика (В.Ю. Меновщиков).

Полученные исследовательские данные, очевидно, концентрировались на различных формах etherary и часто показывали, что терапия онлайн во многом подобна традиционной форме терапии, хотя она обладает и некоторыми уникальными особенностями, которые также были идентифицированы.

Cook и Doyle (2002), например, нашли, что клиенты е-почты или терапии на основе чата оценили терапевтический рабочий альянс как подобный и даже более выраженный, чем альянс в терапии лицом к лицу.

В аналогичном исследовании Mallen, Day и Green (2003), однако, нашли, что более высокие оценки получили степени раскрытия, близости и удовлетворения опытом терапии лицом к лицу, чем те же параметры онлайн, хотя никакое различие в эмоциональном понимании не было обнаружено между этими двумя способами взаимодействия.

Escoffery, McCormick, и Bateman (2004) сообщили относительно развития процесса по постановке цели, росту осознания и удовлетворения клиентов, использующих веб-терапию для того, чтобы прекратить курение.

Льюис, Coursol, и Herting (2004) изучали опыт клиента и консультанта в videoconferencing-консультировании в качественном анализе отдельного случая (кейс-стади). Они были в состоянии квалифицировать важные темы в предоставляемом опыте клиента и консультанта и отметили положительные чувства клиента.

В аналогичном исследовании Rochlen, Land, и Wong (2004) нашли, что мужчины с высокой эмоциональностью предпочитают онлайн-консультацию консультации лицом к лицу больше, чем мужчины с низкой или ограниченной эмоциональностью.

Bickmore, Gruber, и Picard (2005) показали, что связь и рабочий альянс могут быть развиты, даже когда работа ведется с автоматизированным программным обеспечением.

В аналогичном исследовании Rees и Stone (2005) отметили, что клиницисты оценили рабочий альянс в videoconferencing-терапии ниже, чем в традиционных сессиях лицом к лицу.

Young (2005) исследовал отношения клиентов чат группы онлайн, хотя удобство и анонимность были названы как благоприятные факторы, секретность и проблемы безопасности были обозначены как аргументы против ее использования.

Барак и Bloch (2006) нашли, что факторы воздействия сессии на основе чат терапии были связаны с воспринятой доброжелательностью сессий.

Leibert, Archer, Munson, и Йорк (2006) изучали рабочий альянс и удовлетворенность клиентов в консультировании через е-почту и на основе чата; оба способа были номинально ниже опыта консультирования лицом к лицу.

Reynolds, Stiles, и Grohol (2006) нашли, что факторы воздействия сессии и терапевтический альянс в e-mail терапии были подобны терапии лицом к лицу и для врачей и для клиентов.

Согласно Ritterband и др. (2006) использование аудио, графики, и интерактивность в лечении на основе вебсайта энкопреза у детей внесли свой вклад в их знания, мотивацию и готовность изменяться.

Таким образом, вообще говоря, эти исследования показывают, что консультирование и отношения психотерапии могут эффективно иметь место при специальных обстоятельствах, создаваемых Интернетом, вплоть до участия главных терапевтических процессов.

Главными вопросами, на которые их авторы последовательно отвечали в течение этих исследований и через многочисленные другие публикации, были те вопросы, которые спрашивали – может ли вообще терапия, осуществленная онлайн, быть эффективной; могла ли терапия быть проведена эффективно (то есть, достигнуть ее терапевтических целей) через Интернет; было ли это столь же эффективно, как традиционная терапия; и как различные методы и переменные, связанные с терапией онлайн, затрагивали эффективность.

Хотя, к настоящему времени довольно много индивидуальных исследований рассмотрели разнообразные психологические проблемы и многочисленные исследования отдельных случаев были изданы и представлены, всестороннее рассмотрение и экспертиза этих вопросов все еще недостаточны.

Несколько попыток были сделаны для того, чтобы обеспечить содержательный обзор по эффективности психологических вмешательств онлайн. Эти попытки, однако, предлагали скорее ограниченное представление вопроса из того, что находилось «под рукой», главным образом из-за их частичного включения опубликованных исследований (например, Энтони, 2006; Ritterband и др., 2003; Tate и Zabinski, 2004; Ybarra, Eaton, и Bickman, 2005); стенографического, энциклопедического стиля обобщения (Барак, 2004); скорее акцента на истории и развитии, чем на эффективности (например, Скиннер и Зак, 2004); концентрации на определенной области проблем типа тревоги (Andersson, Bergstroëm, Carlbring, и Lindefors, 2005), депрессии (Andersson, 2006), панических расстройств (Carlbring и Andersson, 2006), прекращения курения (Etter, 2006; Walters, Мастер, и Shegog, 2006), потери веса (Weinstein, 2006), связанных со здоровьем проблем (Strecher, 2007) или проблем алкоголизма (Walters, Miller и Chiauzzi, 2005); концентрации только на вмешательствах на основе сети (Andersson, 2006; Griffiths и Christensen, 2006; Pull, 2006); сосредоточенности на терапии на основе видео (Simpson, 2003); или смешения вместе терапии и поддержки (Mallen, Vogel, Rochlen, и Day, 2005).

Хотя общее заключение этих обзоров, также как и нескольких других, было очень благосклонно к интернет-терапии, кажется, что надежность этих ресурсов недостаточна, потому что их обзоры литературы являются в действительности неполными или узкими.

Кроме того, ни один из этих обзоров не предпринял попытки исследовать взаимодействие соответствующих модераторов (например, возраста клиентов, терапевтического подхода) с результатом терапии.

Должно быть отмечено, что несколько книг, фокусирувавшихся на *therapy* и *e-консультировании* (например, Derrig-Palumbo и Zeine, 2005; Hsiung, 2002; Kraus, Зак, и Stricker, 2004; Tyler и Sabella, 2003), также обеспечили общий и частичный обзор исследований так же, как и многочисленные примеры случаев, но не обеспечили полное и всестороннее представление изучаемой области. Три аналитических Мета-обзора, которые являются частично релевантными нашим текущим исследовательским вопросам были проведены.

Wantland, Portillo, Holzemer, Slaughter и McGhee (2004) провели мета-анализ 22 интервенций на основе сети против интервенций «не на основе сети» по обучению и созданию поведенческих изменений у людей с хроническими заболеваниями. Они обнаружили большие вариации в размере эффекта (ES), который располагается в диапазоне от -0.01 до +0.75.

В другом мета-аналитическом обзоре, Spek и др. (2007) изучили 12 исследований, оценивающих эффективность когнитивно-поведенческой терапии на основе Сети (CBT) для депрессии и тревоги. Они нашли незначительный ES для лечения депрессии и большой ES для лечения тревоги.

Эти два мета-анализа относятся только к вмешательствам на основе Сети в определенной проблеме области.

Hirai и Clum (2006) провели мета-анализ эффективности различных видов самоусовершенствования в помощи людям с проблемами тревоги. Методы включали компьютерные и интернет-вмешательства самоусовершенствования наряду с другими методами (например, использования напечатанных материалов, видеозаписи). Авторы нашли, что компьютерные и вмешательства самоусовершенствования на основе Интернета, главным образом, приводят к одинаково эффективным результатам терапии, как и другие вмешательства самоусовершенствования.

Цель текущего аналитического мета-исследования состояла в том, чтобы *обеспечить более полные, всесторонние ответы на вопросы, касающиеся эффективности психологических вмешательств онлайн*. Наше исследование *покрывает широкий набор данных, в которых упомянуты разнообразные онлайн-технологии и методы, интервенции, психологические подходы, проблемы и другие особенности, которые существуют в психотерапии через Интернет*.

Цель состояла также в том, чтобы исследовать эффективность вмешательств онлайн вообще и определенные параметры в количественных эмпирических исследованиях, а также в изучении взаимодействия медиаторов с результатом терапии.

МЕТОД

Сбор данных

Мы искали и собрали все опубликованные исследования, уместные для нашего мета-анализа.

Исследования, которые мы использовали, отвечали следующим критериям:

- 1) *они были изданы в рецензируемом журнале на английском языке в любое время до марта 2006 (включительно);*
- 2) *они опытным путем изучали эффективность психологических вмешательств, проводимых через каналы онлайн-коммуникации (то есть, Интернет терапию);*
- 3) *вмешательство было основано на фактическом выполнении психологического воздействия (а не только поддержки онлайн или онлайн оценки);*
- 4) *исследование содержало больше, чем пять участников, получивших терапию онлайн;*
- 5) *эффективность терапии была основана на, по крайней мере, предварительных количественных сравнениях;*
- 6) *эффективность терапии была основана, по крайней мере, на одном фактическом измерении результата.*

Поиск исследований проводился при использовании PsycINFO и базы данных MEDLINE, Google и Scopus. Кроме того, мы проверяли библиографии из многочисленных статей, чтобы обнаружить возможные недостающие пункты.

Кроме единственной статьи, все статьи, включенные в наше исследование, были опубликованы до марта 2006 с единственным исключением, когда исследование было обнародовано на вебсайте издателя (вышло в печать некоторое время спустя).

Всего отобрано 69 статей, которые соответствовали критериям включения.

47 статей, которые исследовали эффективность терапии онлайн, были отклонены, потому что они имели недостаточное представление данных для вычисления ES (т.е. РАЗМЕРА ЭФФЕКТА). Эти статьи использовали только качественные и описательные подходы (обычно через изучение отдельных случаев), были основаны на простых литературных обзорах или испытывали недостаток в главных деталях в отношении природы терапии или участников проекта. В двух случаях, в которых определенная информация отсутствовала (то есть, была неясна терапия, проводимая для контрольной группы, отсутствовала информация об участниках), с авторами исследований связались, чтобы дополнить информацию. Кроме того, мы нашли что результаты, о которых сообщают в 5 из 69 статей, годных к изучению, были продублированы и изданы в других статьях в этом наборе; поэтому информация, собранная в этих исследованиях, была включена в анализ только один раз.

Заключительный набор данных, поэтому, содержал 64 статьи. Большинство из них сообщали о единственном исследовании; несколько статей, однако, описывали два или больше (до четырех) исследований, каждое из которых отличалось типом пациентов (например, Christensen, Griffiths, Korten, Brittliffe, и Groves, 2004), интервенционным методом (например, Carlbring, Ekselius, и Andersson, 2003), или другим фактором.

В целом, эти 64 статьи сообщали о 92 независимых исследованиях (основанных на различных пациентах) различных вмешательств онлайн, нацеленных на лечение пациентов, которые страдали от психологической проблемы или дистресса. Эти статьи, содержат

заключительный набор данных для нашего мета-анализа. (С первым автором можно связаться для уточнения списка ключевых слов, используемых в поиске статей и для уточнения списка статей, исключенных из набора данных, используемых для мета-анализа).

В целом, 92 исследования включали 11 922 участников, 9 764 из них получили некоторую форму психологического вмешательства онлайн. Число пациентов в каждом исследовании от 6 до 2 341 (среднее = 106; медиана = 28). Проанализированные вмешательства содержали в общей сложности 746 измерений эффекта (показателей эффективности). Некоторые исследования были оценены единственной мерой (показателем) результата (например, Cohen и Kerr, 1998), тогда как другие были оценены несколькими мерами (Buhrman, FaËltenhag, StroËm, и 2004 Andersson).

Среднее число — восемь измерений, используемых, чтобы определить эффективность терапии.

Вычисление Размера Эффекта

Данные, собранные из 92 проведенных исследований, были преобразованы в однородный, стандартизированный формат, чтобы обеспечить количественный синтез посредством аналитических мета-вычислений с использованием метода фиксации эффектов. Исследования содержали 746 измерителей эффектов вмешательств.

Интервенционный ES по каждому из 746 измерителей был вычислен через статистические процедуры, предложенные Hedges и Olkin (1985) и дополнительные математические решения для статистически незначимого ES (Rosenthal, 1984). В нескольких случаях отсутствовали некоторые данные. Тогда мы вычисляли ES эффект индивидуальных измерений на доступных данных.

Когда данные, связанные с определенным модератором, отсутствовали, мы также опускали недостающие данные или включали их в «другую» категорию в представленных результатах.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средневзвешенный эффект ES по всем 92 исследованиям составлял 0.53, который, как полагают, является средним эффектом (Cohen, 1988).

Средние эффекты очень различаются от исследования к исследованию, от минимального ES -0.10 (Richards, Klein, Остин, 2006; лечение панического расстройства через информацию онлайн) к максимуму 1.68 (Strecher, Shiffman и West, 2005; терапия, направленная на прекращение курения через СВТ).

ES также показал чрезвычайные изменения по другим переменным, особенно по 746 зависимым измерениям: от низкого -2.90 (самосообщение о серьезности боли при лечении хронических болей в пояснице; Buhrman и др., 2004) к 5.10 (самосообщение о «тотальной фобии» в продолжающейся терапии страдающих фобией и паническими расстройствами, с и без использованием СВТ; Schneider, Mataix-Cols, Marks и Bachofen, 2005).

Из 746 подсчитанных эффектов 75 были нулевыми и меньше (10 процентов); из 92 средних ES, вычисленных в исследовании, 5 (5.4 процентов) были отрицательными.

Тип Измерения Результата Эффективности

Эффективность терапии была измерена различными способами: клиентские анкетные опросы-самосообщения, сообщения о поведении и активности, оценка и диагностика экспертами и физиологические измерения – все, что подходило для исследования рассматриваемой проблемы. Таблица 2 представляет сравнение ES в разных типах зависимого измерения. Различия среди ES разного типа измерения были очень существенны.

Таблица 1. Размер Эффекта (ES) и Тип измерения Результата

Тип Измерения	ES	n	N
Оценка Экспертом	0.93	3	140
Поведение	0.61	26	6272
Самосообщение	0.43	62	4518
Физический	0.19	26	1892
Другой	1.54	8	222

Примечание: ES = размер эффекта; n = число эффектов; N = число участников. Число эффектов превышает 92; т.к. в некоторые из исследований использовали больше, чем один тип измерений.

($Q_B = 226.42$; $p < .001$), изменяется от 0.93 (оценка экспертами и кодировщиками) до 0.19 (физические измерения; например, кровяное давление, мозговые волны).

Категория «Другой» очень близка к среднему ES, но это кажется случайным, так как нет никакого логического общего знаменателя (например, число посещений терапевта до и после терапии, удовлетворенность врача).

Кажется, что психологические типы терапии, проведенные онлайн, были менее успешны в создании связанных с проблемой изменений, таких как физические или телесные по природе типа кровяного давления или веса.

Без этого типа измерений результата эффективности, однако, средний ES очевидно увеличился бы значительно и стал бы ближе к тому, что считают высоким ES.

Тип Проблемы

Пациентов лечили от разнообразных проблем и психологических дистрессов (иногда связанных с медицинскими проблемами типа болей в пояснице или головных болей).

Мы классифицировали большинство из проблем в несколько значимых категорий; однако, восемь специфических проблем (например, бессонница) остались в категории «другое».

Как можно видеть в Таблице 3, средний ES имеет существенные вариации среди разных категорий проблем ($Q_B = 197.98$; $p < .001$).

В то время как посттравматические стрессовые расстройства (PTSD) (среднее ES = 0.88) и панические и тревожные расстройства (среднее ES = 0.80) рассматриваются как имеющие наибольший эффект, потеря веса получила наименее эффективную терапию (ES = 0.17).

Таким образом, выглядит, как будто вмешательства на основе Интернета лучше подходят для терапии проблем, которые являются более психологическими по своей природе то есть, имеют дело с эмоциями, мыслями и поведением, и меньше подходят для проблем, которые являются

прежде всего физиологическими или телесными (хотя они, очевидно, имеют также психологические компоненты).

Таблица 3. Размер Эффекта Типом Проблемы

Тип Проблемы	ES	n	N
PTSD (ПТСР)	0.88	3	148
Паника и Тревога	0.80	23	498
Прекращение Курения	0.62	8	5460
Алкоголизация	0.48	6	351
Имидж Тела	0.45	5	221
Депрессия	0.32	16	2500
Физиологические симптомы	0.27	7	212
Потеря веса	0.17	16	1604
Другое	0.58	8	1427

Примечания: ES = размер эффекта; n = число эффектов; N = число участников; PTSD = посттравматическое стрессовое расстройство

Если последние категории были бы удалены из анализа, средний ES бы превысил 0.6.

Время измерения эффективности

Большинство исследований измеряло эффективность прямо в конце терапии (то есть, посттерапия) или очень близко к этому; множество исследований, в которых эффективность измерялась позднее, было в пределах от четырех недель до года со времени окончания терапии. Средний ES для измерения посттерапии, который вовлекал 85 исследований, был 0.52, тогда как средний ES 33 исследований, которые измеряли результат позднее, эффективность была 0.59. Несмотря на видимое, очевидное различие в пользу последующего измерения эффекта, это отличие не было статистически значимым ($Q_B = 2.46$; $p > .05$).

Терапевтический Теоретический Подход

Три главных психотерапевтических подхода характеризовали проанализированные исследования:

1. Когнитивно-бихевиоральная терапия СВТ (вмешательство, прежде всего основанное на комбинации изменения мыслей и содержания, связанного с тренировкой местного поведения),
2. Психообразовательный (psychoeducational) подход (вмешательство, прежде всего основанное на обеспечении информации и объяснений области проблемы, поведения и эмоций, связанных с этим, и выполнением предписанных инструкций о том, как изменяться)
3. Поведенческий подход (вмешательство, прежде всего основанное на модификации и формировании цели поведения и на принципах обучения).

Таблица 4 представляет ES разных подходов.

Тип интервенции	ES	n	N
Когнитивно-бихевиоральный	0.83	51	3960
Психо-образовательный	0.46	25	6796
Поведенческий	0.23	14	1136
Другие	0.65	2	30

Существенные различия проявились среди категорий терапии ($Q_B = 190.22$; $p < .001$), СВТ ($ES = 0.83$) было найдено как намного более эффективный подход, чем другие подходы.

Поведенческий подход, кажется, наименее подходит для терапии онлайн ($ES = 0.23$). Если поведенческие подходы были устранены из Интернет-вмешательства, средний ES увеличивался и, кажется, был бы показан более высокий уровень эффективности.

Здесь, также, возможные эффекты смешивания были исследованы, чтобы проверить, не была ли эффективность результатом других факторов (например, связана с представленной проблемой). Мы не нашли никакого подтверждения таким эффектам смешивания.

Возраст Пациентов

Мы классифицировали возраст клиентов на пять возрастных групп согласно данным, доступным из статей (см. Таблицу 5). Однако довольно многие исследования сообщали только о возрастном диапазоне; следовательно, эти данные должны быть упомянуты с осторожностью. Эффекты данных, используемых для анализа существенных различий среди возрастных групп ($Q_B = 181.23$; $p < 001$).

Интересно, что самые молодые пациенты и самые старые, кажется, менее эффективно терапевтируются онлайн ($ES = 0.15$ и 0.20 , соответственно), тогда как молодые (19-24) и старшие (25-39) взрослые, кажется, извлекают большие пользы от терапии на основе Интернета ($ES = 0.48$ и 0.62 , соответственно).

Таблица 5. Размер Эффекта и Возраст Пациентов

Возрастная группа	ES	n	N
18 и меньше	0.15	6	287
19-24	0.48	14	840
25-39	0.62	27	6941
40 и выше	0.20	31	3172
Возраст не сообщили	0.63	14	682

Примечания: ES = размер эффекта; n = число эффектов; N = число участников.

Форма Вмешательства Онлайн: Веб-терапия против Е-терапии

Терапию на основе Интернета можно поставить главным образом через вебсайт (то есть, терапия на основе сети (веб-терапия), использующая большое число интервенционных методов) или через коммуникацию онлайн (то есть, etherapy, через различные коммуникационные каналы и модальности).

Хотя эти две формы поставки терапии чрезвычайно отличны, они обе используют Интернет как главное средство для того, чтобы взаимодействовать с клиентами на расстоянии.

Из 92 исследований средний ES 65 исследований, которые исследовали эффективность терапии на основе Сети (веб-терапии) был 0.54, что незначительно отличается от среднего ES 0.46 найденного для 27 исследований, которые изучали эффективность etherapy (QB = 2.49; $p > .05$).

Важно отметить, что, вообще, в терапии на основе Сети и etherapy использовались подобные теоретические подходы с подобными пациентами (по возрасту и полу) с подобными проблемами, и результаты были оценены подобными измерителями.

Группа против Индивидуальной Терапии

Интернет позволяет поставлять терапию индивидуально или групповым способом так же, как в терапии лицом к лицу.

Однако, тогда как терапия на основе сети (веб-терапия) проводится индивидуально, etherapy в принципе (кроме возможных приложений группы поддержки, предлагаемой иногда в этой форме терапии), может проводиться любым индивидуальным способом (через различные каналы коммуникации типа личного чата или электронной почты) или в группе (через форум или комнату для дискуссий).

Таблица 6 сравнивает средний ES индивидуальной терапии (в терапии на основе сети (веб-терапии) и в etherapy) против групповых (в etherapy) терапевтических способов.

Как можно увидеть в таблице 6, индивидуальная терапия – поставлена ли она через терапию на основе сети (веб-терапия) или это etherapy, была более эффективной, чем терапия в группе (QB = 7.34); $p < .05$).

Таблица 6. Размер Эффекта индивидуальной терапии против Групповой Терапии

Способ	d	n	N
Индивидуальный вебсайт	0.53	65	10523
Индивидуальная etherapy	0.57	9	9490
Групповая etherapy	0.36	18	909

Примечания: d = размер эффекта; n = число эффектов; N = число участников.

Индивидуальный способ терапии был отмечен в 74 исследованиях, приведенный средний ES 0.54; групповую терапию характеризовали 18 исследований, средний ES 0.36, различия статистически значимы (QB = 7.12; $p < .01$).

Однако, поскольку только небольшое количество исследований, включенных в анализ, использовали групповую терапию и число их участников было относительно маленьким, по сравнению с другими способами терапии, воздействие на полный ES было маргинальным.

Снова должно быть отмечено что, вообще, индивидуальные и групповые интервенции обеспечивались подобными терапевтическими подходами к подобным пациентам с подобными проблемами и были оценены подобными мерами результата. Следовательно, возможность влияния других факторов маловероятна.

Терапия на основе Сети⁴: Диалоговый Вебсайт против Статического Вебсайта

Терапию на основе Сети можно поставить через диалоговый (интерактивный) вебсайт, где пользователи активно взаимодействуют с сайтом согласно инструкции и приложений или через статический вебсайт, где пользователи пассивно получают информацию, инструкции и ссылки к их проблемной области.

Диалоговые сайты характерны для СВТ и поведенческих психотерапевтических подходов, в которых активизация пациента когнитивно и поведенчески существенна.

Статические сайты более типичны для психообразовательного подхода или информационного подхода, которые используют дидактические и информативные методы.

Наш анализ обнаружил, что в 65 исследованиях, которые изучали терапию на основе сети, ES был 0.65 для 51 случая терапии, которые использовали диалоговые сайты, что значительно выше, чем ES 0.52 для 14 вмешательств, использующих статические сайты (QB = 32.07; $p < .001$).

Должно быть отмечено, что тип проблемы сходным образом лечился и в том и в другом типе терапии, поэтому этот фактор не должен быть расценен как возможная переменная смешивания. Однако, как уже упомянуто, диалоговые сайты более типичны для СВТ, тогда как статические сайты более типичны для подходов психообразовательных, что могло бы повлиять на оценку результата.

Терапия на основе сети: Открытый Вебсайт против Закрытого Вебсайта

Терапию на основе Сети можно поставить через вебсайт открытого доступа, который разрешает любому желающему получить терапию или участвовать в ней, или через закрытый доступ на (фильтрующий) вебсайт, для которого пациенты отбираются (согласно различным критериям), и к сайту получают доступ только после личной авторизации.

Среди 65 исследований терапии на основе Сети ES для 51 вмешательства, которое использовало закрытые сайты, были 0.68, что значительно выше, чем ES 0.48 для 14 вмешательств, где использовались открытые сайты (QB = 50.40; $p < .001$).

Это различие может интерпретироваться через несколько возможных объяснений типа: терапия на основе Сети не соответствует всем пациентам, следовательно, предварительный отбор существенен, профессиональная оценка должна предшествовать эффективной терапии на основе Сети и/или закрытый сайт создает повышенную ответственность и мотивацию для терапии.

Будущее исследование должно проверить эти гипотезы.

Etherapy: Синхронность Коммуникации

Etherapy может использовать любой синхронный способ коммуникации — через чат, аудио или webcam- или асинхронной коммуникации, через электронную почту и форум.

Из 27 исследований, которые исследовали эффективность etherapy, средний ES 12 исследований, которые изучили использование синхронной модальности коммуникации для

⁴ То же, что веб-терапия в нашей терминологии. Прим. Переводчика.

терапии был 0.49, тогда как средний ES 15 исследований, которые исследовали асинхронные терапевтические инструменты коммуникации был 0.44.

Это различие не было статистически достоверным ($QB = 0.20$; $p > .05$).

Etherapy: Тип Модальности

27 исследований изучали эффективность etherapy через чат (девять исследований), форум (восемь исследований), электронную почту (семь исследований), аудио (два исследования), и webcam (одно исследование) как средства коммуникации между врачами и клиентами.

Таблица 7 представляет средний ES по каждой модальности.

Различия средних ES были достоверными ($QB = 55.16$; $p < .001$).

Это показывает, что чат и электронная почта (оба 0.50) были более эффективны, чем форум и webcam (оба 0.30).

Таблица 7. Размер Эффекта Etherapy по Коммуникационным Модальностям (27 Исследований)

Модальность Коммуникации	ES	n	N
Аудио	0.91	1	54
Чат	0.53	9	231
Webcam	0.31	2	208
Электронная почта	0.51	7	383
Форум	0.34	8	523

Примечания: ES = размер эффекта; n = число эффектов; N = число участников.

Так как число исследований для этого анализа является маленьким и общий знаменатель между webcam и форумом, в отличие от других методов коммуникации, не является очевидным, можно предложить, что эти различия обусловлены уменьшением чувства приватности.

Должно быть отмечено, что, вообще, никакое систематическое различие не было представлено между различными модальностями в типах проблем теоретического подхода или типа клиентов, следовательно, вмешательство этих факторов мало вероятно.

Небольшое количество исследований в каждой модальности, однако, не позволяет провести дальнейшую оценку.

Вклад Приложений Онлайн к Главному Способу Терапии

Несколько подходов терапии на основе Интернета пробовали сопровождать главную модальность терапии онлайн-приложениями, вовлекающими либо использование терапии на основе сети (веб-терапии), либо каким-нибудь видом etherapy.

В некоторых исследованиях клиентам предлагали дополнительное (и спорадическое) использование электронной почты (например, Carlbring, Westling, Ljungstrand, Ekselius, и Andersson, 2001) или форума (например, Dew и др., 2004) в дополнение к использованию терапии на основе Сети как первичного терапевтического метода.

В других исследованиях дополнительно к вебсайту etherapy предлагали использование электронной почты (например, Moore, Soderquist, и Werch, 2005) или приложение форума, где чат использовался как первичный терапевтический коммуникационный канал (например, Gollings и Paxton, 2006).

Сравнение исследований, которые использовали вебсайт как приложение к другим способам терапии и тех, которые не делали этого, показало, что дополнительные вебсайты фактически сокращали эффективность терапии (ES 0.41 против 0.54, соответственно; QB = 4.26; $p < .05$).

Дальнейший анализ не показал никаких различий между типами дополнительного сайта, открытого или закрытого, статического или диалогового.

Использование электронной почты как приложения к главной модальности терапии также, как находили, не вносило вклад, поскольку ES исследований, которые использовали этот метод, был 0.53 идентично исследованиям, которые не использовали электронную почту как приложение.

Не сделало вклад в эффективность терапии и использование форума: средний ES 15 исследований, которые использовали это метод, был 0.44, это результат, который не отличается от исследований, не использовавших форум (ES = 0.54; QB = 1.74; $p > .05$).

Кроме того, использование аудио-модальности онлайн как приложения не вносил свой вклад в терапию; фактически, это даже уменьшило ценность ES. Средний ES восьми исследований, которые использовали эту модальность, был 0.32 против среднего ES 0.54 для исследований, которые не сделали этого (QB = 7.65; $p < .01$).

Использование чата как приложения к основной модальности терапии также имело уменьшающий эффект: шесть исследований, использующих чат как дополнительный канал коммуникации, имели среднее ES 0.15 в противоположность среднему ES 0.54 для остальной части исследований (QB = 25.32; $p < .001$).

Использование webcam как дополнительного канала показало, что этот метод препятствовал эффективности в шести исследованиях, которые использовали это средний ES 0.35 по сравнению с средним ES 0.54 для исследований, которые не сделали этого (QB = 3.74; $p < .05$).

Должно быть отмечено, что обнаружение этих фактов не обязательно объясняет причинную связь, поскольку различные переменные могли бы уменьшить эффект и быть ответственными за это различие.

Несколько объяснений можно дать относительно того, почему дополнительные приложения, кажется, вносят незначительный вклад в эффективность терапии, например: мультинаправленность коммуникации с клиентами может отвлекать их внимание и мешать фокусированию и/или каналы коммуникации, которые уменьшают чувство персонального уровня анонимности вредят эффективности интернет-терапии.

Эти (или другие) гипотезы должны быть проверены в будущем исследовании.

Терапия На основе Интернета против Терапии Лицом к лицу

Среди 92 исследований, включенных в анализ, было 14 непосредственно сравнивающих терапию на основе Интернета ($n = 940$) с терапией лицом к лицу ($n = 593$), традиционная терапия той же самой проблемы, участники были выбраны случайным образом для каждого способа терапии.

В то время как взвешенный ES среднего числа вмешательств на основе Интернета был 0.39, взвешенный ES вмешательств лицом к лицу был 0.34.

Это различие статистически не существенно ($Q_B j$ 0.32; $p > .05$).

Должно быть также упомянуто, что не было никакого систематического фактора или очевидного объяснения, почему эти специальные исследования привели к эффектам ниже, чем среднее число остальной части исследований; таким образом, мы предполагаем, что не было смешивания эффектов, вовлеченных в этот анализ.

ОБСУЖДЕНИЕ

Полная Эффективность Вмешательств на основе Интернета

Мета-анализ, выполненный на материале 92 исследований, которые изучали эффективность психологических вмешательств на основе Интернета, показал, что, в среднем, такое вмешательство имеет ES 0.53 или средний эффект.

Этот средний ES был найден при различных вмешательствах, методах и подходах, типах измерения эффективности, проблемных областях, интернет-каналах и модальностях, возрасте пациентов и другие переменных.

Наш анализ эффектов взаимодействия модераторов показал, что средний ES, возможно, был бы намного выше, если определенные типы мер результата (например, физический и физиологический) не использовались. Фактически, наша экспертиза показала, что, если исследования использовали только лучшие (то есть, наиболее улучшенные) меры эффективности, средне взвешенный ES увеличивался до 1.05, что считают очень высоким ES.

Однако, несмотря на проблемность некоторых измерений результата, отдельные психологические методы, как было найдено, были менее соответствующими для применения онлайн, чем другие (например, поведенческий метод). При этом, несмотря на то, что некоторые проблемы являются, очевидно, менее в психологическом отношении поддающимися терапии через Интернет (например, снижение веса), средний ES, который мы нашли, 0.53. А это весьма внушительно.

Должно быть также упомянуто, что нашлась общая параллель с обнаруженными нами фактами – некоторые проблемы (например, потеря веса) также менее эффективно лечатся многими традиционными, лицом к лицу, терапевтическими подходами (Hardeman, Грайффин, Джонстон, Kinmonth, и Wareham, 2000; Шой, О’Rourke, Del Mar, и Kenardy, 2007). Следовательно, эти различия, возможно, не придется приписывать Интернету как способу поставки вмешательства.

Наше заключение относительно впечатляющей природы найденного уровня эффективности строится на трех основаниях:

Во-первых, в среднем, лицом к лицу психотерапевтические вмешательства не значительно более эффективны в создании изменений в клиентах.

Хотя довольно многие исследования показали, что личная терапия могла достигнуть относительно высокого ES в рассмотрении определенных проблем, в определенной популяции, при использовании определенного метода средняя эффективность параллельна среднему ES 0.53, найденному в нашем мета-анализе, то есть имеет также средний размер.

Это заключение основано на многих всесторонних обзорах эффективности психотерапии, таких как исследования Сообщений Потребителей (см. Seligman, 1995), и мета-исследованиях, проведенных Смитом и Glass (1977), Wampold и его коллегами (1997), а также Luborsky с коллегами (1999).

Фактически, если Вы суммируете все результаты мета-аналитических исследований, включенных во всесторонний обзор мета-исследований эффективности психотерапии Ламберта и Огльза (2004), можно будет найти, что средний размер эффекта лучше всего представляет результаты исследований.

Следовательно, можно сделать вывод, что терапия на основе Интернета, в среднем, также эффективна или почти столь же эффективна, как терапия лицом к лицу.⁵

В этом контексте обобщение Уомполда (2001) в отношении эффективности традиционных, лицом к лицу психологических вмешательств, «Проще говоря, психотерапия замечательно эффективна» (р. 71; в оригинале), кажется, применимо также к психологическим вмешательствам на основе Интернета.

Во-вторых, данные, собранные для нашего аналитического мета-обзора, показали, что нет различия в ES между интернет- и вмешательствами лицом к лицу, сравниваемыми в том же самом исследовании.

Фактически средний ES Интернет-вмешательства в 14 исследованиях, которые проводили такое сравнение, был только 0.39 – т.е. по некоторой неизвестной причине ниже среднего ES всех исследований, включенных в наш мета-анализ. Но средний ES вмешательств лицом к лицу, включенных в этот набор данных, был 0.34.

Это различие не было статистически значимым, таким образом, поддерживая утверждение, что интернет-вмешательства являются столь же эффективными, как параллельные им лицом к лицу психологические вмешательства.

В-третьих, несмотря на общий миф (Fenichel и др., 2002), что терапия не может или не должна быть поставлена через Интернет, особенно из-за нехватки визуальных образов и невербальных сигналов коммуникации и отсутствия свидетельств ее эффективности (например, Федерация Клинической Социальной Работы, 2001), наши полученные данные ясно показывают что, в большинстве случаев, терапию онлайн можно поставить эффективно при использовании различных Интернет-приложений и эксплуатации нескольких вариантов коммуникации онлайн.

⁵ Выделено нами. Примеч. Переводчика.

Если мы учитываем, что использование современных компьютеров и Интернет в терапевтических целях — относительно новое профессиональное применение, и, если мы добавляем к этому, что коммуникационные технологии и компьютер непрерывно и значительно развивались за прошлое десятилетие, и, если мы также обращаем внимание на тот факт, что, вообще, профессионалы терапии являются относительно новичками и им не хватает предварительной подготовки и обучения в этой области, полученные данные текущего мета-анализа не только внушительны, но, фактически, стоят удивительно высоко.

Терапия на основе сети (веб-терапия), Е-терапия и Дополнительные Интернет – Поставленные Вмешательства

Число исследований, которые исследовали эффективность web-терапии (n = 65), включенные в наш обзор, значительно превышает те, которые изучили etherapy (n = 27). Очевидно, причина для этого различия имеет отношение к относительной непринужденности, с которой может быть проведено исследование вмешательств на основе сети (веб-терапии), чем тоже при etherapy.

В web-терапии клиенты входят на сайт и следуют за инструкциями, включая заполнение анкетных опросов онлайн в различных временных точках, тогда как etherapy больше напоминает терапию лицом к лицу, в которой встречается клиент и врач для терапевтического диалога; следовательно, в последней практике формы и анкетные опросы воспринимаются как несоответствующие и ненужные, и связь с пациентами для анкетных опросов и других подобных действий обычно вызывает беспокойство и вовлекает этические и методологические трудности в дополнение к практическим проблемам.

Интересно также отметить, что эффективность etherapy- возможно из-за основной, более естественной терапевтической природы, была предметом многочисленных неколичественных исследований, включая иллюстративные описания отдельных случаев (например, Chechele и Stofle, 2003; Люс, Winzelberg, Zabinski, и Осборн, 2003) и передовые качественные исследования (например, Stofle, 2002).

Эти публикации не могли быть включены в наш, в основном, количественный аналитический Мета-обзор; однако, их существование не должно быть проигнорировано, тем более, что они обеспечивают много свидетельств в поддержку приложений etherapy в различных коммуникационных онлайн методах и для многочисленных областей проблем.

Эти проблемные области включают индивидуальную терапию в рассмотрение таких проблем как супружеские (Jedlicka и Jennings, 2001), сексуальные проблемы (Зал, 2004), аддиктивное поведение (Stofle, 2002), тревога и социальная фобия (Przeworski и Newman, 2004) и расстройства пищевого поведения (Grunwald и Busse, 2003); а также групповую терапию в лечении разнообразных проблем (например, Barak & Wander-Schwartz, 2000; Colo`n, 1996; Przeworski & Newman, 2004; Sander, 1999).

Возможно, этот тип методологии лучше соответствует *etherapy*-вмешательствам, тем более, что в них обычно применяется основанная-на-опыте (опытно-ориентированная) терапия (Suler, 2008).

Кажется, что с развитием и улучшением обучения в этой, только появляющейся области (Coursol Льюис, 2004; Mallen, Vogel, и Rochlen, 2005; Trepal, Haberstroh, Duffey, и Evans, 2007), терапевтический процесс и результат будут увеличиваться.

Полученные нами данные показали что, в среднем, вмешательство на основе Сети обеспечивает такую же эффективную терапию, как *etherapy*.

Это заключение не означает, что оба подхода одинаково эффективны в лечении сходных индивидов и\или сходных проблем.

Терапия на основе Сети (веб-терапия) сосредоточена на самоусовершенствовании, то есть люди индивидуально используют терапевтические ресурсы, будь это информация онлайн, психообразовательные вмешательства или, сделанный на заказ, клинический протокол, основанный на принципах СВТ, чтобы изменить их состояние. Существенная роль и ответственность врача лежат на подготовке материалов и предоставлении их онлайн-путем, который является привлекательным, дружественным и оптимально эффективным.

В *etherapy* врач является активно занятым в терапевтической коммуникации с клиентами и в эксплуатации Интернета для выбора канала коммуникации (Suler, 2000, 2004, 2008).

Возможно поэтому, клиенты, характеризуемые различными предпочтениями, потребностями, или привычками извлекли бы выгоду дифференцированно от каждого из этих двух подходов во взаимодействии с областью их проблемы.

Отсутствие значимого различия в средней эффективности, которую мы нашли между двумя подходами, могла бы навести на размышление (что лучше) самовыбор пациентов и\или врачи. Доступные данные не могут пока еще обеспечить ответы на эти вопросы.

Будущее исследование должно сосредоточиться на этих интересных гипотезах.

Очень небольшое исследование было опубликовано о двух других использованиях Интернета для поставки терапии: интернет-компонент (ы), который может служить дополнением терапии лицом к лицу (например, использование электронной почты между лицом к лицу сессиями; просьба, чтобы клиенты создавали посты на персональном блоге; использование вебсайта, чтобы подготовить клиентов к терапии лицом к лицу) и Интернет-программное обеспечение (запрограммированный робот, который моделирует врача, основанный на принципах искусственного интеллекта или предписанных протоколов типа ЭЛИЗЫ)⁶.

Использование этих двух категорий в дополнение к терапии на основе Сети (веб-терапии) и *etherapy* создает всесторонний набор инструментов для врачей, желающих использовать все интернет-возможности в их лечебной работе.

⁶ ЭЛИЗА – специальная компьютерная программа, моделирующая диалог клиента с терапевтом. Прм.переводчика.

Однако только очень ограниченное исследование результатов было опубликовано до настоящего времени о растущем использовании поставляемой Интернетом терапии как дополнительного терапевтического средства типа использования электронной почты, блогов, информации онлайн или группы поддержки онлайн параллельно с традиционной, лицом к лицу, терапией (Baily, Yager, и Jensen, 2002; Castelnovo, Gaggioli, Mantovani, и Riva, 2003; Suler, 2008; Tate и Zabinski, 2004; Zuckerman, 2003).

Полученные данные, изданные о таком терапевтическом использовании, имеют перспективы как бы то ни было.

Например, Baily и коллеги (2002) описали использование электронной почты как добавочного инструмента терапии для подростков с анорексией и использование комнаты для дискуссий для повышения участия в социальной жизни для пациента с социальной фобией.

Аналогично Peterson и Beck (2003) представили модель и несколько иллюстративных случаев использования электронной почты как добавочного инструмента в психотерапии.

Golkarnay, Bauer, Haug, Wolf и Kordy (2007) недавно представили использование групповой терапии, проводимой через комнату для дискуссий (чат-комнату) после завершения личной терапии пациента чтобы уменьшать риск рецидива.

В отношении категории более автоматизированного, терапевтического программного обеспечения онлайн (Marks, Cavanagh, и Gega, 2007) эмпирические исследования результатов редки; однако, описания таких приложений существуют, например, о помощи в терапии алкогольных проблем (Squires & Hester, 2004) или более общее использование ЭЛИЗЫ (Эпштейн и Klinkenberg, 2001).

Рассмотрения Возраста как Модерирующего Фактора

Отличительные эффекты возрастной группы на результаты терапии на основе Интернета требуют специального внимания. Полученные данные мета-анализа показали, что возраст клиентов влияет на их способность извлекать пользу из терапии.

Определенно, среди четырех категорий возрастных групп полученные данные показали, что ES на основе Интернет-терапии, обеспеченной в группе взрослых среднего возраста (19-39) был выше, чем со старшим возрастом или младшими клиентами.

Эти данные, однако, могут быть временным результатом исчезающего фактора: это распространяющееся принятие и использование навыков, связанных с Интернетом.

Другими словами, мы полагаем, что в настоящее время — после общего проникновения компьютеров и Интернета в дома, школы и на рабочие места, эти различия, возможно, исчезнут.

Фактически, недавние исследования интернет-терапии для старших взрослых и детей, опубликованные после окончания сбора данных для текущего анализа (март 2006), показали сильные терапевтические эффекты.

Например, использование на основе Сети СВТ, Spence, Holmes, March и Lipp (2006) показало очень эффективные результаты на тревожных детях, в то время как Nelson, Barnard, and Cain (2006) получили подобные результаты на депрессивных детях.

Hicks, von Baeyer и McGrath (2006) представили очень эффективное вмешательство онлайн для лечения текущих болей у детей.

Точно так же на другом конце континуума возраста Brattberg (2006) представил очень эффективное, поставленное через Интернет, психообразовательное вмешательство в лечении хронических болей у старших взрослых; Hill, Weinert, и Cudney (2006) показали очень эффективное вмешательство на основе Сети на психологические признаки хронических заболеваний у пожилых женщин.

Lorig, Ritter, Лорент и Plant (2006) представил очень эффективную программу вмешательства онлайн, чтобы развивать навыки самоуправления у старших взрослых, страдающих от хронических болезней; Marziali и Donahue (2006) очень эффективно лечили стариков (средний возраст 68) через videoconferencing.

Таким образом, кажется, что взаимодействие определенного возраста и интервенционной онлайн эффективности действительно исчезает.

Так как киберпространство стало главной социальной окружающей средой для детей и подростков (Fox & Madden, 2006; Hall, 2006; Valkenburg & Peter, 2007), не удивительно, что терапевтические и поддерживающие приложения онлайн очень полезны для молодежи (Барак, 2007; Hoffmann, 2006; Mangunkusumo, Brug, Duisterhout, de Koning, и Raat, 2007), в отличие от того, что было найдено в нашем исследовании.

Аналогично, использование в настоящее время компьютеров и Интернет старшими людьми быстро растет (Carpenter и Buday, 2007); действительно, эта возрастная группа может получить большую психическую поддержку через использование компьютеров (Shapira, Барак и Gal, 2007).

РЕЗЮМЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Полученные данные, представленные в этом мета-аналитическом обзоре, обеспечивают поддержку применению психотерапевтических вмешательств через Интернет, используя различные подходы, методы, и онлайн-модальности, чтобы рассмотреть различные проблемы дифференцированно, но полно; терапия онлайн особенно эффективна для того, чтобы лечить тревогу и стресс и, в среднем, столь же эффективна как вмешательство лицом к лицу.

Эффективность вмешательств может быть обнаружена с помощью разнообразных измерений результата, но меньше при использовании физиологических или физических измерений.

Когда терапия на основе Сети, терапия самоусовершенствования применена на диалоговом вебсайте, куда может быть получен доступ только предварительно отобранными, пациентами, это должно увеличить успех терапии.

Напоминания электронной почты для пациентов, которые используют терапию на основе Сети, как ожидается, также внесет свой вклад в успех терапевтического вмешательства.

Когда применяется *etherapy*, кажется, что текстовые способы предпочитаются чаще, чем нетекстовые способы (например, использованию аудио и *webcam*), хотя это должно быть расценено осторожно из-за маленького числа исследований, рассматривающих использование этих особенностей.

Кроме того, кажется, что индивидуальная интернет-терапия более эффективна, чем групповое вмешательство онлайн.

Использование компьютеров и Интернета быстро увеличивается и становится общим личным и социальным явлением (Barak & Suler, 2008; Bargh & McKenna, 2004; Haythornthwaite & Nagar, 2004; Madden, 2006). Кроме того, интернет-связанный компьютер превращается в очень влиятельный социальный инструмент (Sassenberg и Джонас, 2007), в то время как введение инновационной и передовой технологии часто и быстро изменяет культуру.

Психотерапия и консультирование должны приспособиться к этому миру изменений и ответственно принять новые, инновационные инструменты, чтобы вписаться в мир сегодня и завтра, чтобы лучше оправдывать надежды клиентов и их потребности.

Текущий обзор показывает, что это не только теоретически возможная, но и фактически развивающаяся профессиональная действительность.

ЛИТЕРАТУРА⁷

1. Andersson, G. (2006). Internet-based cognitive-behavioral self help for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 6, 1637–1642.
2. Andersson, G., Bergstroëm, J., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2005). The use of the Internet in the treatment of anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 73–77.
3. Andersson, G., Bergstroëm, J., Hollandaëre, F., Carlbring, P., Kaldø V., & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187, 456–461.
4. Andersson, G., Lundstroëm, P., & Stroëm, L. (2003). Internet-based treatment of headache: Does telephone contact add anything? *Headache*, 43, 353–361.
5. Andersson, G., Stroëm, T., Stroëm, L., & Lyttkens, L. (2002). Randomized controlled trial of Internet-based cognitive behavior therapy for distress associated with tinnitus. *Psychosomatic Medicine*, 64, 810–816.
6. Anthony, K. (2006). Electronically delivered therapies. In C. Feltham & I. Horton (Eds.), *The SAGE handbook of counselling and psychotherapy* (pp. 518–523). London, UK: Sage.

⁷ Примечание: значком отмечены исследования, включенные в мета-анализ.

7. Baily, R., Yager, J., & Jensen, J. (2002). The psychiatrist as clinical computerologist in the treatment of adolescents: Old barks in new bytes. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1298–1304.
8. Barak, A. (2004). Internet counseling. In C. E. Spielberger (Ed.), *Encyclopedia of applied psychology* (pp. 369–378). San Diego, CA: Academic Press.
9. Barak, A. (2007). Emotional support and suicide prevention through the Internet: A field project report. *Computers in Human Behavior*, 23, 971–984.
10. Barak, A., & Bloch, N. (2006). Factors related to perceived helpfulness in supporting highly distressed individuals through an online support chat. *CyberPsychology & Behavior*, 9, 60–68.
11. Barak, A., & Suler, J. (2008). Reflections on the psychology and social science of cyberspace. In A. Barak (Ed.), *Psychological aspects of cyberspace: Theory, research, applications*, 1–12. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
12. Barak, A., & Wander-Schwartz, M. (2000). Empirical evaluation of brief group therapy conducted in an Internet chat room. *Journal of Virtual Environments*, 5(1) [online]. Retrieved August 1, 2007, from <http://www.brandeis.edu/pubs/jove/HTML/v5/cherapy3.htm>.
13. Bargh, J. A., & McKenna, K. Y. A. (2004). The Internet and social life. *Annual Review of Psychology*, 55, 573–590.
14. Bickmore, T., Gruber, A., & Picard, R. (2005). Establishing the computer-patient working alliance in automated health behavior change interventions. *Patient Education and Counseling*, 59, 21–30.
15. Brattberg, G. (2006). Internet-based rehabilitation for individuals with chronic pain and burnout: A randomized trial. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29, 221–227.
16. Bruning Brown, J, Winzelberg, A. J., Abascal, L. B., & Taylor, C. B. (2004). An evaluation of an Internet-delivered eating disorder prevention program for adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 35, 290–296.
17. Buhrman, M., FaËltenhag, S., StroËm, L., & Andersson, G. (2004). Controlled trial of Internet-based treatment with telephone support for chronic back pain. *Pain*, 111, 368–377.
18. Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment: How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, 22, 545–553.
19. Carlbring, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of CBT vs. applied relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 129–140.
20. Carlbring, P., Furmark, T., Steczk_o, J., Ekselius, L., & Andersson, G. (2006). An open study of Internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via e-mail for social phobia. *Clinical Psychologist*, 10, 30–38.
21. Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldo, V., et al. (2005). Treatment of panic disorder: Live therapy vs. self-help via the Internet. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1321–1333.

22. Carlbring, P., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of a self-help program. *Behavior Therapy*, 32, 751–764.
23. Carpenter, B. D., & Buday, S. (2007). Computer use among older adults in a naturally occurring retirement community. *Computers in Human Behavior*, 23, 3012–3024.
24. Castelnuovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F., & Riva, G. (2003). New and old tools in psychotherapy: The use of technology for the integration of the traditional clinical treatments. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 33–44.
25. Celio, A. A., Winzelberg, A. J., Wilfley, D. E., Eppstein-Herald, D., Springer, E. A., Dev, P., et al. (2000). Reducing risk factors for eating disorders: Comparison of an Internet and a classroom-delivered psychoeducational program. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 650–657.
26. Chechele, P. J., & Stofle, G. (2003). Individual therapy online via email and internet relay chat. In S. Goss & K. Anthony (Eds.), *Technology in counselling and psychotherapy: A practitioner's guide* (pp. 39–58). Houndmills, UK: Palgrave Macmillan.
27. Chester, A., & Glass, C. A. (2006). Online counseling: A descriptive analysis of therapy services on the Internet. *British Journal of Guidance and Counselling*, 34, 145–160.
28. Chiauzzi, E., Green, T. C., Lord, S., Thum, C., & Goldstein, M. (2005). My student body: A high-risk drinking prevention Web site for college students. *Journal of American College Health*, 53, 263–274.
29. Christensen, H., Griffiths, K. M., & Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the Internet: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328(7), 265–268. [this article provides findings also reported in Griffiths, K. M., Christensen, H., Clarke, G., Eubanks, D., Reid, E., Kelleher, C., et al. (2005). Overcoming depression on the Internet (ODIN) (2): A randomized trial of a self-help depression skills program with reminders. *Journal of Medical Internet Research*, 7(2), e16 [online]. Retrieved August 1, 2007, from: <http://www.jmir.org/2005/2/e16>.
30. Christensen, H., Griffiths, K. M., & Korten, A. (2002). Web-based cognitive behavior therapy: Analysis of site usage and changes in depression and anxiety scores. *Journal of Medical Internet Research*, 4(1), e3 [online]. Retrieved August 1, 2007, from <http://www.jmir.org/2002/1/e3>.
31. Christensen, H., Griffiths, K. M., Korten, A. E., Brittliffe, K., & Groves, C. (2004). A comparison of changes in anxiety and depression symptoms of spontaneous users and trial participants of a cognitive behavior therapy website. *Journal of*
32. *Medical Internet Research*, 6(4), e46 [online]. Retrieved August 1, 2007, from <http://www.jmir.org/2004/4/e46>.
33. Clarke, G., Eubanks, D., Reid, E., Kelleher, C., O'Connor, E., DeBar, L. L., et al. (2005). Overcoming depression on the Internet (ODIN) (2): A randomized trial of a self-help depression skills program with reminders. *Journal of Medical Internet Research*, 7(2), e16 [online]. Retrieved August 1, 2007, from <http://www.jmir.org/2005/2/e16>.

34. Clarke, G., Reid, E., Eubanks, D., O'Connor, E., DeBar, L. L., Kelleher, C. et al. (2002). Overcoming depression on the Internet (ODIN): A randomized controlled trial of an Internet depression skills intervention program. *Journal of Medical Internet Research*, 4(3), e14 [online]. Retrieved August 1, 2007, from: [http:// www.jmir.org/2002/3/e14](http://www.jmir.org/2002/3/e14).
35. Clinical Social Work Federation (2001). CSWF position paper on internet text-based therapy [online]. Retrieved August 1, 2007, from <http://www.associationsites.com/page.cfm?usr=cswa&pageid=3670>.
36. Cohen, G. E., & Kerr, A. B. (1998). Computer-mediated counseling: An empirical study of a new mental health treatment. *Computers in Human Services*, 15(4), 13–27.
37. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
38. Colo` n, Y. (1996). Chatt(er)ing through the fingertips: Doing group therapy online. *Woman & Performance: A Journal of Feminist Theory*, 17, 205–215.
39. Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, 5, 95–105.
40. Coursol, D., & Lewis, J. (2004). Counselor preparation for a cyber world: Curriculum design and development. In J. W. Bloom & G. R. Walz (Eds.), *Cybercounseling & cyberlearning: An encore* (pp. 19–34). Alexandria, VA: American Counseling Association.
41. Dallery, J., & Glenn, I. M. (2005). Effects of an Internet-based voucher reinforcement program for smoking abstinence: A feasibility study. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 38, 349–357.
42. Dallery, J., Glenn, I. M., & Raiff, B. R. (2007). An Internet-based abstinence reinforcement treatment for cigarette smoking. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 230–238.
43. Day, S. X., & Schneider, P. L. (2002). Psychotherapy using distance technology: A comparison of face-to-face, video and audio treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 499–503.
44. Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F., (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice*. New York: Norton.
45. Devineni, T., & Blanchard, E. B. (2005). A randomized controlled trial of an Internet-based treatment for chronic headache. *Behaviour Research & Therapy*, 43, 277–292.
46. Dew, M. A., Goycoolea, J. M., Harris, R. C., Lee, A., Zomak, R., Dunbar-Jacob, J., et al. (2004). An Internet-based intervention to improve psychosocial outcomes in heart transplant recipients and family caregivers: Development and evaluation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 23, 745–758.
47. Epstein, J., & Klinkenberg, W. D. (2001). From Eliza to Internet: A brief history of computerized assessment. *Computers in Human Behavior*, 17, 295–314.
48. Escoffery, C., McCormick, L., & Bateman, K. (2004). Development and process evaluation of a Web-based smoking cessation program for college smokers: Innovative tool for education. *Patient Education & Counseling*, 53, 217–225.

49. Etter, J.-F. (2005). Comparing the efficacy of two Internet-based, computer-tailored smoking cessation programs: A randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), e2 [online]. Retrieved August 1, 2007, from <http://www.jmir.org/2005/1/e2>.
50. Etter, J. (2006). The Internet and the industrial revolution in smoking cessation counselling. *Drug and Alcohol Review*, 25, 79–84.
51. Farvolden, P., Denisoff, E., Selby, P., Bagby, M. R., & Rudy, L. (2005). Usage and longitudinal effectiveness of a Web-based self-help cognitive behavioral therapy program for panic disorder. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), e7 [online]. Retrieved August 1, 2007, from <http://www.jmir.org/2005/1/e7>.
52. Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., et al. (2002). Myths and realities of online clinical work. *CyberPsychology & Behavior*, 5, 481–497.
53. Field, A. P. (2003). Can meta-analysis be trusted? *The Psychologist*, 16, 642–645.
54. Fox, S., & Madden, M. (2006). Generations online. Pew Internet and American Life Project [online]. Retrieved August 1, 2007, from http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Generations_Memo.pdf.
55. Fuller, J. B., & Hester, K. (1999). Comparing the sample-weighted and unweighted meta-analysis: An applied perspective. *Journal of Management*, 25, 803–828.
56. Glenn, I. M., & Dallery, J. (2007). Effects of Internet-based voucher reinforcement and a transdermal nicotine patch on cigarette smoking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40, 1–13.
57. Gold, B. C., Burke, S., Pintauro, S., Buzzell, P., & Harvey-Berino, J. (2007). Weight loss on the web: A pilot study comparing a structured behavioral intervention to a commercial program. *Obesity*, 15, 155–164.
58. Golkaramnay, V., Bauer, S., Haug, S., Wolf, M., & Kordy, H. (2007). The exploration of the effectiveness of group therapy through an Internet chat as aftercare: A controlled naturalistic study. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 76, 219–225.
59. Gollings, E. K., & Paxton, S. J. (2006). Comparison of Internet and face-to-face delivery of a group body image and disordered eating intervention for women: A pilot study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 14, 1–15.
60. Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2006). Review of randomised controlled trials of Internet interventions for mental disorders and related conditions. *Clinical Psychologist*, 10, 16–29.
61. Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 342–349.
62. Grohol, J. M. (2004). Online counseling: A historical perspective. In R. Kraus, J. Zack, & G. Stricker (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (pp. 51–68). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
63. Grunwald, M., & Busse, J. C. (2003). Online consulting service for eating disorders— Analysis and perspectives. *Computers in Human Behavior*, 19, 469–477.

64. Hall, G. (2006). Teens and technology: Preparing for the future. *New Directions for Youth Development*, 111, 41–52.
65. Hall, P. (2004). Online psychosexual therapy: A summary of pilot study findings. *Sexual and Relationship Therapy*, 19, 167–178.
66. Hardeman, W., Griffin, S., Johnston, M., Kinmonth, A. L., & Wareham, N. J. (2000). Interventions to prevent weight gain: A systematic review of psychological models and behaviour change methods. *International Journal of Obesity*, 24, 131–143.
67. Harvey-Berino, J., Pintauro, S., Buzzell, P., DiGiulio, M., Gold, B. C, Moldovan, C., et al. (2002). Does using the Internet facilitate the maintenance of weight loss? *International Journal of Obesity*, 26, 1254–1260.
68. Harvey-Berino, J., Pintauro, S., Buzzell, P., & Gold, E. C. (2004). Effect of Internet support on the long-term maintenance of weight loss. *Obesity Research*, 12, 320–329.
69. Hasson, D., Anderberg, U. M., Theorell, T., & Arnetz, B. B. (2005). Psychophysiological effects of a web-based stress management system: A prospective, randomized controlled intervention study of IT and media workers. *BMC Public Health*, 5, 78 [online]. Retrieved August 1, 2007, from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/78>.
70. Haythornthwaite, C., & Hagar, C. (2004). The social worlds of the web. *Annual Review of Information Science and Technology*, 39, 311–346.
71. Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
72. Hicks, C. L., von Baeyer, C. L., & McGrath, P. J. (2006). Online psychological treatment for pediatric recurrent pain: A randomized evaluation. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 724–736.
73. Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.; pp. 84–135). New York: Wiley.
74. Hill, W., Weinert, C., & Cudney, S. (2006). Influence of a computer intervention on the psychological status of chronically ill rural women: Preliminary results. *Nursing Research*, 55, 34–42.
75. Hirai, M., & Clum, G. A. (2006a). An Internet-based self-change program for traumatic event related fear, distress, and maladaptive coping. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 631–636.
76. Hirai, M., & Clum, G. A. (2006b). A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. *Behavior Therapy*, 37, 99–111.
77. Hoffmann, W. A. (2006). Telematic technologies in mental health caring: A web-based psychoeducational program for adolescent suicide survivors. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 461–474.
78. Hopps, S. L., Perpin, M., & Boisvert, J. M. (2003). The effectiveness of cognitivebehavioral group therapy for loneliness via inter-relay-chat among people with physical disabilities. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 136–147.

79. Hsiung, R. C. (Ed.) (2002). *Etherapy: Case studies, guiding principles, and the clinical potential of the Internet*. New York: Norton.
80. Jedlicka, D., & Jennings, G. (2001). Marital therapy on the Internet. *Journal of Technology in Counseling*, 2(1) [online]. Retrieved August 1, 2007, from http://jtc.colstate.edu/vol2_1/Marital.htm.
81. Kenardy, J., McCafferty, K., & Rosa, V. (2003). Internet-delivered indicated prevention for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 31, 279–289.
82. Kenardy, J., McCafferty, K., & Rosa, V. (2006). Internet-delivered indicated prevention for anxiety disorders: Six-month follow-up. *Clinical Psychologist*, 10, 39–42.
83. Kenwright, M., Marks, I. M., Gega, L., & Mataix, D. (2004). Computer-aided selfhelp for phobia=panic via Internet at home study. *British Journal of Psychiatry*, 184, 448–449.
84. King, R., Bambling, M., Lloyd, C., Gomurra, R., Smith, S., Reid, W., et al. (2006). Online counselling: The motives and experiences of young people who choose the Internet instead of face to face or telephone counselling. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6, 169–174.
85. Klein, B., & Richards, J. C. (2001). A brief Internet-based treatment for panic disorder. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 29, 113–117.
86. Klein, B., Richards, J. C., & Austin, D. W. (2006). Efficacy of Internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 213–238.
87. Kraus, R., Zack, J., & Stricker, G. (Eds.) (2004). *Online counseling: A handbook for mental health professionals*. San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
88. Kypri, K., & McAnally, H. M. (2005). Randomized controlled trial of a web-based primary care intervention for multiple health risk behaviors. *Preventive Medicine*, 41, 761–766.
89. Kypri, K., Saunders, J. B., Williams, S. M., McGee, R. O., Langley, J. D., Cashell-Smith, M. L., et al. (2004). Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: A double-blind randomized controlled trial. *Addiction*, 1410–1417.
90. Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.; pp. 139–193). New York: Wiley.
91. Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J.-P., Schrieken, B., & Emmelkamp, P. M. G. (2003). Interpay: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71, 901–909.
92. Lange, A., Schrieken, B., van de Ven, J., Bredeweg, B., Emmelkamp, P. M. G., van der Kolk, J., et al. (2000). “Interapy”: The effects of a short protocolled treatment of posttraumatic stress and pathological grief through the Internet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 175–192. [this article provides findings also reported in Lange, A., van de Ven, J.-P. Q. R., Schrieken, B. A. L., Bredeweg, B., & Emmelkamp, P. M. G. (2000). Internet-mediated, protocol-driven treatment of psychological dysfunction. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6, 15–21.]

93. Leibert, T., Archer, J. Jr., Munson, J., & York, G. (2006). An exploratory study of client perceptions of Internet counseling and the therapeutic alliance. *Journal of Mental Health Counseling*, 28, 69–83.
94. Lenert, L., Muñoz, R. F., Perez, J. E., & Bansod, A. (2004). Automated e-mail messaging as a tool for improving quit rates in an Internet smoking cessation intervention. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 11, 235–240.
95. Lester, D. (2006). Etherapy: Caveats from experiences with telephone therapy. *Psychological Reports*, 99, 894–896.
96. Lewis, J., Coursol, D., & Herting, W. (2004). Researching the cybercounseling process: A study of the client and counselor experience. In J. W. Bloom & G. R. Walz (Eds.), *Cybercounseling & cyberlearning: An encore* (pp. 307–325).
97. Alexandria, VA: American Counseling Association.
98. Lieberman, D. Z. (2003). An automated treatment for jet lag delivered through the Internet. *Psychiatric Services*, 54, 394–396.
99. Lieberman, M. A., Winzelberg, A., Golant, M., Wakahiro, M., DiMinno, M., Aminoff, M., et al. (2005). Online support groups for Parkinson’s patients: A pilot study of effectiveness. *Social Work in Health Care*, 42(2), 23–38.
100. Lorig, K. R., Ritter, P. L., Laurent, D. D., & Plant, K. (2006). Internet-based chronic disease self-management: A randomized trial. *Medical Care*, 44, 964–971.
101. Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., et al. (1999). The Researcher’s Own Therapy Allegiances: A “Wild Card” in Comparisons of Treatment Efficacy. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 6, 95–106.
102. Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., et al. (2002). The dodo bird verdict is alive and well—Mostly. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 9, 2–12.
103. Luce, K. H., Winzelberg, A. J., Zabinski, M. F., & Osborne, M. I. (2003). Internetdelivered psychological interventions for body image dissatisfaction and disordered eating. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 148–154.
104. Madden, M. (2006). Internet penetration and impact. Pew Internet & American Life Project [online]. Retrieved September 20, 2007, from http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Internet_Impact.pdf.
105. Mallen, M. J., Day, S. X., & Green, M. A. (2003). Online versus face-to-face conversation: An examination of relational and discourse variables. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 155–163.
106. Mallen, M. J., Vogel, D. L., & Rochlen, A. B. (2005). The practical aspects of online counseling: Ethics, training, technology, and competency. *The Counseling Psychologist*, 33, 776–818.

108. Mallen, M. J., Vogel, D. L., Rochlen, A. B., & Day, S. X. (2005). Online counseling: Reviewing the literature from a counseling psychology framework. *The Counseling Psychologist*, 33, 819–871.
109. Mangunkusumo, R. T., Brug, J., Duisterhout, J. S., de Koning, H. J., & Raat, H. (2007). Feasibility, acceptability, and quality of Internet-administered adolescent health promotion in a preventive-care setting. *Health Education Research*, 1–13.
110. Marks, I. M., Cavanagh, K., & Gega, L. (2007). *Hands-on help: Computer-aided psychotherapy*. Florence, NY: Taylor & Francis.
111. Marziali, E., & Donahue, P. (2006). Caring for others: Internet video-conferencing group intervention for family caregivers of older adults with neurodegenerative disease. *The Gerontologist*, 46, 398–403.
112. Moore, M. J., Soderquist, J., & Werch, C. F. (2005). Feasibility and efficacy of a binge drinking prevention intervention for college students delivered via the Internet versus postal mail. *Journal of American College Health*, 54, 38–44.
113. Nelson, E., Barnard, M., & Cain, S. (2006). Feasibility of telemedicine intervention for childhood depression. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6, 191–195.
114. O’Kearney, R., Gibson, M., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2006). Effects of a cognitive-behavioural Internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: A school-based controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35, 43–54.
115. Owen, J. E., Klapow, J. C., Roth, D. L., Shuster, J. L., & Bellis, J. (2005). Randomized pilot of a self-guided Internet coping group for women with early-stage breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 30, 54–64.
116. Patten, S. B. (2003). Prevention of depressive symptoms through the use of distance technologies. *Psychiatric Services*, 54, 396–398.
117. Peterson, M. R., & Beck, R. L. (2003). E-mail as an adjunctive tool in psychotherapy: Response and responsibility. *American Journal of Psychotherapy*, 57, 167–181.
118. Polzien, K. M., Jakicic, J. M., Tate, D. F., & Otto, A. D. (2007). The efficacy of a technology-based system in a short-term behavioral weight loss intervention. *Obesity*, 15, 825–830.
119. Przeworski, A., & Newman, M. G. (2004). Palmtop computer-assisted group therapy for social phobia. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 179–188.
120. Pull, C. B. (2006). Self-help Internet interventions for mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 50–53.
121. Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 649–653.
122. Reynolds, D. J., Jr., Stiles, W. B., & Grohol, J. M. (2006). An investigation of session impact and alliance in Internet based psychotherapy: Preliminary results. *Counseling and Psychotherapy Research*, 6, 164–168.

123. Richards, J. C., & Alvarenga, M. E. (2002). Extension and replication of an Internet-based treatment program for panic disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31(5), 41–47.
124. Richards, J. C., Klein, B., & Austin, D. W. (2006). Internet cognitive behavioural therapy for panic disorder: Does the inclusion of stress management information improve end-state functioning? *Clinical Psychologist*, 10, 2–15.
125. Ritterband, L. M., Cox, D. J., Gordon, T. L., Borowitz, S. M., Kovatchev, B. P., Walker, L. S., et al. (2006). Examining the added value of audio, graphics, and interactivity in an Internet intervention for pediatric encopresis. *Children's Health Care*, 35, 47–59.
126. Ritterband, L. M., Cox, D. J., Walker, L. S., Kovatchev, B., McKnight, L., Patel, K., et al. (2003). An Internet intervention as adjunctive therapy for pediatric encopresis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71, 910–917.
127. Ritterband, L. M., Gonder-Frederick, L. A., Cox, D. J., Clifton, A. D., West, R. W., & Borowitz, S. M. (2003). Internet interventions: In review, in use, and into the future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 527–534.
128. Robinson, P. H., & Serfaty, M. A. (2001). The use of e-mail in the identification bulimia nervosa and its treatment. *European Eating Disorders Review*, 9, 182–193. [Adjunct analyses reported in part also at: Robinson, P., & Serfaty, M. (2003). Computers, e-mail and therapy in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 210–221.]
129. Review, 11, 210–221.]
130. Rochlen, A. B., Land, L. N., & Wong, Y. J. (2004). Male restrictive emotionality and evaluations of online versus face-to-face counseling. *Psychology of Men & Masculinity*, 5, 190–200.
131. Rosenthal, R. (1984). *Meta-analytic procedures for social research*. London, UK: Sage.
132. Rothert, K., Strecher, V. J., Doyle, L. A., Caplan, W. M., Joyce, J. S., Jimison, H. B., et al. (2006). Web-based weight management programs in an integrated health care setting: A randomized, controlled trial. *Obesity Research*, 14, 266–272.
133. Sander, F. M. (1999). Couples group therapy conducted via computer-mediated communication: A preliminary case study. *Computers in Human Behavior*, 12, 301–312.
134. Sassenberg, K., & Jonas, K. J. (2007). Attitude change and social influence on the net. In A. Joinson, K. McKenna, T. Postmes, & U. Reips (Eds.), *The Oxford handbook of Internet psychology* (pp. 273–289). Oxford, UK: Oxford University Press.
135. Schneider, A. J., Mataix-Cols, D., Marks, I. M., & Bachofen, M. (2005). Internet-guided self-help with or without exposure therapy for phobic and panic disorders— A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 154–164.
136. Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965–974.
137. Shapira, N., Barak, A., & Gal, I. (2007). Promoting older adults' well-being through Internet training and use. *Aging & Mental Health*, 11, 477–484.

138. Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C., & Kenardy, J. (2007). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD003818. DOI: 10.1002/14651858.CD003818.pub2.
139. Simpson, S. (2003). Video counselling and psychotherapy in practice. In S. Goss & K. Anthony (Eds.), *Technology in counselling and psychotherapy: A practitioner's guide* (pp. 109–128). Houndmills, UK: Palgrave Macmillan.
140. Skinner, A. E. G., & Latchford, G. (2006). Attitudes to counselling via the Internet: A comparison between in-person counselling clients and Internet support group users. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6, 158–163.
141. Skinner, A., & Zack, J. S. (2004). Counseling and the Internet. *American Behavioral Scientist*, 48, 434–446.
142. Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752–760.
143. Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
144. Spek, V., Cuijpers, P., Nyklrcek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internetbased cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319–328.
145. Spence, S. H., Holmes, J. M., March, S., & Lipp, O. V. (2006). The feasibility and outcome of clinic plus Internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 614–621.
146. Squires, D. D., & Hester, R. K. (2004). Using technical innovations in clinical practice: The Drinker's Check-Up software program. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 159–169.
147. Stofle, G. S. (2002). Chat room therapy. In R. C. Hsiung (Ed.), *eTherapy: Case studies, guiding principles and the clinical potential of the Internet* (pp. 92–135). New York: Norton.
148. Strecher, V. (2007). Internet methods for delivering behavioral and health-related interventions (eHealth). *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 53–76.
149. Strecher, V. J., Shiffman, S., & West, R. (2005). Randomized controlled trial of a Web-based computer-tailored smoking cessation program as a supplement to nicotine patch therapy. *Addiction*, 100, 682–688.
150. Ströem, L., Pattersson, R., & Andersson, G. (2000). A controlled trial of recurrent headache conducted via the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 722–727.
151. Ströem, L., Pattersson, R., & Andersson, G. (2004). Internet-based treatment for insomnia: A controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 113–120.
152. Suler, J. (2000). Psychotherapy in cyberspace: A 5-dimensional model of online and computer-mediated psychotherapy. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 151–159.

153. Suler, J. (2004). The psychology of text relationships. In R. Kraus, J. Zack & G. Stricker (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (pp. 19–50). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
154. Suler, J. (2008). Cybertherapeutic theory and techniques. In A. Barak (Ed.), *Psychological aspects of cyberspace: Theory, research, applications*, 102–128. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
155. Swartz, L. H. G., Noell, J. W., Schroeder, S. W., & Ary, D. V. (2006). A randomized control study of a fully automated Internet based smoking cessation programme. *Tobacco Control*, 15, 7–12.
156. Tate, D. F., Jackvony, E. H., & Wing, R. R. (2003). Effects of Internet behavioral counseling on weight loss in adults at risk for type 2 diabetes. *Journal of the American Medical Association*, 289, 1833–1836.
157. Tate, D. F., Wing, R. R., & Winett, R. A. (2001). Using Internet technology to deliver a behavioral weight loss program. *Journal of the American Medical Association*, 285, 1172–1177.
158. Tate, D. F., & Zabinski, M. F. (2004). Computer and Internet applications for psychological treatment: Update for clinicians. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 209–220.
159. Trepal, H., Haberstroh, S., Duffey, T., & Evans, M. (2007). Considerations and strategies for teaching online counseling skills: Establishing relationships in cyberspace. *Counselor Education & Supervision*, 46, 266–279.
160. Tyler, J. M., & Sabella, R. A. (2003). *Using technology to improve counseling practice: A primer for the 21st century*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
161. Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2007). Preadolescents' and adolescents' online communication and their closeness to friends. *Developmental Psychology*, 43, 267–277.
162. Voyer, D., Voyer, S., & Bryden, M. P. (1995). Magnitude of sex differences in spatial abilities: A meta-analysis and consideration of critical variables. *Psychological Bulletin*, 117, 250–270.
163. Wade, S. L., Wolfe, C., Brown, T. M., & Pestian, J. P. (2005). Putting the pieces together: Preliminary efficacy of a web-based family intervention for children with traumatic brain injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 437–442. (60) [This article reports of findings published also in Wade, S. L., Wolfe, C. R., Maines Brown, T., & Pestian, J. P. (2005). Can a web-based family problem-solving intervention work for children with traumatic brain injury? *Rehabilitation Psychology*, 50, 337–345.]
164. Walters, S. T., Miller, E., & Chiauuzzi, E. (2005). Wired for wellness: e-Interventions for addressing college drinking. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 139–145.
165. Walters, S. T., Wright, J. A., & Shegog, R. (2006). A review of computer and Internet-based interventions for smoking behavior. *Addictive Behaviors*, 31, 264–277.
166. Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
167. Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H.-N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes.” *Psychological Bulletin*, 122, 203–215.

168. Wantland, D. J., Portillo, C. J., Holzemer, W. L., Slaughter, R., & McGhee, E. M. (2004). The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: A metaanalysis of behavioral change outcomes. *Journal of Medical Internet Research*, 6(4:e40) [online]. Retrieved December 15, 2006, from <http://www.jmir.org/2004/4/e40/>.
169. Weinstein, P. K. (2006). A review of weight loss programs delivered via the Internet. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21, 251–258.
170. Wells, M., Mitchell, K. J., Finkelhor, D., & Becker-Blease, K. A. (2007). Online mental health treatment: Concerns and considerations. *CyberPsychology & Behavior*, 10, 453–459.
171. White, M. A., Martin, P. D., Newton, R. L., Walden, H. M., York-Crowe, E. E., Gordon, S. T., et al. (2004). Mediators of weight loss in a family-based intervention presented over the Internet. *Obesity Research*, 12, 1050–1059. [This article provides findings published also in Williamson, D. A., Davis Martin, P., White, M. A., Newton, R., Walden, H., York Crowe, E., et al. (2005). Efficacy of an Internet-based behavioral weight loss program for overweight adolescent African-American girls. *Eating and Weight Disorders*, 10, 193–203.]
172. Winzelberg, A. J., Eppstein, D., Eldredge, K. L., Wilfley, D., Dasmahapatra, R., Dev, P., et al. (2000). Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 346–350.
173. Womble, L. G., Wadden, T. A., McGuckin, B. G., Sargent, S. L., Rothman, R. A., & Krauthamer-Ewing, E. S. (2004). A randomized controlled trial of a commercial Internet weight loss program. *Obesity Research*, 12, 1011–1018.
174. Woodruff, S. I., Edwards, C. C., Conway, T. L., & Elliott, S. P. (2001). Pilot test of an Internet virtual chat room for rural teen smokers. *Journal of Adolescent Health*, 29, 239–243.
175. Ybarra, M. L., Eaton, W. W., & Bickman, L. (2005). Internet-based mental health interventions. *Mental Health Services Research*, 7, 75–87.
176. Young, K. S. (2005). An empirical examination of client attitudes toward online counseling. *CyberPsychology & Behavior*, 8, 172–177.
177. Zabinski, M. F., Pung, M. A., Wilfley, D. E., Eppstein, D. L., Winzellberg, A. J., Celio, A., et al. (2001). Reducing risk factors for eating disorders: Targeting at-risk women with computerized psychoeducational program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 401–408.
178. Zabinski, M. F., Wilfley, D. E., Calfas, K. J., Winzelberg, A. J., & Taylor, C. B. (2004). An interactive psychoeducational intervention for women at risk of developing an eating disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 72, 914–919.
179. Zetterqvist, K., Maanmies, J., Stroëm, L., & Andersson, G. (2003). Randomized controlled trial of Internet-based stress management. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 151–160.
180. Zuckerman, E. (2003). Finding, evaluating, and incorporating Internet self-help resources into psychotherapy practice. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 217–225.

Б. Кампос

Является ли Телепсихология эффективной? (Эффективность и профилактическая ценность телефонного консультирования)

Аннотация: Обсуждаются вопросы, связанные с эффективностью Telepsychology, приводятся исследовательские методы и примеры зарубежных исследований. Показана профилактическая эффективность консультирования через аудиоканал.

Ключевые слова: Telepsychology, Телефоны доверия, профилактическая роль, оценка, эффективность.

Эффективна ли Telepsychology?

Изучение эффективности Telepsychology⁸ предлагает много вызовов исследователям. Оценка любой формы консультирования трудна, но Телепсихолоджи предлагает новые трудности.

Самое близкое сравнение с Telepsychology дает область работы Телефонов Доверия (Хэлл Лайнз) и телефонного консультирования.

Hornblow (1986) утверждает, что все многочисленные подходы, которые использовались, чтобы оценить телефонное консультирование, имеют ограничение методологической или организационной природы. Главные методологические трудности заключаются в том, что невозможно использовать измерения до и после окончания процесса консультирования, группы контроля и стандартизированные психологические тесты или клиническую оценку.

Тем не менее, существует ряд возможностей проведения эмпирических исследований в дистантном консультировании с использованием как экспериментальных, так и не экспериментальных методов, а также их сочетания.

Общий метод, используемый в оценке эффективности услуг телефонного консультирования — последующий контакт с клиентом, получение обратной связи от клиента. Этот метод привлекает абонента к ответу на вопросы интервью немедленно после сессии консультирования или через последующий контакт. Используя структурированное интервью, клиентов просят оценить аспекты сессии по различным шкалам. Young (1989) утверждает, что некоторые исследователи видят клиентов как имеющих самое лучшее (возможно, наиболее объективное) понимание того, помогли им или нет. Однако другие исследователи считают оценку, даваемую клиентами, методом проблематичным, имеющим типовые отклонения, этические проблемы (типа согласия на основе полной информации) и трудности измерения результатов эффективности. В исследовании в кризисном центре Young (1989) попытался идентифицировать факторы, которые являются эффективными в телефонной консультации. Он исследовал

⁸ Telepsychology (телепсихология) - одна из форм обслуживания Telehealth, которое связано с дистанционными психологическими услугами. Другие термины, также обычно используемые - е-психология, е-консультирование, веб-консультирование, телефонное консультирование или онлайн-консультирование.

результаты интервью с 80 абонентами немедленно после их звонков в 24-часовую кризисную линию. Young нашел, что самыми полезными, из упомянутых абонентами паттернов поведения консультантов, было слушание и обратная связь, понимание и забота, не оценивающая поддержка, соответствующий климат и директивность (directiveness). Young (1989) описывает директивность как поведение, когда консультант в состоянии вести и направлять терапевтическое содержание взаимодействия. Young утверждает, что directiveness – предиктор (предваряет, предопределяет) изменения поведения клиентов больше, чем одна не оценивающая поддержка. Hornblow и Sloane (1980) в течение восьми недель провели исследование в другом кризисном центре. С клиентами повторно связывались в течение 24 часов, чтобы закончить короткий анкетный опрос относительно терапевтической выгоды и эффективности консультанта и вмешательства, определяя, идентифицировал ли консультант правильно чувства клиентов и проблемы. Результаты опроса 214 клиентов показали, что консультанты правильно идентифицировали одно из двух самых сильных чувств клиентов в 63 % запросов. Консультанты и клиенты согласились в ранжировании проблем клиентов в 53 % запросов. Из запросов, в которых в результате консультирования было дано согласие на некоторое определенное действие, 68 % респондентов указали, что они впоследствии сделали это. Оценка консультантами их собственного понимания и полезности была не связана с оценкой клиентом эффективности консультанта. Это исследование показывает, что ключевые элементы консультирования (принятые консультантами) типа идентификации чувств и развития курса действия, кажется, соответствуют восприятию клиентами терапевтической выгоды. Другая общепринятая методология в определении эффективности – разыгрывание роли. В ролевых играх используют тренированных клиентов для того, чтобы оценить консультантов, оценить то, что было позитивно в сессии консультирования. Иногда консультанту не сообщают, что клиент разыгрывает роль, и это является частью эксперимента. Например, в исследовании (Davies, 1982) британских телефонов доверия использовали клиента для разыгрывания ролей, чтобы позвонить в десять служб и найти диапазон различий по качеству их базовой подготовки. Bobevski, Holgate, и McLennan (1997) также использовали подготовленные сценарии с разыгрывания ролей клиентами, чтобы оценить субъективно воспринятую полезность поведения консультанта. Два подготовленных клиента использовались в одной связке, один как разогрев, второй для получения данных. Результаты показали, что консультанты оценивались как более полезные, когда они были более активны в разговоре и брали инициативу в структурировании сессии, а также систематически исследовали все аспекты ситуации, обращаясь к практическим и эмоциональным потребностям клиента. Дополнительно было найдено, что самые эффективные консультанты были в состоянии помочь клиенту изменить его взгляд на ситуацию. По сравнению с проведенным Слейгманом (1997) исследованием эффективности консультирования лицом к лицу, полученные Bobevski, Holgate и McLennan (1997), данные показали сходные результаты. Это сходство показывает, что консультативная эффективность и ограничения исследования очного консультирования применимы к телефонным

консультативным службам. Stein и Ламберт (1984) использовали самооценки консультанта как другой методологический подход к оценке эффективности телефонного консультирования. Проблема этого подхода — субъективная природа обратной связи, часто сосредоточенной на навыках консультирования и отклонениях, связанных с индивидуальностью консультантов. Хотя представляла бы интерес проверка соответствия оценок консультанта и обратной связи от клиента. Stein и Ламберт также сосредоточились на изучении количества рекомендаций, выполненных клиентами после консультирования с телефонной консультативной службой. Они пришли к выводу, что этот способ предлагает относительно легкое измерение эффективности. Основным признаком эффективности является то, что клиент сделал следующий шаг после телефонного вмешательства. Однако выполнение рекомендаций не обязательно результат навыков консультанта. К тому же, не было никаких существенных различий в удовлетворенности от консультации между теми клиентами, кто выполнял рекомендации и теми, кто этого не сделал. Rosenbaum и Clahoun (1977) утверждают, что этот тип исследования не учитывает ситуацию, когда, несмотря на непринятие рекомендаций, клиентам, возможно, помогла сессия. Talmon (1990) утверждает, что существенному проценту клиентов в консультировании лицом к лицу помогает единственная сессия, и они не будут требовать какого-либо продолжения. Эти результаты могут подразумевать, что оценка эффективности консультирования имеет подобные дилеммы в исследовании Telepsychology так же, как в исследованиях консультирования лицом к лицу. Echterling и Natought (1989) рассмотрели различные фазы кризисных запросов. Пятьдесят девять запросов были проверены независимыми наблюдателями. Было найдено, что эффективному вмешательству можно воспрепятствовать социальной беседой, которая выходит за пределы минимума, необходимого для установления хорошей связи (раппорта). Они также нашли, что оценка лучше всего может быть выполнена в первых двух третях сессии, работа с чувствами является самой успешной в течение средней фазы сессии, решение проблемы и стратегии для действия лучше всего прорабатывать в заключительной части сессии. Эти стадии телефонного консультирования весьма совместимы с моделью помогающих навыков Эгана (1994). То есть с тем, что принято в очном консультировании.

Другое исследование в Южной Австралии оценивало удовлетворение клиента, используя консультирование, сосредоточенное на решении, через телефон (Hetzel, Wilkins, Carrig, Томас, и Senior, 1993). Из 40 респондентов 80 % оценили консультирование как очень полезное. Было только одно из 40 сообщений о том, что консультация не была полезна, не помогла. Эти данные также подобны результатам, найденным в исследовании консультирования лицом к лицу (Wampold 2001).

Профилактическая Ценность Телефонного консультирования

Hornblow (1986) проясняя, имеет ли телефонное консультирование профилактическую ценность, определяет три вида профилактики. Первичная профилактика уменьшает сферу

действия расстройства, будь это самоубийство или психическое заболевание. Вторичная профилактика пытается диагностировать и предусмотреть болезнь заранее и уменьшать продолжительность и серьезность расстройств. Третичная профилактика используется, чтобы уменьшить обострения и препятствия, связанные с расстройством. Hornblow нашел, что для телефонного консультирования нет никаких свидетельств большого успеха в первичной профилактике, в то время как оно эффективно для вторичной и третичной профилактики. Вообще, определенные факторы вносят свой вклад в эффективность консультирования, включая обеспечение профилактических мер. Телефонное консультирование обеспечивает среду, где клиентов можно слушать, предоставлять информацию, и рекомендации могут помочь клиентам в облегчении части их страданий. Это факторы, которые могут внести свой вклад в эффективность. Общепринято, что консультирование это — эффективные терапевтические вмешательства для решения проблем умственного (психического) здоровья (Эган, 1984), и те же самые основные умения и навыки используются для Telepsychology (Hambly 1984; Rosenfield 2002). Разумно предположить, что Telepsychology является эффективным подходом, по крайней мере, для вторичной и третичной профилактики, как показано Hornblow (1986).

Литература по телефонному консультированию указывает, что клиенты, которые ищут помощь, используя эти способы, кажутся удовлетворенными услугами, которые они получают (Carner, 1999).

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Б. Клейн, К. Шендлей, Д. Остин, С. Нордин

Пилотажное исследование программы «Паника Онлайн» как самоуправляемой терапии Панического Расстройства

***Аннотация:** Паника Онлайн (ПО) – известная интернет-интервенционная программа для терапии панического расстройства (ПР) (с или без агорафобии), поддерживаемая терапевтом (по электронной почте или лицом к лицу). До настоящего времени не было проведено исследования относительно того, эффективна ли ПО также и тогда, когда она представлена в самоуправляемом формате (то есть, без предоставления помощи терапевта).*

Цель этого экспериментального исследования состояла в том, чтобы изучить эффективность ПО как самоуправляемой программы для сокращения симптомов паники и проверки того, нашли ли участники программы этот формат удовлетворительным.

Пилотные экспериментальные данные предполагают, что работа с самоуправляемым ПО эффективна как автономная клиническая программа терапии на основе Интернета для ПР, однако дополнительное исследование обязано окончательно установить его эффективность.

***Ключевые слова:** Автоматизированная психотерапия; паническое расстройство и агорафобия; самоусовершенствование; СВТ.*

Введение

Развитие инновационных, своевременных и рентабельных методов лечения проблем умственного (психического) здоровья является необходимым. Определенно, требуются варианты терапии, которые соответствующим образом обращаются к психологическим барьерам типа клейма⁹ и смущения к барьерам доступности, к проблемам нехватки подготовленного персонала и необходимости поездки к месту терапии (особенно при проживании в отдаленных областях) (Abbott, Klein и Ciechomski, 2008; Барак, Klein и Proudfoot, 2008).

Использование терапевтических Интернет-вмешательств предоставляет возможность драматично увеличить доступность службы умственного (психического) здоровья на международном уровне.

Терапевтические вмешательства на основе Интернета имеют возможность быстро стать эффективным средством поставки терапии (Барак, Hen , Boniel-Nissim и Shapira, в печати; Барак и др., 2008; Marks , Cavagnagh и Gega, 2007; Palmqvist, Carlbring и Andersson, 2007; Spek, Cuipers, Nyklicek, Riper , Keyzer и Pop , 2007) это существенно улучшит доступность терапии умственного (психического) здоровья по более низкой стоимости с большим удобством и с уменьшенным воздействием клейма.

⁹ Имеется в виду, наличие у пациента заболевания типа ВИЧ и т.п. Примеч. Переводчика.

Вообще говоря, есть два главных типа терапевтических интернет-вмешательств; самоуправляемый и поддерживаемый человеком.

Самоуправляемые интернет-вмешательства включают терапию на основе психологической информации, посредством чего потребитель работает независимо, через структурированную программу самоусовершенствования без человеческой помощи (профессионала или равного ему собеседника).

До некоторой степени это напоминает методы библиотерапии, которые переданы в онлайн-формате. Однако (в этом случае) обратная связь или поддержка могут быть предложены посредством действий онлайн и диалоговым (интерактивным) программированием.

Человек поддерживал интернет-вмешательства обычно объединяя структурированную когнитивно-поведенческую терапию (CBT) с дополнительной помощью (например, через электронную почту) в форме поддержки и обратной связи.

Паника Онлайн (ПО) — пример очень эффективного, поддерживаемого человеком интернет-вмешательства для людей с диагнозом панического расстройства по DSM IV (с или без агорафобии; PD/A). Многократные испытания показали, что ПО дает большее сокращение симптомов паники по сравнению с программами самоконтроля (Klein и Richards, 2001); что ПО клинически эффективна по сравнению с дачей только информации (Klein, Richards и Остин, 2006; Richards, Klein и Остин, 2006), другими формами справочников (руководств) и CBT через телефон (Klein и др., 2006) и приближается к «золотому стандарту» терапии Панических Расстройств (то есть, 12 сессий CBT лицом к лицу, проводимых психологами) (Kiriopoulou и др., в печати).

Мы также демонстрировали, что ПО достигает сходных результатов независимо от того, поддержана ли она терапевтами (GP), консультирующими пациентов лицом к лицу, или психологами, использующими электронную почту (Пирс и др., в печати; Shandley и др., 2008).

Кроме того ПО была одной из моделей поставки терапии, используемой в исследовательском экономическом анализе, изучавшем различные варианты первичной помощи в сфере умственного (психического) здоровья.

Это исследование продемонстрировало, что ПО имеет потенциал, чтобы быть высоко рентабельной, независимо, был ли помогающий психологом или терапевтом общей практики (GP) в пределах 10 000 \$ DALY.

Это соотношение намного меньше, чем обычно используемый порог (или сокращение) для рентабельности приблизительно в \$40,000/DALY для фармацевтических препаратов в пределах Приносящей пользу Австралийской Фармацевтической продукции (Milhaploulos, Kiriopoulou, Shih, Gunn, Vlashki и Meadows , 2005).

Эффективность ПО, поставляемой как полностью самоуправляемое терапевтическое интернет-вмешательство, программа (без любой человеческой поддержки), вероятно, предложит существенные дополнительные выгоды снижения стоимости.

Однако этот формат поставки до настоящего времени не исследовался.

Исследование потенциальной эффективности ПО как самоуправляемого вмешательства является центральным в будущей массе возможностей распространения этой модальности клинической терапии. Если ПО оказывается эффективной, когда она поставлена в самоуправляемом формате, это дает возможность достигнуть намного большего числа людей во всем мире, чем тогда, когда ПО поддерживается врачом.

Кроме того что самоуправляемая Интернет программа не требует никаких затрат времени врача, она была бы более жизнеспособна из-за существенного сокращения затрат.

Наша первая цель состояла в том, чтобы изменить текущее состояние ПО как поддерживаемой человеком интернет-программы для использования ее как программы самоуправляемой.

Наша вторая цель состояла в том, чтобы провести маленькое экспериментальное пилотажное исследование ПО как самоуправляемой программы и оценить, была ли она эффективна в сокращении симптомов паники.

Третья цель состояла в том, чтобы исследовать обратную связь от участников и опыт использования самоуправляемой программы.

Мы выдвигали гипотезу, о том, что самоуправляемая версия ПО значительно уменьшила бы три первично измеренных результата (ПР и агорафобии), оценки клинической серьезности нарушений по ДСМ-IV и число панических атак по сравнению с прошлым месяцем).

Метод

Участники

В течение 3-недельного периода 23 человека были зарегистрированы как проявившие интерес в ПО самоуправляемом экспериментальном испытании через наш вебсайт.

Шесть человек соответствовали критериям для PD/A¹⁰ и согласились на участие в исследовании.

Критериями включения для этого исследования было то, что участники должны быть жителями Австралии и иметь первичный диагноз PD/A согласно ДСМ-IV критериям (Американская Психиатрическая Ассоциация, 1994).

PD/A, как полагали, был первичным диагнозом, когда его серьезность, как ее оценивали, была двумя пунктами выше, чем любой вторичный диагноз по девятибалльной клинической шкале серьезности нарушения в Интервью Тревожных Расстройств Список-IV (ADIS-IV; Brown, Ди Нардо, и Барлоу, 1994).

Критериями исключения было наличие расстройств с припадками, инсульта, шизофрении, синдрома органического поражения мозга, болезни сердца, алкоголизма, зависимости от лекарственных препаратов или хронической гипертонии.

¹⁰ Т.е. иметь диагноз панического расстройства с ли без агорофобии. Примеч. Переводчика.

Участники согласились не применять любой другой тип психологической терапии или процедур самоусовершенствования в течение исследования.

Решение о принятии участников на лечение тревоги или депрессии было принято, если они стабильно лечились, по крайней мере, 12 недель, но продолжали испытывать панические признаки и получили диагноз PD/A.

Эти шесть участников (5 женщин, 1 мужчина) имели средний возраст 36.7 лет ($SD = 10.5$); среднее образование 12.2 лет ($SD = 1.7$); и число панических атак, испытанных в течение шести месяцев до оценки было 40.50 ($SD = 71.7$).

Четыре участника имели первичный диагноз ПР с агорафобией и два без агорафобии.

Число и тип клинического вторичного диагноза для всей выборки был: один с депрессией, один с социальным тревожным расстройством, один с обсессивно-компульсивным расстройством, один с генерализованным тревожным расстройством и один со злоупотреблением алкоголем. Из шести участников три использовали психотропное лечение (benzodiazepines, SSRI или антидепрессант).

Измерения

Клинические интервью проводились по телефону. ADIS-IV и Мини-Международный Психоневрологический Список – Интервью (МИНИ) (Sheehan и др., 1998) были использованы для того, чтобы определить первичный диагноз PD/A и присутствие любых сопутствующих болезненных (коморбидных) вторичных состояний.

Участников также спрашивали, использовали ли они медикаментозное лечение, о его типе и дозировке.

Rohde, Lewinsohn, и Seeley (1997) нашли что, клинические оценки посредством телефона демонстрируют превосходную межэкспертную надежность с лицом к лицу клинической оценкой.

В дополнение к диагностическому клиническому интервью в пост-терапии участникам задавали ряд структурированные вопросов об их опыте работы с самоуправляемой ПО программой и общее отношение к терапевтическим интернет-вмешательствам.

Участников спрашивали о манере, в которой они работали через программу (например, линейной или нелинейной), мотивационном уровне, для того, чтобы завершить действия онлайн, и о том, предпочли бы они поддержку, и, если да, то какой ее тип и как часто.

Участников также спрашивали, использовали бы они самоуправляемое интернет-вмешательство снова и как они воспринимали преимущества и неудобства этой модальности.

Проект

После того, как приемственность исследования была определена, участникам были посланы по электронной почте детали доступа, для того, чтобы немедленно начать ПО самоуправляемую интернет-программу терапии.

Паника Онлайн: Самоуправляемая Версия

Паника Онлайн состоит из двух интернет-вмешательств. Паника Онлайн (Шаг 1) — открытый доступ, образовательная интервенция на основе Интернета, состоящая из пяти модулей психо-образовательной информации о панике и регистрационной страницы.

Паника Онлайн (Шаг 2) — защищенная паролем PD/A СВТ программа терапии, включающая изучение четырех модулей, введение и модули профилактики рецидива.

Содержание программы включает общие методы терапии, используемые в стандартном СВТ для ПР (то есть, инструкции для дыхания, которым управляют, прогрессивного расслабления мышц, когнитивного реструктурирования и т.д.).

Для цели этого исследования, ПО, поддерживаемой врачом версии, была изменена только таким образом, чтобы она читалась как самоуправляемая программа, независимая от помощи врача.

Сама программа содержит стандартизированные инструкции и информацию, включая загружаемое аудио (для напряжения - расслабления и пассивной прогрессивной мышечной релаксации) и упорядоченные фотографические показы (слайд-шоу) двух ситуаций тренировки в естественных условиях (то есть, прогулка в универсам и движение автомобиля).

Участники были способны вступать в процесс и самоконтролировать их еженедельную панику, суммируя информацию онлайн. Ссылки на другие полезные вебсайты паники/тревоги также содержались в программе.

Кроме того, ПО включает дополнительную программу управления стрессом, которая включает шесть изучаемых модулей (преодоления ежедневного стресса, управления временем и гневом, управления мыслями, расслабления и социальной связности), а также программу сокращения приема бензодиазепина, состоящую из пяти изучаемых модулей.

Процедура

Исследование было одобрено Этическим Комитетом Исследований Человека Университета Monash. Самозаписавшиеся участники были приняты на испытание через австралийские вебсайты умственного (психического) здоровья и местные СМИ.

После регистрации краткий телефонный скрининг проводился с каждым участником. После простого устного подтверждения форма согласия на основе полной информации была послана по электронной почте тем участникам, которые, вероятно, соответствовали бы критериям приемственности. Как только согласие на основе полной информации было получено проводилась полная клиническая телефонная оценка, использующая ADIS-IV и МИНИ, и занимающая 60-90 минут.

Два психолога (один диагност, один полностью зарегистрированный), обученные в администрировании ADIS-IV и МИНИ провели все скрининговые и телефонные оценки.

Первый автор (клинический психолог) супервизировал психолога-диагноста. После того, как первичный диагноз PD/A был установлен, отобранным участникам предоставляли детали логина к самоуправляемой версии ПО.

Пост-терапевтические клинические телефонные оценки (использовавшие ADIS-IV и МИНИ), проводились после шести недель получения доступа к программе.

Дополнительно участникам давалась возможность обеспечить обратную связь относительно их опыта и использования самоуправляемой программы ПО.

Клиницист, который провел пред-терапевтическую оценку, не проводил пост-терапевтическую оценку.

Результаты

Статистические процедуры и исследования

Анализ данных включал интенции-к-излечению (ИТТ).

Таким образом, для тех участников, которые не были доступны при постоценке ($n = 1/6$, 16.7 %), предоценочные баллы учитывались и использовались в пост-терапии.

Анализ ИТТ - стандартная и наиболее широко защищенная стратегия обращения к проблеме истощения (Гросс и Fogg, 2004; Lachin, 2000). Эта форма анализа стала общей практикой в психологических терапевтических на основе Интернета, исследованиях (например, Барлоу, Gorman, Shear & Woods, 2000; Carlbring и др., 2005; Klein и др., 2006).

Все зависимые переменные имели нормальное распределение и их преобразование не было необходимо. Средние и стандартные отклонения для каждой зависимой переменной в обеих фазах оценки показаны в Таблице 1.

Таблица 1. Средние и стандартные отклонения результата терапии в пред-и постоценке

Переменная	N	M	SD
Оценка ПР ADIS-IV			
Предоценка	6	5.17	.98
Постоценка	6	2.83	2.04
Оценка Агорафобии ADIS-IV			
Предоценка	6	5.00	2.53
Постоценка	6	2.50	1.52
РАМТН			
Предоценка	6	8.83	12.86
Постоценка	6	1.33	1.51

Примечания: Оценка ПР ADIS-IV = Клиническая оценка серьезности панических расстройств; оценка Агорафобии ADIS-IV = Клиническая оценка серьезности агорафобии; РАМТН = число панических атак в прошлом месяце.

Оценка терапевтических эффектов

Три парных типовых t-теста проводились для сравнения предоценки с оценкой после терапии по ПР и клинической оценке страдающих агорафобией, числу панических атак в прошлом месяце, для того, чтобы проверить, имели ли участники значительные улучшения после терапии.

Результаты терапии

Паническая симптоматика. Парные t-тесты показали существенные изменения клинической серьезности оценки от пред- до посттерапии панических расстройств и агорафобии, ($t(5) = 3.32$, $p < .05$ и $t(5) = 2.83$, $p < .05$ соответственно).

Однако никакое существенное различие не было найдено по числу панических атак за один месяц в пред- и посттерапии, ($t(5) = 1.61$, $p > .05$).

Качественные ответы. Качественные ответы, данные в интервью после терапии ($n = 5$), были сгруппированы согласно следующим ключевым темам: использование программы и общий опыт, проблемы помощи/поддержки и общее отношение к терапии умственного (психического) здоровья на основе Интернета:

Использование программы и события.

Участникам был задан вопрос: «Как они оценивают ПО, самоуправляемую программу?»

Все участники заявили, что им нравилось использовать программу, ее легко читать и ей следовать. Большинство участников ($n = 4$) также прокомментировало, что терапевтическая информация была подходящей и методы полезными. Однако один участник заявил, что это было «слишком просто, слишком коротко и немного скучно без звонков и напоминаний».

Участники сообщили о разнообразных подходах, отвечая на вопрос «как они работали через программу?»

Все участники заявили, что они читали всю программу после первого входа.

Три участника сообщили, что они затем читали каждый модуль неделя за неделей (как рекомендовано).

Другие два участника заявили, что они возвращались к программе «как к необходимой основе в течение шести недельного периода терапии (обычно, когда их тревога повышалась, или они имели паническую атаку).

Участников также спрашивали, предприняли ли они рекомендованные терапевтические упражнения.

Четыре участника сообщили о попытке попробовать их, а другие утверждали, что они нашли упражнения слишком трудными для осуществления.

Проблемы помощи/поддержки.

Участников спрашивали об их «уровне мотивации в течение интервенционного периода.

Все участники сообщили о переменных уровнях мотивационных трудностей (от незначительных до существенных в определенное время).

Все участники сообщили, что напоминания/мотивирование и/или внешняя помощь помогла бы в увеличении их мотивации, в том, чтобы участвовать более часто в работе с программой.

Более определенно все участники сообщили, что доступ к какой-либо человеческой внешней поддержке был бы предпочтителен.

Причины желая доступа к внешней поддержке, о которых сообщали, включали: получение совета и поддержки (n = 5), связность и ратификация (n = 3), мотивационные напоминания, чтобы придерживаться терапии (n = 2).

Были некоторые различия в том, как участники считали, каким образом поддержку нужно предоставить: по электронной почте (n = 5), по телефону (n = 2) и комнату для дискуссий или доступ к информационному табло (n = 2).

Один участник, однако, заявил возражение против использования комнаты для дискуссий из-за опасений «того, чтобы быть втянутым в проблемы других людей и групповой менталитет».

Была также некоторая изменчивость в том, как часто участники хотели бы получать помощь: еженедельно (n = 3), раз в две недели (n = 1), по крайней мере, однажды или «как требуется» (n = 1).

Все участники заявили, что автоматизированные напоминания были бы полезны.

Общие отношения к терапевтическим Интернет-интервенционным программам.

Участников спрашивали - видели ли они какие-либо неудобства использования Интернета для терапевтического самоусовершенствования.

Все пять участников сообщили, что нехватка человеческой поддержки была самой большой проблемой. Дополнительно три участника сообщили об ощущении себя немного отчужденным и каждый сообщил, что это заставило их чувствовать себя немного виноватыми «заставляет меня чувствовать, что это кое-что, чего следует стыдиться, поскольку я делаю это один».

Два участника сообщили, что самодисциплина была трудно поддерживаема без кого-то «контролирующего» их использование/продвижение программы и три участника также сообщили о том, что отсутствие помощи мешало разъяснить проблемы, с которыми они вели борьбу.

Участников спрашивали, видели ли они какие-нибудь преимущества использования самоуправляемых интернет-вмешательств.

Ответы включили выгоды отсутствия необходимости оставлять дом для получения доступа к терапии (n = 3); то, что этот тип поставки терапии умственного (психического) здоровья дает доступность (n = 3); и то, что это уменьшало клеймо (n = 2). Один участник прокомментировал, что, как только они закончили программу, они поняли, что «они не были одиноки» и что, если им потребуются традиционные услуги умственного (психического) здоровья в будущем, они не колебались бы в поиске этого метода.

Разное.

Участников спрашивали, искали ли они в Интернете информацию о терапии умственного (психического) здоровья путем самоусовершенствования онлайн перед открытием обучения, и все ответили «да». Все участники сообщили о том, что они использовали бы эту модальность снова.

Обсуждение

Результаты этого открытого пилотного экспериментального исследования подтверждают выдвинутую гипотезу о том, что самоуправляемая версия ПО была эффективной в терапии PD/A.

Существенное сокращение от пред- до посттерапии клинической оценки клинического статуса панического расстройства и агорафобии по ДСМ-IV поддерживают это.

Однако статистически достоверное различие не было получено для оценки сокращения панических атак в течение месяца в пред-и посттерапии.

Тем не менее, наблюдение изменения средних различий от пред- к постоценке предполагает тенденцию к сокращению в частоте панических атак.

Качественная обратная связь говорит о высоких уровнях удовлетворения непосредственно программой, хотя предпочтительность человеческой поддержки в течение терапии была единодушно подтверждена.

Однако результаты посттерапии, демонстрируемые участниками, улучшились без поддержки.

Важно отметить, однако, что размеры эффекта, полученные в этом исследовании были действительно меньше, чем полученные в наших предыдущих ПО испытаниях (с человеческой помощью), (см.: Klein и др., 2006; Richards и др., 2006; Shandley и др., 2008).

Эти результаты совместимы с недавним метаанализом (Spek и др., 2007), предполагающим что, хотя оба типа интернет-вмешательств (самоуправляемый и поддерживаемый человеком) эффективны, поддержанные человеком Интернет-вмешательства, действительно достигают, в среднем, более высокого размера терапевтического эффекта.

Дополнительно корреляционный анализ, выполненный Palmqvist и другие (2007), продемонстрировал положительную связь между количеством времени, затраченным врачом и размером группового эффекта.

Обратная связь от участников также указала, что программа помогает в сокращении ощущения себя клейменным (стигматизированным) и поэтому увеличивает готовность к доступу к медицинскому обслуживанию в будущем.

Такие ответы предполагают, что «пошаговая-забота» могла бы извлечь выгоду из слияния самоуправляемого Интернет-вмешательства как одного из первых шагов в этом процессе.

Является примечательным, что эта модель «большого объема, низкой Интенсивности» саморуководства интернет-поддержкой уже была принята в «пошаговую-заботу», моделируемую Национальной Службой здравоохранения в Великобритании.

Однако в этом исследовании участникам предоставляли связь с человеком (в форме пред-и постоценки сессии) и неизвестно, какое влияние это может иметь и имело на их уровень мотивации к участию и к окончанию самоуправляемой программы.

Поскольку это было маленьким экспериментальным испытанием, результаты терапии должны интерпретироваться с осторожностью.

Следующий шаг должен провести рандомизированное контролируемое исследование сравнения двух версий ПО (самоуправляемой и поддерживаемой человеком).

Только тогда мы будем способны уверенно сказать, насколько эффективна самоуправляемая ПО программа.

В будущем, однако, интеграция обоих типов Интернет вмешательств (возможно в пошаговой структуре помощи) будет, вероятно, иметь огромную выгоду в увеличении доступа к терапии расстройств умственного (психического) здоровья и значительного сокращения затрат здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abbott, J., Klein, B., & Ciechomski, L. (2008). Best practices in online therapy. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 360-75.
2. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
3. Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (in press). A comprehensive review and a metaanalysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*.
4. Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. (2008). Defining internet delivered interventions. Unpublished Invited paper. *Annals of Behavioral Medicine*.
5. Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K., & Woods, S.W. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy vs. imipramine and their combination for panic disorder: primary outcome results. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2529-2536.
1. Brown, T.A., Di Nardo, P.A., & Barlow, D.H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. New York: Graywind.
6. Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Burman, M., Kaldjo, V., Soderberg, M., Ekselius, L., & Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via internet. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1321-1333.
7. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
8. Gross, D., & Fogg, L. (2004). A critical analysis of the intent-to-treat principle in prevention research. *The Journal of Primary Prevention*, 25(4), 475-489.
9. Kiropoulos, L., Klein, B., Austin, D.W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J., & Ciechomski, L. (in press). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face. *Journal of Anxiety Disorders*.
10. Klein, B., & Richards, J.C. (2001). A brief internetbased treatment for panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 131-136.
11. Klein, B., Richards, J.C., & Austin, D.W. (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 213-238.

12. Marks, I.M., Cavanagh, K., & Gega, L. (2007). *Handson help: Computer-aided psychotherapy*. Florence, NY: Taylor and Francis.
13. Mihalopoulos. C. Kiropoulos, L., Shih, S., Gunn, J., Blashki, G., & Meadows, G. (2005). Exploratory economic analyses of two primary mental health care pathways: Issues for sustainability. *Medical Journal of Australia*, 183, s73-s76.
3. Palmqvist, B., Carlbring, P., & Andersson, G. (2007). Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 7, 291-297.
14. Pier, C., Austin, D., Klein, B., Mitchell, J., Schattner, P., Ciechowski, L., Gilson, K., Pierce, D., Shandley, K., & Wade, V. (in press). Evaluation of internetbased cognitive behavioural therapy for panic disorder in general medical practice. *Family Medicine Mental Health*.
4. Richards, J. C., Klein, B., & Austin, D.W. (2006). Internet CBT for panic disorder: Does the inclusion of stress management information improve end-state functioning? *Clinical Psychologist*, 10; 2-15
5. Rohde, P., Lewinsohn, P.M., & Seeley, J.R. (1997). Comparability of telephone and face-to-face interviews assessing Axis I and II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1593-8.
6. Shandley, K., Austin, D., Klein, B., Pier, C., Schattner, P., Pierce, D., & Wade, V. (2008). Therapist assisted, internet-based treatment for panic disorder: Can general practitioners achieve comparable patient outcomes to psychologists? *Journal of Medical Internet Research*, 2; e14.
7. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan, K.H., Amorim P, Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G.C. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The validation
8. of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*. 59: 22-33.
9. Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2006). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-328.

С.Дж. Линтон, Л. Фон Кнорринг, Л.Г. Ост

Компьютер-базирующая Когнитивно-Бихевиоральная терапия тревожных расстройств и депрессии

***Аннотация:** Цель этого экспериментального исследования состояла в том, чтобы изучить эффективность Когнитивно-бихевиоральной терапии тревоги и депрессии, предоставляемой через компьютер.*

Экспериментальные данные подтверждают ее эффективность, однако необходимо дополнительное исследование. Обсуждаются также этические вопросы и экономические выгоды данного способа терапии.

***Ключевые слова:** Компьютеризированная психотерапия; тревожное расстройство и депрессия; СВТ.*

Технология и целевая группа

Тревога и депрессия — два состояния, которые затрагивают большую массу населения. Тревога обращена к интенсивному предчувствию бедствия, связанного с ожидаемой опасностью или вредом. Ее признаки включают наличие и физических и психологических симптомов. Тревожные расстройства обращаются к многочисленным признакам беспокойства, которые предстают одновременно и имеют определенную продолжительность.

Среди тревожных расстройств могут быть выделены панические расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, посттравматические стрессовые расстройства, общие тревожные расстройства, социальная фобия, специфические страхи и неспецифические тревожные расстройства.

Как правило, депрессия включает ощущение безнадежности, бессмысленности, и пониженного настроения в течение длительного периода. Как и с тревожными расстройствами, пациенты с депрессией часто затрагиваются другими проблемами или аддикциями, и некоторые из них неспособны работать в короткие или более длительные периоды.

Когнитивно-поведенческая терапия (СВТ) — форма психологического лечения, которая сосредоточивается на мыслях пациента, чувствах и поведении в исследуемой перспективе. Показано, что этот метод относительно эффективен для лечения тревожных расстройств и депрессии. СВТ подчеркивает важность самоусовершенствования и развития способности изучения того, как справляться с проблемами.

Компьютерная СВТ вовлекает лечение, основанное на руководствах по СВТ, которые были приспособлены к компьютеризированному формату. В большинстве случаев терапия через компьютер включает некоторый тип личного контакта с врачом СВТ, который следит за продвижением пациента и доступен для того, чтобы ответить на вопросы, например, через электронную почту, по телефону или в течение немногих, ограниченных встреч «с глазу на глаз».

Некоторые компьютерные программы включают минимальный контакт с врачом СВТ, в то время, как другие, главным образом, используются как дополнение к СВТ, обеспеченному врачом.

Критерии выбора пациентов с тревожными расстройствами или депрессией для того, чтобы понять, кто из них может соответствовать компьютерному варианту СВТ, не были определены. Недостаток в таких критериях мешает оценить размер потенциальной целевой группы для применения этого метода.

Первичный вопрос: Какие эффекты и затраты связаны с компьютерной СВТ в лечении взрослых пациентов с тревожными расстройствами или депрессией?

Двенадцать контролируемых рандомизированных испытаний, где компьютерная СВТ была проверена применительно к тревожным расстройствам или депрессии, были включены в этот систематический обзор. Все эти исследования, как было показано, обеспечены сильными научными доказательствами и служат основой для заключения относительно статуса научного знания. Результаты были измерены, прежде всего, участниками и отвечают требованиям к утвержденным формам самооценки или клиническим требованиям к оценке симптомов в нескольких случаях.

Тревожные расстройства (7 исследований). В 4 исследованиях, которые проверяли эффективность СВТ в лечении панических расстройств, компьютерное лечение было лучше, чем результат контрольной группы в 2 исследованиях и лучше, чем телефонная группа поддержки в 1 исследовании.

Два из 4 исследований не нашли никаких существенных различий в результате между группой, получающей компьютерное СВТ и группой, получающей лечение от врача.

Одно из этих исследований использовало компьютерную СВТ как дополнение к ведущейся врачом терапии. Включенные в два исследования люди с социальной фобией, где компьютерная СВТ сравнивалась с участием в дискуссионном семинаре на основе Интернета. В обоих исследованиях результаты были лучше для участников компьютеризированного лечения.

В исследовании участников с обсессивно-компульсивными расстройствами лечение, проводимое врачом СВТ, привело к лучшим результатам, чем компьютерная СВТ, которая в свою очередь привела к лучшим результатам, чем упражнения на расслабление.

Депрессия (4 исследования). В 4 исследованиях людей с депрессией, группа, получающая компьютеризированную СВТ, демонстрировала лучшие результаты, чем пациенты группы контроля, которые получили лечение как обычно, участвовали в телефонных интервью, участвовали в семинарах на основе Интернета или ждали своей очереди.

Одно из этих исследований использовало компьютерную СВТ как дополнение к ведущейся врачом терапии. В дополнение к сравнению дополнительной компьютеризированной СВТ это исследование также сделало прямое сравнение с терапией, проводимой врачом СВТ, где участники не имели никакого доступа к компьютерной форме лечения.

Никакие существенные различия не были обнаружены в результатах между этими 2 группами, получающими различные варианты СВТ.

В другом из 4 исследований никакие различия не были обнаружены в результатах между участниками, получающими компьютерную СВТ, и теми, кто имел доступ к информационной странице о депрессии в Интернете.

Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (1 исследование). В исследовании людей с тревогой и/или депрессией группа, получающая компьютерную СВТ, демонстрировала лучшие результаты, чем группа контроля, получающая терапию как обычно.

Этические аспекты

Важно оценить каждую индивидуальную программу в этической перспективе. Однако есть несколько вопросов, относящихся ко всем типам программ, которые нужно рассмотреть с этической точки зрения. Они касаются того, как пациенты должны быть диагностированы и отобраны для лечения. Кроме того, пациентам важно чувствовать принятие компьютер-базирующейся формы лечения и то, что другие форматы терапии также доступны, и что пациент может участвовать в выборе формы терапии.

Другие проблемы касаются того, кто должен быть ответственным за терапию и как ответ пациента на лечение должен быть оценен.

Еще один аспект, имеющий этическое значение, касается роли, которую компьютерная СВТ должна играть относительно других вариантов терапии, предлагаемых медицинским обслуживанием.

Экономические аспекты

Британское исследование оценило эффективность издержек компьютерной СВТ в лечении людей с тревогой и/или депрессией.

Это исследование нашло, что стоимость помощи была примерно равна 550 шведским кронам (SEK) и стоимость потерянной производительности примерно на 5500 SEK ниже в группе, получающей компьютерную СВТ, по сравнению с группой контроля, получающей терапию как обычно.

Прибыль от терапевтического вмешательства была оценена в 0.032 (QALY), который соответствовал бы приблизительно 17 000 SEK в QALY, основанной на прямых затратах.

Когда косвенные затраты были включены в оценку, это показало, что компьютерная СВТ была и лучше и имела более низкую стоимость по сравнению с обычной терапией.

Надежность анализа, однако, ограничена недостатками, связанными с информацией относительно заболеваемости, затрат и некоторых других предположений.

Исследование, описанное выше, служит основой для образцового анализа, который сравнивает обычную терапию в течение 18 месяцев против 3 различных компьютерных программ для СВТ в лечении депрессии.

Стоимость программы, найденной как наиболее эффективная в затратах, располагалась между 5700 SEK и 25 000 SEK в QALY в зависимости от числа пользователей.

Исследования с более представительным выбором участников и с более длительными последующими периодами необходимы, чтобы позволить более надежные заключения об эффектах и затратах использования метода в пределах медицинского обслуживания.

Литература

1. Rachman S. Anxiety. East Sussex (England): Psychological Press Ltd; 1998.
2. Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. London: The Guildford Press; 2002.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62(6):593-602.
4. SBU. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. SBU-rapport nr 166. 91-87890-87-9.
5. SBU. Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2005. SBU-rapport nr 171. 91-87890-98-4.
6. Andersson G, Bergstrom J, Hollandare F, Carlbring P, Kaldö V, Ekselius L. Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2005;187:456-61.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Computerised cognitive therapy for depression and anxiety. Technology Appraisal 97; 2006.
8. Spek V, Cuijpers P, Nyklicek 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):319-28.
9. Kalthenthaler E, Brazier J, De Nigris E, Tumor I, Ferriter M, Beverley C. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. Health Technology Assessment 2006;10(33).
10. Klein B, Richards JC, Austin DW. Efficacy of internet therapy for panic disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry 2006;37(3):213-38.
11. Carlbring P, Nilsson-Ihrfelt E, Waara J, Kollenstam C, Buhrman M, Kaldö V et al. Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the Internet. Behav Res Ther 2005;43(10):1321-33.
12. Carlbring P, Bohman S, Brunt S, Buhrman M, Westling BE, Ekselius L et al. Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. Am J Psychiatry 2006;163(12):2119-25.
13. Kenardy JA, Dow MG, Johnston DW, Newman MG, Thomson A, Taylor CB. A comparison of delivery methods of cognitive-behavioral therapy for panic disorder: an international multicenter trial. J Consult Clin Psychol 2003;71(6):1068-75.

14. Marks IM, Kenwright M, McDonough M, Whittaker M, Mataix-Cols D. Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: a randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychol Med* 2004;34(1):9-17.
15. Carlbring P, Westling B, Ljungstrand P, Ekselius L, Andersson G. Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of a self-help program. *Behavior Therapy* 2001;32(4):751-64.
16. Klein B, Richards J. A brief internet based treatment for panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2001;29:113-7.
17. Newman MG, Kenardy J, Herman S, Taylor CB. Comparison of palmtop-computer-assisted brief cognitive-behavioral treatment to cognitive-behavioral treatment for panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(1):178-83.

Д.Ф. Тэйт, Р.Р. Винг, Р.А. Винетт

Использование Интернет-Технологии для поставки Поведенческой Программы Потери веса

***Аннотация:** Цель исследования: Определить, производит ли структурированная интернет-поведенческая программа потери веса большую начальную потерю веса и изменения в окружности талии, чем образовательный вебсайт, посвященный потере веса.*

Главные Измеряемые Результаты Масса тела и окружность талии, измеренная в 0, в 3 и в 6 месяцев, в 2-х сравниваемых интервенционных группах.

Заключение: Участники, которым давали структурированную поведенческую программу терапии с еженедельным контактом и индивидуализированной обратной связью, имели большую потерю веса по сравнению с теми, кому были даны связи с образовательным Вебсайтом. Таким образом, Интернет и электронная почта, вероятно, являются жизнеспособными методами для поставки структурированных поведенческих программ потери веса.

***Ключевые слова:** снижение веса, интернет-поведенческая программа, образовательный вебсайт.*

ВВЕДЕНИЕ¹¹

Развитие эффективных программ снижения веса, которые являются широко доступными – один из приоритетов здравоохранения, связанный с тем, что больше, чем 54 % американских взрослых имеют избыточный вес или склонны к набору веса и им рекомендуют снизить вес, чтобы уменьшить воздействие тучности на здоровья.

Хотя групповые поведенческие программы, вовлекающие еженедельные посещения клиники являются самыми эффективными способами терапии, доступными для снижения веса, большинство взрослых предпочли бы похудеть, не имея необходимости участвовать в структурированной терапии лицом к лицу. Чтобы ответить на потребности этих людей и сделать терапию тучности более доступной исследователи изучили альтернативные методы для того, чтобы поставить программы потери веса, включая корреспонденцию на основе электронной почты; вмешательства, поставленные через телефон и телевидение. Хотя эти типы программ обычно приводили к меньшей потере веса, чем стандартные групповые поведенческие программы, они предлагают важную альтернативу терапии лицом к лицу.

В прошлом десятилетии, установленные компьютером вмешательства были развиты для разнообразных изменений поведения, включая изменение диеты, прекращение курения и применение упражнений; однако немного исследований касалось использования компьютеров для терапии тучности. Начальное исследование в этой области сосредоточилось на том, чтобы использовать переносные компьютеры для самоконтроля данных, дачи автоматизированной

¹¹ Иллюстративные материалы опущены. Примеч. Переводчика.

обратной связи о калорийной ценности или обеспечения похвалы за выполнение инструкции по изменению режима питания.

Однако исследование не расширило и не развило использование этой технологии как автономной терапии тучности или как дополнения к стандартной терапии. Компьютер-базированные программы могут легко быть приспособлены к использованию через Интернет, развитие которого возобновило интерес к использованию этой технологии для потери веса.

Быстрое увеличение доступа к Интернету и Всемирной Паутине сделали это жизнеспособным и логичным способом для вмешательств здравоохранения. Например, число взрослых американцев, которые используют Интернет, увеличилось с 9 % до 56 % за последние 4 года.

Концептуально Интернет имеет отличные преимущества для поставки терапевтических программ, потому что комбинирует существенные особенности других форм СМИ. Например, Интернет учитывает и распространение письменного материала, и видео или фотографических материалов, и прямой коммуникации и социальной поддержки через электронную почту, информационные табло, или комнаты для дискуссий (чат). Есть многочисленные интернет-сайты, предлагающие информацию по снижению веса и обеспечивающие такие инструменты как базы данных рецептов (приготовления пищи) или калорийной ценности, дневники для того, чтобы делать запись потребления и информационные табло, предлагающие поддержку. Несмотря на быстрое увеличение количества Вебсайтов, связанных с потерей веса, никакие контролируемые исследования не оценивали этот тип ресурса для снижения веса.

После обзора многочисленных Вебсайтов казалось, что, хотя большая часть содержания поведенческих программ потери веса была представлена в Сети, Вебсайты потери веса испытывали недостаток в материалах с программным управлением и профессиональным контакте, которые являются существенными элементами клинических программ терапии лицом к лицу.

Мы выдвинули гипотезу, что большая потеря веса могла бы быть произведена при использовании Интернета, где поставлялась бы структурированная поведенческая программа снижения веса, включающая последовательность из 24 еженедельных уроков. Уроки содержали бы поведенческие принципы, связанные с потерей веса, еженедельной подачей дневников самоконтроля, еженедельные рекомендации от врача и возможность социальной поддержки среди членов группы.

Чтобы проверить эту гипотезу мы провели рандомизированное, контролируемое исследование для проверки выполнимости и начальной эффективности структурированной интернет-поведенческой программы потери веса по сравнению с образовательным Вебсайтом, на котором были представлены ресурсы для снижения веса, широко доступные в Интернете.

МЕТОДЫ

Участники

Девяносто один (81 женщина, 10 мужчин) здоровый полный взрослый со средним возрастом (SD) 40.9 (10.6) и индексом массы тела (BMI) 29.0 (3.0) kg/m². Все они, служащие большой сети больниц с доступом к электронной почте и Интернету, были отобраны через ряд сообщений: 2-х электронных посланий и рекламы, представленной на Вебсайте Интранета.

Сообщения электронной почты и реклама ясно объясняли критерии участия. Заинтересовавшиеся участники были далее отобраны (для продолжения исследования) через телефон. Критерии выбора включали людей в возрасте 18-60 лет и наличие BMI 25 - 36 kg/m².

Участники были отсеяны, если имели в истории болезни инфаркт миокарда, инсульт или рак за предыдущие 5 лет; диабет, ангину или ортопедические и комплексные проблемы, которые помешали бы осуществлению программы; общие психиатрические болезни; и текущую, запланированную или предыдущую беременность в течение 6 месяцев.

Все участники согласились не искать дополнительную терапию снижения веса в течение 1 года. Скрининг также включал Анкетный опрос Готовности к Физической Активности. Одиннадцать участников подтвердили один или более пунктов в этом опроснике и были обязаны получить согласие врача на участие в исследовании.

Проект

После начального скрининга участники были в случайном порядке распределены в одну из 2 групп терапии: интернет-образование («образование»; n = 45) или интернет-терапия поведения («терапия поведения»; n = 46).

Все участники были оценены в начале в 3 и в 6 месяцев для объективного контроля веса и размеров талии и им платились 10 \$ и 25 \$, чтобы они посетили 3-и 6-месячные последующие процедуры оценки, соответственно.

Исследование проводилось с апреля по декабрь 1999 и было одобрено наблюдательным советом Больницы Мириам в Род-Айленде.

Процедуры для Интернет-Образования

Все участники посетили начальную групповую вводную сессию снижения веса во главе с клиническим психологом с докторской степенью. На этой встрече были проведены основные измерения и получено письменное согласие на основе полной информации. Кроме того, участникам объяснили процедуры получения логина Вебсайта для этого исследования.

Чтобы гарантировать, что все участники имеют достаточный уровень компьютерных и интернет-знаний, основы навигации и процедуры получения логина демонстрировались на компьютере. Детальное письменное руководство, описывающее процедуры получения логина и интернет-навигацию, также давалось каждому участнику.

Чтобы защитить конфиденциальность, участникам присваивали код идентификации логина и данные веса были переданы и хранились с использованием этих кодов, а не имен участников; однако им сообщали, что потенциально существует риск для данных и сообщений электронной почты, которые могут быть перехвачены и прочитаны.

Исследовательский Вебсайт был доступен на Интранете организации и обеспечил краткий обзор основной информации, связанной с потерей веса и структурированным справочником, отобранных интернет-ресурсов о диете, осуществлении самоконтроля и других ресурсах, которые включали поведенческие темы, социальную поддержку, стимульный контроль и управление стрессом.

В течение вводной сессии группы участники получили 1 часовой урок поведенческого контроля за весом. На этой сессии рекомендовалась стандартная диета с ограничением калорий 1200-1500 килокалорий в день и ежедневным потреблением жира меньше, чем 20 % потребляемых калорий. Участники были также проинструктированы увеличить постепенно их физическую активность, чтобы сжигать минимум 1000 килокалорий в неделю. Важность самоконтроля была подчеркнута, и участники обеих групп были поощрены использовать самоконтролирующие ресурсы Сети, чтобы «держать след» (трек) их диеты и тренироваться ежедневно.

Однако только группу терапии поведения попросили представлять дневники самоконтроля врачу каждую неделю.

Со всеми участниками связывались в 3 месяца и в 6 месяцев, чтобы наметить индивидуальные назначения для последующих измерений и кратких 15 минутных встреч с клиническим психологом.

Процедуры для интернет-участников терапии Поведения

Участники группы Поведенческой Терапии выполнили все вышеупомянутое плюс следующие процедуры:

Они были проинструктированы сообщать о самоконтроле информации каждую неделю через электронный дневник, доступный на исследовательском Вебсайте.

Еженедельный самоконтроль информации включал вес, калории, граммы жира и расходы энергии осуществления.

Наряду с передачей дневников, участники были также в состоянии представить любые комментарии или задать вопросы, которые они имели к врачу.

Сообщение электронной почты посылались участникам терапии поведения каждую неделю в течение 24-недельной программы, включая поведенческий урок снижения веса и обратную связь.

Поведенческий урок включал структурированное руководство по разнообразным темам потери веса на основе изменений в питании, упражнениях или поведенческих саморегулирующих стратегиях.

Кроме того, еженедельная электронная почта включала индивидуализированную обратную связь, посылаемую лично врачом со степенью доктора наук.

Обратная связь включала рекомендации и подкрепление, основанное на продвижении, отмеченном в дневнике самоконтроля, и конкретно обращалась к продвижению потери веса, диетическому питанию и расходам энергии.

Рекомендации и стратегии для усовершенствования также обеспечивались.

Кроме того, врач отвечал на любые вопросы, поднятые участниками, и обеспечивал общую поддержку и поддержку через сообщения электронной почты.

Участникам, которые не зарегистрировались (на сайте), посылали запрос на личную электронную почту об их продвижении и поощряли контролировать свое состояние и продолжать работать с программой.

Участники группы терапии поведения также имели доступ к электронному информационному табло, чтобы облегчить социальную поддержку среди участников, отобранных для применения этих интервенций.

Зависимая переменная (измерения)

Первичной зависимой переменной было изменение в массе тела. Вес был измерен в клинике в самом начале, в 3 и в 6 месяцев в легкой уличной одежде, без ботинок и по откалиброванной шкале. Высота была измерена, с использованием стенного стадиометра.

Окружность в талии (измеренный в пупке) была измерена стальной рулеткой Gulick, используя процедуру, рекомендованную Lohman и др.

Физическая активность измерялась при каждой оценке с использованием формата самосообщения Анкетного опроса активности по Paffenbarger.

Диетическое потребление было измерено с использованием Опросника Частоты Блока Пищи в начале, в 3 и в 6 месяцев и было проанализировано, используя Национальную Систему Анализа Диеты Института Рака 4.01 программы.

Депрессивные признаки были измерены с использованием Шкалы Центра Эпидемиологических Исследований Депрессии.

Использование Вебсайта было отслежено, используя уникальный кодекс идентификации для каждого участника, чтобы сделать запись каждого логина. Индекс предыдущего опыта участников работы с Интернетом или электронной почтой был создан, суммируя число месяцев, когда участник использовал электронную почту плюс число месяцев, когда они использовали Интернет.

Статистический Анализ

Используя уровень достоверности .05, типовой размер 37 для каждой группы был необходим, чтобы обнаружить 2.27-килограммовое различие между группами.

Принимая среднюю интенсивность расходования 20 %, выборка, по крайней мере, из 90 субъектов была отобрана. Чтобы обнаружить изменения в результатах измерения веса,

окружности талии, потребления калорий и расходов, использовалась модель дисперсионного анализа (ANOVA). Все исследования были выполнены, используя Статистический Пакет для Общественных наук (SPSS версии 10.05 Windows SPSS Inc, Чикаго).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Предварительный анализ показал, что не было никаких различий между группами для начальных измерений возраста, веса, ВМІ, окружности талии, или интернет-опыта.

Потеря веса была 15 % и 22 % в 3 и 6 месяцев, соответственно, и не изменялась в терапевтической группе ни при одной оценке (3 мо, $F = 0.288$, $P = .59$; 6 мо, $F = 0.003$, $P = .96$).

Участники, которые не посещали 6-месячное продолжение, были значительно моложе ($t = 2.75$, $P < .007$) и имели меньший интернет-опыт в начале, но не отличались от других участников на основании ВМІ, образованию или уровню депрессивных признаков.

Изменения Окружности Талии и Массы тела

Исследования проводились для 65 участников с объективными последующими данными при всех 3 оценках (33 сеанса терапии поведения, 32 образования). ANOVA исследование веса показало важность интеракций терапия x время ($P = .005$).

Те, кто был в группе терапии поведения, потеряли больше веса, чем те, кто был в группе образования от начала до 3 месяцев.

Обе группы поддержали величину их потери веса между 3 и 6 месяцами, но не теряли дополнительный вес. Среди этих участников, которые закончили все 3 оценки, группа терапии поведения потеряла в среднем (SD) 4.0 (2.8) кг за 3 месяца и 4.1 (4.5) кг за 6 месяцев.

Потеря веса в группе образования была 1.7 (2.7) кг в 3 месяца и 1.6 (3.3) кг за 6 месяцев. Пост t тесты показали, что средние потери веса были значительно отличны между группами как в 3 ($t = 3.4$; $P = .0001$), так и в 6 месяцев ($t = 2.1$; $P = .04$). Кроме того, 45 % участников группы терапии поведения потеряли больше, чем (или равно) 5 % начальной массы тела по сравнению с 22 % из тех, кто был в группе образования ($F = 4.03$; $P = .05$).

Точно так же повторное ANOVA исследовавшее изменения в окружности талии между 0, 3, и 6 месяцами показали значимую интеракцию терапия x время ($P = .005$).

Среди всех последующих данных, среднее сокращение окружности талии (SD) группы терапии поведения было 6.7 (4.7) см в 3 месяца и 6.4 (5.5) см в 6 месяцев.

В группе образования среднее сокращение окружности талии (SD) было 3.0 (4.0) см в 3 месяца и 3.1 (4.4) см в 6 месяцев.

Пост t тесты показали, что средние сокращения талии (SD) были значительно отличны между группами как в 3 месяца ($P = .001$), так и в 6 месяцев ($P = .009$).

Анализ интенций к лечению был выполнен от начала до 3 и 6 месяцев, включая всех рандомизированных участников.

Повторные измерения ANOVA на выборке, потерявшей вес, показали существенное взаимодействие терапии и времени ($P < .001$).

Потеря веса в группе терапии поведения была 3.2 (2.9) кг в 3 месяца и 2.9 (4.4) кг в 6 месяцев. Пост t тесты показали, что средние потери веса были значительно отличны между группами как в 3 месяца ($P < .001$), так и в 6 месяцев ($P = .04$).

В пределах образца интенций к терапии, 2 тесты использовались, чтобы сравнить пропорцию участников каждой группы, которая потеряла, по крайней мере, 5 % начальной массы тела в 6 месяцев.

Больше участников группы терапии поведения, чем участников в группе образования, достигли 5%-ой цели потери веса (35 % против 18 %; $2 = 3.39$; $P = .07$).

Точно так же повторные измерения ANOVA, исследовавшие изменения в окружности талии между 0, 3, и 6 месяцами, используя измерение талии, показали существенную связь терапии и времени ($P = .004$).

Среднее сокращение талии (SD) группы образования было 2.1 (3.9) см в 3 месяца и 2.3 (3.9) см в 6 месяцев. В группе терапии поведения среднее сокращение талии (SD) было 5.3 (4.9) и 4.6 (5.5), соответственно. Пост t тесты показали, что средние сокращения талии были значительно отличны между группами как в 3 месяца ($P = .001$), так и в 6 месяцев ($P = .02$).

Частота введения Логина Вебсайта

Чтобы получить объективную меру использования Вебсайта данные введения логина для всех участников были отслежены за 24-недельный период.

Участники группы терапии поведения заходили на Вебсайт в среднем (SD) 19 (10.9) раз за первые 3 месяца по сравнению с 8.5 (10.4) раза для тех, кто был в группе образования ($P < .001$).

Между месяцами 3 и 6, введенные логины уменьшились для обеих групп ($P < .001$); однако участники группы терапии поведения все еще загружались чаще в течение этого периода- в среднем (SD) 6.8 (6.2) раз по сравнению с 1.0 (3.0) разом среди участников группы образования ($P < .001$).

Частота введения логина значительно коррелировала с изменением веса между 0 и 6 месяцами как в терапии поведения (РТС = -0.43; $P = .003$), так и в группе образования (РТС = -0.33, $P = .03$).

Изменения в Диетическом Потреблении

Изменения в диетическом потреблении (kcal/d) в 0, 3 и 6 месяцах были исследованы, используя повторные ANOVA для тех, кто имел данные по диете при всех 3 оценках ($n = 62$).

Изменение в диетическом потреблении между началом и 3 месяцами было незначительно связано с потерей веса в течение того же самого периода в группе терапии поведения (РТС= 0.28, $P = .10$), но не в группе образования (РТС= 0.02, $P = .93$).

Между месяцами 3 и 6 корреляция между диетическим изменением и изменением веса была подобна в обеих группах, но достигла статистической значимости только в группе образования (терапия поведения, РТС= 0.30; $P = .10$ против образования, РТС= 0.38; $P = .04$).

Изменения в физической активности между 0, 3, и 6 месяцами были исследованы, используя повторные измерения ANOVA для тех, у кого имелись данные по активности при всех 3 оценках ($n = 60$).

Был обнаружен существенный эффект времени ($P = .03$), но никакой взаимосвязи терапия х время. Изменение в физической активности между началом и 3 месяцами было связано с потерей веса в течение того же самого периода в группе терапии поведения (PTC = -0.32, $P = .05$), но не в группе образования (PTC = -0.05, $P = .79$).

Группа «Терапия Поведения»

Группу терапии поведения просили посылать дневник самоконтроля каждую неделю. Участники представили в среднем (SD) 13.65 (6.4) дневников самоконтроля в течение 24-недельной программы.

Участники представили больше дневников в течение первых 3 месяцев, чем за последние 3 месяца (8.5 [3.6] против 4.6 [4.4]).

Подачу дневника представляли 46 % от общего количества введенных логинов. Общее количество поданных дневников значительно коррелировало с потерей веса (PTC = -0.50, $P = .001$).

Только 28 % когда-либо посылали сообщение на информационное табло с диапазоном 1-7 регистраций на человека за эти 6 месяцев.

КОММЕНТАРИИ

Исследование показало, что участники, которые получили более структурированное интернет-вмешательство терапии поведения, включая еженедельный по электронной почте, потеряли значительно больше веса и показали большие сокращения окружности талии в 3 и 6 месяцев, чем те, кто получил доступ к многочисленным Вебсайтам потери веса.

Кроме того, программа терапии поведения дала почти удвоенное увеличение процента участников, которые достигли 5%-ой цели потери веса.

Цели потери веса между 5 % и 10 % начальной массы тела были рекомендованы, исходя из существующих данных, о том, что многие, связанные с полнотой показатели, были улучшены с потерей веса именно этой величины.

Модель (паттерн) потери веса в этой программе была по существу одинаковой для обеих групп, потери веса произошли за первые 3 месяца.

Потеря веса продолжалась, несмотря на уменьшенную частоту введения логина с 3 месяцев до 6 в обеих группах и подачу дневника в группе терапии поведения.

Частота введения логина и подачи дневника были связаны с потерей веса, что, возможно, говорит о том, что, если бы приверженность программе могла бы быть улучшена и сохранена более 3 месяцев, потери веса могли бы также продолжиться.

Потери веса, достигнутые в группе терапии поведения больше, чем потери, достигнутые с другим минимальными интервенциями, и сопоставимы с достигнутыми в недавней оценке структурированной коммерческой программы.

Хотя наше исследование не включало программу терапии лицом к лицу как группу сравнения, потери веса в нашем исследовании не были столь же существенны, как отмечается в литературе по исследованиям стандартных поведенческих программ потери веса. Такие программы, включающие еженедельный контакт лицом к лицу, и типично производят 9.1-килограммовые потери веса через 20-24 недели.

Как отмечено выше, процедуры, продвигающие использование ресурсов Сети и продолжающееся использование дневника могут усилить потери веса; однако преимущество интернет-программ потери веса может состоять в увеличении аудитории и досягаемости программ терапии.

Участники и группы терапии поведения и группы образования сообщили об изменениях в диете и поведении сходной величины, несмотря на значительно различающиеся показатели потери веса. Другие исследования с существенными межгрупповыми различиями в потере веса также были не в состоянии найти различия в диете и поведении.

Вероятно, что участники группы терапии поведения стали более точными в их оценке диетического потребления и активности, потому что они сами контролировали потребление и активность; следовательно, можно предположить большую связь между изменением поведения и изменением веса в этой группе.

Главное достоинство нашего исследования — то, что это было рандомизированное испытание с объективными измерениями веса и размера талии и первое исследование, которое изучает использование интернет-технологии для того, чтобы поставить структурированную поведенческую программу снижения веса. Ограничение нашего исследования — то, что эти результаты касаются только начальной потери веса.

Эффективность такой программы для того, чтобы производить долговременные потери веса, остается еще продемонстрировать.

Необходимы дальнейшие исследования с большими выборками, включающими равное число мужчин и женщин, чтобы подкрепить полученные данные.

Будущие исследования также могли бы исследовать эффекты различных типов контакта на потерю веса при использовании Интернета и электронной почты.

Наконец, должно быть отмечено, что участники группы терапии поведения встретились лицом к лицу с врачом, с которым они связывались еженедельно по электронной почте.

Другие интернет-программы, использующие исключительно коммуникации электронной почты онлайн без начальной встречи лицом к лицу, могут привести к иным результатам.

В общем, результаты этого исследования показали, что программа терапии, которая включала доступ к интернет-ресурсам потери веса, структурировала поведенческие компоненты,

имела еженедельную и индивидуализированную обратную связь с врачом, поставленную через электронную почту, произвела большие начальные потери веса по сравнению с одиночным обеспечением доступа к интернет-ресурсам потери веса.

Таким образом, Интернет, кажется, является жизнеспособным методом для поставки структурированных поведенческих программ потери веса и заслуживает будущих исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Flegal KM, Carroll MD, Kuczmarski RJ, Johnson CL. Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1998;22:3947.
2. Sherwood NE, Morton N, Jeffery RW, French SA, Neumark-Sztainer D, Falkner NH. Consumer preferences in format and type of community-based weight control programs. *Am J Health Promot.* 1998;13:12-18.
3. Jeffery RW, Hellerstedt WL, Schmid TL. Correspondence programs for smoking cessation and weight control: a comparison of two strategies in the Minnesota Heart Health Program. *Health Psychol.* 1990;9:585-598
4. O'Loughlin J, Paradis G, Meshefedjian G, Kishchuk N. Evaluation of an 8-week mailed health-weight intervention. *Prev Med.* 1998;27:288-295.
5. Cameron R, MacDonald MA, Schlegel RP, et al. Toward the development of self-help health behaviour change programs: weight loss by correspondence. *Can J Public Health.* 1990;81:275-279.
6. Hellerstedt W, Jeffery R. The effects of a telephone-based intervention on weight loss. *Am J Health Promot.* 1997;11:177-182
7. Meyers A, Graves T, Whelan J, Barclay D. An evaluation of a television-delivered behavioral weight loss program: are the ratings acceptable? *J Consult Clin Psychol.* 1996;64:172-178.
8. Harvey-Berino J. Changing health behavior via telecommunications technology: using interactive television to treat obesity. *Behav Ther.* 1998;29:505-519.
9. Winett RA, Moore JF, Wagner JL, et al. Altering shoppers' supermarket purchases to fit nutritional guidelines: an interactive information system. *J Appl Behav Anal.* 1991;24:95-105
10. Winett RA, Anderson ES, Bickley PG, et al. Nutrition for a Lifetime System(c): a multimedia system for altering food supermarket shoppers' purchases to meet nutritional guidelines. *Comput Human Behav.* 1997;13:371-392.
11. Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Rossi JS. Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychol.* 1993;12:399-405.
12. Marcus BH, Bock BC, Pinto BM, Forsyth LH, Roberts MB, Traficante RM. Efficacy of an individualized motivationally-tailored physical activity intervention. *Ann Behav Med.* 1998;20:174-180.
13. Taylor CB, Agras WS, Losch M, Plante TG, Burnett K. Improving the effectiveness of computer-assisted weight loss. *Behav Ther.* 1991;22:229-236.

14. Burnett KF, Taylor CB, Agras WS. Ambulatory computer-assisted therapy for obesity: a new frontier for behavior therapy. *J Consult Clin Psychol.* 1985;53:698-703
15. Taylor H. Harris Poll. Online population growth surges to 56% of all. December 22, 1999. Poll No. 76. Available at: http://www.harrisinteractive.com/harris_poll/index.asp?PID=9
16. Thomas S, Reading J, Shephard RJ. Revision of the Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q). *Can J Sport Sci.* 1992;17:338-345.
17. Lohman TG, ed, Roche AF, ed, Martorell R, ed. *Anthropometric Standardization Reference Manual.* Champaign, Ill: Human Kinetics Books; 1988.
18. Paffenbarger RS, Wing AL, Hyde RT. Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni. *Am J Epidemiol.* 1978;108:161-175
19. Block G, Hartman AM, Dresser CM, Carroll MD, Gannon J, Gardner L. A data-based approach to diet questionnaire design and testing. *Am J Epidemiol.* 1986;124:453-469.
20. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychologic Measurement.* 1977;1:385-401.
21. Wing RR, Jeffery RW. Sample size in clinical outcome research: the case of behavioral weight control. *Behav Ther.* 1984;15:550-556.
22. Thomas R, ed. *Weighing the Options: Criteria for Evaluating Weight Management Programs.* Washington, DC: National Academy Press; 1995.
23. Blackburn GL. Effects of weight loss on weight-related risk factors. In: Brownell KD, Fairburn CG, eds. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook.* New York, NY: Guilford Press; 1995:406-410.
24. Goldstein DJ. Beneficial health effects of modest weight loss. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1992;16:397-416
25. Miller WC, Eggert KE, Wallace JP, Lindeman AK, Jastremski C. Successful weight loss in a self-taught, self-administered program. *Int J Sports Med.* 1993;14:401-405
26. Klem ML, Klesges RC. Competition in a minimal-contact weight-loss program. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56:142-144.
27. Abrams DB, Follick MJ. Behavioral weight loss intervention at the work site: feasibility and maintenance. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51:226-233
28. Stunkard AJ, Brownell K. Work-site treatment for obesity. *Am J Psychiatry.* 1980;137:252-253.
29. Jeffery RW, Danaher BG, Killen J, Farquhar JW, Kinnier R. Self-administered programs for health behavior change: smoking cessation and weight reduction by mail. *Addict Behav.* 1982;7:57-63.
30. Jeffery RW, Gerber WM. Group and correspondence treatments for weight reduction used in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Behav Ther.* 1982;13:24-30.
31. Heshka S, Greenway F, Anderson JW, et al. Self-help weight loss vs a structured commercial program after 26 weeks: a randomized controlled trial. *Am J Med.* 2000;109:282-287.

32. Leermakers EA, Anglin K, Wing RR. Reducing postpartum weight retention through a correspondence intervention. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1998;22:1103-1109.
33. Jeffery RW, Wing RR, Thorson C, Burton LC. Use of personal trainers and financial incentives to increase exercise in a behavioral weight-loss program. *J Consult Clin Psychol.* 1998;66:777-783.
34. Lichtman SW, Pisarska K, Berman ER, et al. Discrepancy between self-reported and actual caloric intake and exercise in obese subjects. *N Engl J Med.* 1992;327:1893-1898.

С. Эрман, Э. Кеверн, Л. Кролл

Оценка вебсайта умственного (психического) здоровья для подростков

Аннотация: *Ru-ok.com* — недавно развитый вебсайт, который включает самооценку. Цель этого исследования — оценить вебсайт и сравнить самооценку на сайте со скринингом анкетных опросов. Показано, что самооценка на основе Интернета выполнимый и приемлемый для подростков метод.

Ключевые слова: *подростки, здоровый образ жизни, самооценка, онлайн.*

Систематический обзор продвижения идей здорового образа жизни в школах демонстрирует переменный успех программ самоусовершенствования, направленных на изменение опасного поведения типа курения или употребления наркотиков (Lister-Sharp и другие, 1999).

Интернет- компьютерная оценка и интервенции предлагают альтернативный метод, который используется наряду с более традиционными подходами. Применение CD дисков показало многообещающие результаты в изменении поведения и продвижении идей психологического здоровья в США (Bosworth и другие, 1994, 2000). Интернет, который является доступным ресурсом (McAlindon и другие, 2003), и СМИ типа телевидения могут обеспечить предоставление информации «не клеймящим» способом (Sanders и другие, 2000). Интернет также облегчает индивидуальную автономию (Theodosiou & Green, 2003), которая является важной частью юношеского развития. Интернет может также обеспечить самооценку и самопомощь людям, которые не ищут помощи для решения их проблем умственного (психического) здоровья (Marks и другие, 2003; Christensen и другие, 2004; Kenwright и другие, 2004).

Пока имеется недостаточно данных о том, как самооценочные анкетные опросы онлайн сравнимы с бумажными анкетными опросами (Ritter и другие, 2004). Частыми проблемами является то, что данные онлайн, возможно, незащищены или ненадежны, потому что испытуемый, возможно, не понимает инструкции, не особенно заботится о заполнении формы онлайн, или может находиться под влиянием сверстников. Он может дать завышенные или более низкие оценки, если оценка онлайн имеет место в общественном месте типа открытой библиотеки, классной комнаты или наблюдательного центра.

С учетом этих проблем вебсайт *ru-ok.com* был создан в 2003 при помощи подростковых фокус-групп. Научно-исследовательская работа финансировалась Фондом Здоровья. Группы опрашиваемых были заинтересованы в окончании работы и сайт был запущен в 2003.

Сайт позволяет подросткам оценить их сильные и слабые стороны и получить советы по самоусовершенствованию. Сайт включает, среди прочего психологического материала по самоусовершенствованию, широко используемый образовательный ресурс «Повторно отслеживая» (РЕТРЕКИНГ) (Bates, 1997) и самооценочный анкетный опрос, основанный на

Солфордском Списке Оценки Потребностей Подростков (Kroll и другие, 1999). Есть набор других возможностей, включающий интерактивные истории, мультфильмы о депрессии, пищевых проблемах, подростковой беременности и школьных проблемах и некоторые игры.

Цели этого исследования: (а) исследовать, находят ли подростки вебсайт приемлемым и полезным; (б) валидизировать анкетный опросник самооценки RU-OK, сравнив его со стандартными анкетными опросами.

Метод

Участники

Выборка была составлена из учащихся общеобразовательной Солфордской школы и специальной больничной школы для детей с депрессией и тревожными расстройствами.

Методики измерения

1) Анкетный опрос самооценки RU-OK исследует проблемы и ресурсы подростков.

Подросток, используя безопасный метод, вводит выбранное им имя пользователя и пароль. Ему предоставляются 26 вопросов о проблемах, каждый вопрос оценивается по шкале из 5 пунктов от 1 до 5, ноль приравнивается к «не оценено». Вопросы взяты из Солфордского Списка Оценки Потребностей Подростков (Kroll и другие, 1999).

Оценка 3 или больше указывает на существенную проблему, показатели основаны на валидном оригинальном исследовании. Данные могут быть сохранены в различное время и доступны при повторном посещении сайта.

Анкетный опрос онлайн занимает приблизительно 5-10 минут и совет доступен для каждой области проблемы в зависимости от полученных оценок (баллов).

Низкое количество баллов обычно выводит на совет о самоусовершенствовании типа использования загружаемого с сайта материала или ссылок на другие рекомендованные сайты. Более высокое количество баллов подчеркивает важность обсуждения проблемы с наставником, родителем или профессионалом.

2) Качественный анкетный опрос, спрашивающий о приемлемости, непринужденности использования и полноценности частей вебсайта.

Каждый из вопросов оценивался по шкале из 5 пунктов.

3) Юношеская версия Опросника Ресурсов и Трудностей (SDQ; Goodman, 1997) состоит из 25 вопросов, представленных в шкале с 3 пунктами.

В дополнение к основной шкале есть субшкалы для трудностей в областях гиперактивности, поведения, эмоций и социальных взаимодействий. Есть также одна просоциальная шкала.

Для эпидемиологических исследований, показатель по каждой шкале могут классифицировать подростков на положительные и отрицательные группы в зависимости от требований исследования.

4) Юношеская версия Опросника Настроения и Чувств (MFQ; Costello и Angold, 1988) разработана для скрининга депрессии. Она состоит из 34 вопросов, оцениваемых по шкале из 3 пунктов.

Субшкалы опросника RU-ОК были сгенерированы так, чтобы корреляция по Пирсону могла быть оценена с MFQ и SDQ.

Субшкалы следующие:

- насилие: состоит из двух областей, насилие по отношению к собственности и к людям
- эмоции: состоит из семи областей, депрессии, тревоги, травматизации, самоповреждения, пищевых проблем, самоуважения и параноидального мышления
- отношения: состоит из двух областей, проблем со сверстниками и семейных проблем
- наркотики и алкоголь: состоит из двух областей, наркотики и алкоголь
- полная шкала: состоит из всех 26 областей.

Субшкалы и индивидуальные оценки были проверены на нормальное статистическое распределение.

Сбор данных и потери

Исследование получило местное этическое одобрение и было объяснено подросткам двумя психиатрами, проводившими исследование, С.Э. и А.К. лично, а также на уроке социального и санитарного просвещения (уроке здоровья) (PSHE). Родители или опекуны были проинформированы и подростки заполнили формы согласия (на проведение эксперимента). На следующей неделе подростки предоставили демографические данные и заполнили SDQ и MFQ. Им дали открытку с идентификационным номером исследования и инструкцией о работе с вебсайтом.

Следующий урок PHSE был в комнате информационных технологий и подростки заполнили (конфиденциально) анкетный опрос RU-ОК и оценочный опросник. Тот же самый метод сбора данных использовался с подростками, которые посещали больничную школу.

Из всех подростков только четыре не согласились участвовать в исследовании.

Приблизительно 40 % оценочных опросников не были закончены вследствие нехватки времени на уроке; заключительное число анкетных опросов составило от 64 до 67. В общей сложности 105 подростков закончили SDQ и 101 анкетные опросы MFQ.

Общее количество закончивших самооценку по RU – ОК анкетному опросу — 103, но приблизительно 30 % данных были потеряны для анализа из-за того, что ученики не указали на опроснике частный идентификационный номер. Полный набор анкетных опросов для анализа корреляции между RU- ОК, SDQ и MFQ составил таким образом 69.

Результаты

Участники

В общей сложности 105 подростков были включены в финальный анализ, 46 мальчиков и 59 девочек; 91 подросток был в возрасте 13-14 лет, с 9 лет они учились в общеобразовательной

школе; 14 подростков приехали из школы больницы, 13-ти из них было от 14 до 15 лет (учились там с 10 и 11), еще один с 9 лет.

Ответы

Оценки по субшкалам для SDQ не значительно отличаются от национальных норм SDQ ([http:// www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)).

Подростки, классифицированные как имеющие существенные проблемы по MFQ, имеют их и по анкетному опросу RU-OK. Имеются низкие корреляции между основными шкалами. MFQ, SDQ и эмоциональные субшкалы и субшкалы поведения RU-OK имели большие корреляции, как и ожидалось.

Мы, таким образом, выполнили стандартную статистическую 2x2 табличную скрининговую процедуру для двух областей (Уорнер, 2004), несмотря на маленький размер выборки. Используя эмоциональную субшкалу SDQ как золотое сечение, субшкала «депрессии» RU-OK дала чувствительность 17.4 % и специфичность 97 %, положительная прогнозирующая ценность составила 80 % и прогнозирующая отрицательная ценность 70 %. Доверительные интервалы широки. Сравнение с MFQ показало намного более низкую чувствительность и специфичность.

Проблемная область RU-OK «насилие к другим» сравнивалась с субшкалой поведения SDQ, чувствительность была 48 %, специфика 94 %, позитивно прогнозирующая ценность 77 % , отрицательная прогнозирующая ценность 80 %.

Шкалы с 5 пунктами были уменьшены до двух категорий. «Превосходный», «хороший» и «нормальный» были объединены в «позитивный», а «бедный» и «плохой» в «негативный».

70-80 % респондентов позитивно оценили сайт.

По центральной тенденции не было никаких различий между школой и специальной больничной школой.

Мы анализировали трафик вебсайта; за 20 месяцев с тех пор как сайт начал действовать было 18 382 посещений: 2956 человек начали работу на сайте и 640 заполнили Анкетный опрос RU-OK.

Из активностей по сайту 23 % были посвящены загрузке советов и информационных файлов и 12 % просмотру мультфильмов о депрессии, расстройствах пищевого поведения, школьных проблемах и беременности.

Среднее число, приблизительно 900 посетителей в месяц, из которых 150 начинали работу в безопасной секции сайта, содержащей анкетный опрос онлайн.

Продолжается устойчивое увеличение активности; число посетителей сайта теперь — приблизительно 730 в неделю.

Обсуждение

Исследование показывает, что ru-ok.com вебсайт был положительно оценен репрезентативной выборкой подростков в возрасте 13-14 лет.

Трафик вебсайта указывает на стабильное повышение его использования, поскольку все больше подростков узнает о существовании сайта.

Анкетный опрос самооценки показывает приемлемые корреляции с традиционными «бумаги-и-карандаша» скрининговыми опросниками.

Юношеские проблемы умственного здоровья в школе все более и более становятся признанными, и анкетные опросы могут использоваться для их скрининга (Stansfeld и другие, 2004).

Преимущество анкетного опроса RU-ОК — то, что он основан на методологии оценки потребностей; бумажная версия (Kroll и другие, 1999) имеет хорошую валидность и приемлема для работы с подростками.

Анкетный опрос RU-ОК не требует никакого итогового анализа, чтобы интерпретировать результаты или получить загружаемый совет и информацию о вмешательствах. Некоторые другие анкетные опросы могут неправильно использоваться и быть неправильно поняты (Кларк и 1999 Harrington; Уорнер, 2004). Многие также требуют подсчета баллов и интерпретации.

Недостатки этого исследования включают ограниченный возрастной диапазон подростков, участвовавших в исследовании и маленький размер выборки.

В идеале RU-ОК анкетный опрос должен быть сравнен с золотым стандартом диагностического интервью и другими номинальными наблюдательными методами с использованием большей выборки подростков.

Школы оказываются лицом перед увеличивающимися задачами первичной идентификации учеников с проблемами и поставкой приемлемого вмешательства (помощи при этих проблемах) на соответствующем уровне. Пошаговые модели заботы предлагаются для определенных состояний (National Institute for Clinical Excellence, 2004) и было бы полезно изучить далее роль скрининговых анкетных опросов и самооценки в школах, которые используют пошаговые модели заботы.

ЛИТЕРАТУРА

1. BATES, J. (1997) Retracking. Torquay: Devon Education Authority, Devon Learning Resources.
2. BOSWORTH, K., GUSTAFSON, D. H. & HAWKINS, R. P. (BARN research group) (1994) The BARN system: use and impact of adolescent health promotion via computer. *Computing and Human Behaviour*, 10, 467-482
3. BOSWORTH, K., ESPELAGE, D., DUBAY, T., et al (2000) Preliminary evaluation of a multimedia violence prevention program for adolescents. *American Journal of Health and Behavior*, 24, 268-280

4. CHRISTENSEN, H., GRIFFITHS, K. M. & JORM, A. F. (2004) Delivering interventions for depression by using the internet: a randomized controlled trial. *BMJ*, 328, 265-268.
5. CLARK, A. & HARRINGTON, R. C. (1999) On diagnosing rare disorders rarely: Appropriate use of screening instruments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 287-290.
6. COSTELLO, E. J. & ANGOLD, A. (1988) Scales to assess child and adolescent depression: checklists, screens and nets. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 726-737.
7. GOODMAN, R. (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
8. KENWRIGHT, M., MARKS, I. M., GEGA, L., et al (2004) Computer aided selfhelp for phobia/panic via internet at home: a pilot study. *British Journal of Psychiatry*, 184, 448-449.
9. KROLL, L., WOODHAM, A., ROTHWELL, J., et al (1999) The reliability of the Salford Needs Assessment Schedule for Adolescents. *Psychological Medicine*, 29, 891-902.
10. STEWART-BROWN, S., et al (1999) Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technology Assessment*, 3, 22.
11. MARKS, I. M., MATAIX-COLS, D., KENWRIGHT, M., et al. (2003) Pragmatic evaluation of computeraided self-help for anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry*, 183, 57-65.
12. McALINDON, T., FORMIC, M., KABBARA, K., et al (2003) Conducting clinical trials over the internet: feasibility study. *BMJ*, 327, 484-487.
13. NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (2004) Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. (Clinical Guideline 23). London: NICE.
14. RITTER, P., LORIG, K., LAURENT, D., et al (2004) Internet versus mailed questionnaires: A randomized comparison. *Journal of Medical Internet Research*, 6, 29.
15. SANDERS, M. R., MONTGOMERY, D. T. & BRECHMAN-TOUSSAINT, M. L. (2000) The mass media and the prevention of child behaviour problems: the evaluation of a television series to promote positive outcomes for parents and their children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 939-948.
16. STANSFELD, S. A., HAINES, M. M., HEAD, J. A., et al (2004) Ethnicity, social deprivation and psychological distress in adolescents: School-based epidemiological study in east London. *British Journal of Psychiatry*, 185, 233-238.
17. THEODOSIOU, L. & GREEN, J. (2003) Emerging challenges in using health information from the internet. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 387-396.
18. WARNER, J. (2004) Clinicians' guide to evaluating diagnostic and screening tests in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 446-454.

Б.М. Бевик, К. Труслер, Б. Малэрн, М. Бархам, Э.Дж. Хилл

Возможности и эффективность индивидуальной обратной связи на основе сети и антиалкогольного вмешательства с использованием социальных норм среди британских студентов университета: рандомизированное испытание с использованием контрольной группы

***Аннотация:** Цель исследования: избыточное употребление алкоголя среди студентов — серьезная проблема, требующая применения различных методов, в т.ч. интервенций e-здоровья. Это исследование стремилось установить эффективность электронного вмешательства на основе сети с помощью рандомизированного испытания с использованием контроля (RCT).*

***Заключение:** Поставка электронного индивидуализируемого вмешательства с применением обратной связи через Всемирную Паутину — выполнимый и потенциально эффективный метод сокращения студентами потребления алкоголя. Дальнейшее исследование необходимо, чтобы повторить этот результат в других условиях.*

***Ключевые слова:** алкоголь, e-здоровье, вмешательство, студент, социальные нормы*

1. Введение

Распространенность чрезмерного употребления алкоголя среди студенческой популяции продолжает выдвигаться на первый план (Королевский Колледж Психиатров, 2003).

Отмечаются специфические проблемы – высокий уровень тяжелого эпизодического или запойного пьянства в пределах студенческой популяции (например, White и др., 2006) и отрицательный эффект, который оно оказывает на академическую успеваемость, физическое и психологическое здоровье, а также на антиобщественное и опасное поведение (Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeuykens, & Castillo, 1994; Wechsler, Lee, Nelson, & Kuo, 2002; Ham и Hope, 2003).

Уровни злоупотребления алкоголем в течение получения высшего образования были хорошо задокументированы в США (например, Wechsler и др., 1994). Хотя исследование в Объединенном Королевстве (Великобритания) не имело широкого и последовательного распространения, отдельные обзоры первокурсников также приводят данные о высоких уровнях потребления алкоголя, 52 % мужчин и 43 % женщин-студентов пьют выше рекомендованных пределов (Gill, 2002).

Один из применяемых интервенционных подходов увеличивает интерес к привлечению обеспечения индивидуализируемой обратной связи. Программы Краткосрочного индивидуализированного вмешательства с использованием обратной связи (PFI) сосредотачиваются на потреблении алкоголя человеком и сообщают ему индивидуализируемый

уровень риска и связанную с алкоголем информацию (Larimer, Cronce, Lee и Kilner, 2004/2005; Saunders, Kypri, Walters, Laforge и Larimer, 2004; Walters и Neighbors, 2005; White, 2006).

Цель интервенций – раннее определение проблемы и есть свидетельства, что эти вмешательства вызывают сокращение употребления, а не воздержание, и они эффективны с людьми с высоким риском алкоголизации (Murphy и др., 2001). Эффективность методов PFI была установлена при использовании письменной (White и др., 2006; Murphy и др., 2004), лицом к лицу (Borsari и Carey, 2000; White и др., 2006), отправленной по почте (Collins, Carey, и Sliwinski, 2002; Walters, Беннетт, и Miller, 2000) и компьютерной обратной связи (Neighbors, Лаример, и Льюис, 2004). Хотя Walters (2000) не обнаружил существенного сокращения употребления при использовании почтового метода шесть недель спустя.

Расширяя этот метод, подход социальных норм включает использование индивидуализируемой нормативной обратной связи (часто наряду с другими интервенционными компонентами), чтобы обеспечить корректирующую информацию о фактических уровнях потребления алкоголя сверстниками (Lewis & Neighbors, 2006; Neal & Carey, 2004). Тенденция для переоценки потребления алкоголя сверстниками среди студенческой популяции была широко подтверждена (Perkins и Berkowitz, 1986) и в свете этого были развиты индивидуализируемые нормативные вмешательства с предоставлением обратной связи, которые сосредотачиваются на несоответствии между воспринятым и фактическим уровнем потребления (Agostinelli, Brown, & Miller, 1995; Neighbors et al., 2004). Эти индивидуализируемые вмешательства занимаются очевидным несоответствием, обеспечивая информацию о потреблении алкоголя человеком, относительно проанализированных норм группы, и успешно облегчают поведенческие изменения у студентов, которые пьют на высоком уровне (Walters, 2000; Льюис и Neighbors, 2006).

Однако традиционные методы обеспечения личной обратной связи и мотивационные вмешательства ограничены множеством важных условий. Например, вмешательства ограничены их доступностью и способностью скрининга широкого диапазона групп риска, также как рекрутмент может быть трудным в университетских пределах и может быть ограничен одним отделом или школой. Кроме того, вмешательства могут оказаться дорогостоящими и очень трудоемкими.

Учитывая эти проблемы, исследование веб-вмешательств начало развиваться только там, где они могли быть закончены одновременно и удобно для участника, а также без потребности в штате, который фактически бы управлял вмешательством или вручную собирал данные.

Соответственно, исследования, проводимые, главным образом, в Северной Америке и Новой Зеландии начались с изучения возможности и эффективности поставки индивидуализируемой обратной связи и интервенций социальных норм через Интернет (например, Bendsten, Johansson, & Akerlind, 2006; Chiauuzzi, Green, Lord, Thum, & Goldstein, 2005; Cunningham, Humphreys, & Koski-Jannes, 2000; Kypri et al., 2004; Linke, Brown, & Wallace, 2004; Moore, Soderquist, & Werch, 2005; Neighbors, Lewis, Bergstrom, & Larimer, 2006).

Недавний обзор web-вмешательств против алкогольной зависимости, проводимый Bewick и др. (в печати) делает вывод, что поток свидетельств об эффективности e-SBI многообещающ, но данные непоследовательны и требуются дальнейшие испытания, которыми управляют, для того, чтобы исследовать их эффективность.

Текущее исследование поэтому стремилось изучить выполнимость и эффективность электронной обратной связи и вмешательств социального нормирования алкоголя среди британских студентов в рандомизированном испытании, которым управляют (RCT).

Была выдвинута гипотеза, что это вмешательство будет уменьшать единицы алкоголя, потребляемого за прошедшую неделю, и также уменьшится число единиц, потребляемых в среднем. Исследование также стремилось исследовать гендерные различия и эффективность вмешательства у многопьющих.

2. Метод

2.1. Участники

Студентов, имеющих широкий университетский опыт (n=3075) спрашивали об их интересе в участии в исследовании, изучающем потребление алкоголя студентами, и просили зарегистрироваться. Из тех, кто зарегистрировался, случайным образом отобрали половину и пригласили принять участие в текущем исследовании (n=1075).

Предыдущее исследование показало, что потребление алкоголя уменьшается с увеличением курса и что число студентов, участвующих в высоких уровнях еженедельного потребления в этой популяции является относительно низким (приблизительно 5 %) (Bewick и др.). Поэтому, основываясь на информации, собранной при регистрации, участники были стратифицированы по полу, возрастной группе, году исследования, тому, что они сами сообщили о еженедельном потреблении алкоголя. Далее они были разделены с использованием функции случайного распределения выборки SPSS на группу, получающую интервенции (индивидуализируемая обратная связь; n=539) или контрольную (только оценка; n=536).

Текущее исследование описывает только тех участников, которые обеспечили согласие на основе полной информации и закончили данные предисследования, основанные на их собственном опыте (n=506, 47 %). Шестьдесят девять процентов участников были женского пола (n=3478), средний возраст выборки составлял 21.29 (SD 3.68). Из тех 506 участников, которые закончили оценочные предисследования (контрольная группа n=272, интервенционная группа n=234), 317 (63 %) также закончили постисследование (группа контроля n=179, интервенционная группа n=138).

2.2. Процедура

Данные были собраны с помощью электроники через два вебсайта; один для каждого экспериментального условия. Оба сайта включали одни и те же вопросы, представленные в одном и том же порядке. Связь со всеми участниками была по электронной почте, и на каждой стадии

участники получили стандартизированное сообщение, приглашающее их участвовать в исследовании. Каждое сообщение имело прямую ссылку на соответствующую веб-службу. Тем, кто первоначально не отвечал на вопросы исследования, посылали напоминание по электронной почте в еженедельных интервалах в течение двух недель (то есть, максимум 3 электронных письма в определенное время). Всем участникам сообщали, что они были в случайном порядке причислены к группе контроля (то есть проходящей только оценку) или к группе, подвергаемой вмешательству.

Данные предобзора были собраны от контрольных и интервенционных участников в 1 неделю. Немедленно после завершения предобзора интервенционные участники получили индивидуализируемую обратную связь и информацию о социальных нормах. Те, кто вошел в интервенционную группу, дополнительно получили приглашение посетить интервенционный вебсайт на 6 неделе. Участники интервенционной группы имели доступ к вебсайту в течение 12-недельного периода исследования, и не было никаких ограничений по числу посещений сайта, которые они могли сделать. На 12 неделе данные постобзора были собраны от интервенционных участников и группы контроля.

Как стимул участвовать в исследовании участники получили университетские принтер кредиты в зависимости от их уровня участия с максимальной общей суммой (150 принтер кредитов оценили в 1.50 £), даваемые людям, находящимся в интервенционной группе, тем, кто закончил пред-, серединный-, и постобзоры. Участники контрольной группы, которые закончили пред- и почтовые обзоры получили в общей сложности 100 принтер кредитов (оцененных в 1.00 £).

Те, кто входил в интервенционную группу, могли дополнительно получить доступ к интервенционному вебсайту в любое время в течение 12 недель, и это позволило им закончить вопросы об оценке и получить обратную связь в то время, которое устраивало их.

Исследование было одобрено Комитетом по Этике Leeds East NHS.

2.3. Инструменты сбора данных

Более широкое исследование включало вопросы относительно потребления алкоголя, поведения группы риска, курения сигарет и умственного (психического) здоровья, но только вопросы, соответствующие теме статьи, обсуждены здесь.

Оценка включала CAGE измерение, оценочный опросник, который широко используется как инструмент скрининга для расстройств, связанных с употреблением алкоголя (Ewing, 1984; Mayfield, McLeod, и Hall, 1974). CAGE предварительно использовался в пределах популяции студентов колледжа (например, Aertgeerts и др., 2000), он состоит из четырех пунктов: 1) Посещала ли Вас когда-либо мысль о сокращении вашего употребления алкоголя, 2) Раздражала ли Вас когда-либо критика вашего употребления алкоголя, 3) Испытывали ли Вы, когда-либо чувство вины в связи с вашим употреблением алкоголя, и 4) Выпивали ли Вы когда-либо спиртное утром.

Положительный ответ на два или большее число пунктов указывает на проблему с употреблением алкоголя.

Участников просили сообщить о среднем числе алкогольных напитков, которые они обычно употребляют в случае выпивки, и сколько алкогольных напитков они потребляли на прошлой неделе. Участникам предоставляли список общих алкогольных напитков и просили указывать, сколько из них они потребляли в пределах релевантного периода времени. Этот метод рекомендуется для использования в пределах выборок, которые потребляют алкоголь регулярно (Доусон, 2003).

Число потребляемых алкогольных напитков было преобразовано в единицы потребляемого алкоголя (1 единица = 10ml этанола). Число дней в неделю, когда этот алкоголь потребляется, было также зарегистрировано.

После получения индивидуальной обратной связи участников интервенционной группы попросили ответить на следующие утверждения, используя шкалу из пяти пунктов (от «абсолютно согласны» до «абсолютно не согласны»): «я нахожу обратную связь полезной», «я чувствую, что это уменьшит количество употребляемых напитков», «я хотел бы использовать вебсайт снова», «я чувствую, что это заставит меня думать больше о количестве алкоголя, который я употребляю», «я чувствую, что это увеличит количество алкоголя, который я пью» и «я рекомендовал бы вебсайт другу».

2.4. Индивидуализируемая обратная связь и интервенция социальных норм

Участники интервенционной группы получали обратную связь об их потреблении алкоголя и информацию о социальной норме каждый раз, когда они посещали вебсайт и закончили оценку онлайн. Индивидуализируемая обратная связь онлайн состояла из трех главных секций:

2.4.1. Обратная связь об уровне потребления алкоголя: Участникам были предоставлены утверждения, указывающие число единиц алкоголя, который они потребляли в неделю, и, связанный с этим, уровень риска для здоровья. Утверждения были стандартизированы для каждого уровня риска, и давался совет о том, должно ли личное потребление алкоголя быть уменьшено или поддержано в пределах текущих отмеченных уровней.

Число дней свободных от алкоголя было также обозначено наряду с информацией, заявляющей, что желательное иметь, по крайней мере, два свободных (от алкоголя) дня в неделю.

Утверждения, связанные с запойным поведением, были также представлены.

2.4.2. Информация о социальных нормах: Индивидуальные утверждения также были представлены и обозначали участникам процент студентов, которые сообщают о питье меньшего количества алкоголя, чем они. Относительный уровень риска вычислялся по произведенной в секции 1 обратной связи и частоте студентов в пределах каждого уровня риска. Эти данные были собраны в более раннем университетском широком обзоре, исследующем аспекты студенческой жизни в Лидсе (Audin, Дэйви, и Barkham, 2003).

Информация также давалась об отрицательных эффектах потребления алкоголя, о которых сообщали студенты, которые потребляют алкоголь в пределах той же самой категории риска.

2.4.3. Родовая информация: Обеспечивала стандартный совет относительно вычисления единиц, общие риски для здоровья высоких уровней потребления и выделенные руководящие принципы, касающиеся злоупотребления алкоголем, опубликованные в Великобритании. Информация для злоупотребляющих алкоголем и детали контакта с местными и национальными службами поддержки были также представлены.

2.5. Анализ данных

Средние и стандартные отклонения были вычислены для подсчета общего количества баллов CAGE, единиц алкоголя, потребляемых в неделю и в одном случае в периоды пред- и поствмешательства для расчета средних различий (то есть пост — минус предобзор). Весь анализ данных проводился с использованием SPSS версии 14.

Данные подсчета единиц в неделю, единиц, потребляемых за один случай, и средние различия были положительно искажены, и набор данных был преобразован прежде, чем анализ был проведен. Средние и стандартные отклонения, представленные в тексте и таблицах, основаны на преобразованных данных. Эффекты условия и времени на единицу за один случай, единицы в неделю и множество на CAGE были исследованы, используя дисперсионный анализ, с 2 путями (ANOVA). Средние различия потребления алкоголя были вычислены и ANOVA исследовал эффекты условия и пола. Эффекты статуса завершения предобзора по единицам за один случай, единицам в неделю и множество на CAGE были исследованы с использованием MANOVA.

Различия в пропорции завершивших исследование в каждой группе были исследованы с использованием хи-квадрат. Различия в числе законченных посещений сайта участниками интервенционной группы, имевшими высокие показатели CAGE, по сравнению с теми, кто имел показатели ниже, были исследованы с использованием t-тестов. Участники, имевшие количество посещений выше среднего, были сравнены с использованием MANOVA, с теми, кто имел количество посещений ниже среднего по следующим переменным: единицы, потребляемые в единичном случае, единицы, потребляемые в неделю, и общее количество баллов CAGE.

Различия в проценте от участников, которые были классифицированы как много эпизодически пьющие (то есть ≥ 5 единиц, потребляемых за один случай для женщин и ≥ 6 единиц для мужчин) в пред- и постобзоре исследовались с использованием статистического теста z-счета.

Критерий Mann-Whitney U использовался, чтобы исследовать различия в проценте от участников, обеспечивших положительную обратную связь между теми, кто закончил только пред-обзор и теми, кто закончил и пред- и постобзоры.

Кроме того, ответы участников, которые были выше по CAGE, были сравнены с теми, кто был ниже.

Для большинства пунктов «абсолютно согласен» или «согласен» ответ был классифицирован как положительная обратная связь, в то время как «не уверен», «не согласен» или «абсолютно не согласен», были классифицированы как отрицательная обратная связь.

3. Результаты

Никакие существенные различия между контрольной группой и интервенционной группой по возрасту ($t = -0.19$, $df=503$, $p=0.85$), полу ($\chi^2=0.21$, $df=1$, $p=0.65$), сообщению о числе единиц за один случай ($F=0.79$, $df=1$, 504), единиц в неделю ($F=2.59$, $df=1$, 504) или общему числу баллов CAGE ($F=0.20$, $df=1$, 504 $p=0.71$) не были найдены.

Среднее число единиц, потребляемых в течение последней недели, было 13.83 ($SD=14.61$). Тридцать один процент ($n=159$) участников сообщил о еженедельном потреблении, превышающем рекомендованные еженедельные пределы (то есть 14 единиц для женщин и 21 единица для мужчин).

Большинство студентов сообщило об употреблении алкоголя в 1-3 дня в неделю ($n=305$, 60 %), 14 % ($n=70$) сообщили об употреблении алкоголя в 4-7 дней в неделю и 26 % ($n=131$) сообщили об употреблении алкоголя менее, чем один раз в неделю.

Средний предобзор баллов CAGE был 1.69 с 279 участниками (55 %), идентифицируемых как сообщившие о высоком еженедельном уровне потребления алкоголя (то есть мужчины > 50 единиц/неделю; женщины > 35 единицы/неделю).

3.1. Потребление алкоголя

ANOVA показал существенное различие в пред- и постсреднем различии потребления алкоголя за один случай между группами ($F=5.74$, $df=1,313$, $p=0.02$), интервенционная группа показала большее уменьшение по сравнению с группой контроля. Вычисление размера эффекта на преобразованном множестве показало маленький эффект ($d=0.29$, $CI=0.07$, 0.5).

Не было никаких существенных различий для единиц алкоголя, потребляемых за один случай, от пред- к поствмешательству по полу ($F=1.62$, $df=1,313$ $p=0.20$) или любого взаимодействия между условием (т.е. принадлежностью к определенной группе) и полом ($F=1.39$, $df=1,313$, $p=0.24$).

Не было никакого существенного различия ($z = -0.95$, $p=0.34$) в пропорции участников, указавших в предобзоре на выраженное эпизодическое злоупотребление алкоголем в среднем случае (контрольная группа $n=236$, 87%; интервенционная группа $n=196$, 84%). Это различие осталось незначимым ($z=1.92$, $p=0.05$) и в постобзоре (контроль $n=146$, 82%, вмешательство $n=100$, 73 %).

Не было никаких существенных различий в единицах алкоголя, потребляемого в неделю в предобзоре ($F=0.85$, $df=1,313$, $p=0.36$). Точно так же не было никакого эффекта пола ($F=0.13$, $df=1,313$, $p=0.72$) или какой-либо связи с полом при разных условиях ($F=3.43$, $df=1,313$, $p=0.07$).

При этом не было существенных различий для пред- и постсредних различий для баллов CAGE ($F=0.17$, $df=1,313$, $p=0.68$), по полу ($F=0.73$, $df=1,313$, $p=0.39$) или любых условий, связанных с полом ($F=0.02$, $df=1,313$, $p=0.88$).

3.2. Частота посещений интервенционного вебсайта

Интервенционные участники посетили вебсайт, закончили анкетный опрос и получили индивидуализируемую обратную связь в среднем около 3 раз ($M=2.79$, $SD=1.26$).

Нет существенных различий в количестве посещений сайта участниками выше ($M=2.77$, $SD=1.20$) и ниже ($M=2.82$, $SD=1.34$) среднего CAGE ($df=232$, $t=0.29$, $p=0.77$).

Участники ниже среднего числа посещений вебсайта (то есть 3) сообщили о потреблении значительно большего количества единиц алкоголя за один случай ($M=11.63$, $SD=9.93$) по сравнению с их сверстниками, которые посетили вебсайт выше среднего ($M=8.69$, $SD=5.06$) ($F=7.99$, $df=1, 141$, $p < 0.01$).

Никакое существенное различие не было найдено относительно единиц, потребляемых в неделю ($F=0.45$, $df=1, 141$, $p=0.50$; выше $M=12.09$ $SD = 12.89$; ниже $M=13.80$, $SD=12.34$) или общего количества баллов CAGE ($F=0.13$, $df=1, 141$, $p=0.72$; выше $M=1.68$, $SD=1.11$; ниже $M=1.75$, $SD=1.09$).

3.3. Статус завершения

Никакое существенное различие не было найдено в пропорции завершивших исследование в пределах каждого условия ($\chi^2=1.87$, $df=1$, $p=0.17$).

Существенное различие обнаружено между статусом завершения и данными предобзора о единицах потребления за один случай ($F=13.78$, $df=1, 502$, $p < 0.01$). Завершившие сообщили о потреблении меньшего количества единиц за один случай ($M=9.68$, $SD=6.88$, $n=323$), чем не завершившие ($M=11.81$, $SD=9.20$, $n=183$).

Различия между статусом завершения и единицами, потребляемыми в неделю в предобзоре, были также существенны ($F=5.69$, $df=1, 502$, $p=0.02$). Завершившие потребляли меньше единиц в неделю ($M=13.03$, $SD=14.61$), чем незавершившие ($M=15.24$, $SD=14.55$).

Не было никакого существенного различия относительно Общих баллов CAGE и статусом завершения ($F=2.78$, $df=1, 502$, $p=0.10$).

3.4. Оценка участниками индивидуализируемой обратной связи

Шестьдесят три процента ($n=85$) интервенционных участников согласились, что обратная связь была очень полезна, но только 6 % ($n=8$) согласились, что она уменьшила количество выпиваемого ими. Кроме того, 46 % ($n=60$) выборки согласились, что они хотели бы использовать вебсайт снова, 53 % ($n=70$) согласились, что это заставит их думать больше о количестве, которое они пьют и 44 % ($n=58$) рекомендовали бы вебсайт другу.

Не было никаких эффектов влияния статуса завершения или пола на индивидуализируемые оценки обратной связи.

4. Обсуждение

Текущее исследование — первая оценка индивидуализируемой обратной связи на основе Сети и применения интервенции с использованием социальных норм употребления алкоголя среди студентов в пределах Великобритании.

Большое количество тех, кто выразил интерес в том, чтобы быть вовлеченным в текущее исследование, свидетельствует, что проблемы потребления алкоголя окружающими важны для британских студентов, и что онлайн-вмешательства доступны и интересны для этой популяции. e-SBI мог поэтому обеспечить выполнимый метод, привлекающий участников и обеспечивающий связанную с потреблением алкоголя информацию.

Результаты свидетельствуют, что e-SBI может быть эффективным методом сокращения потребления единиц алкоголя, по меньшей мере, в случаях единичного употребления, в пределах студенческой популяции.

В соответствии с предыдущей работой текущее исследование предполагает, что эффект индивидуализируемой обратной связи не зависит от пола (см. Walters и Neighbors, 2005).

В то время как текущее исследование нашло существенное уменьшение в единицах потребляемых в среднем случае для тех, кто участвовал в электронном интервенционном исследовании, никакого существенного изменения не было найдено для общего количества баллов CAGE или для числа единиц, потребляемых в неделю.

Сокращение единиц, потребляемых за один случай, ободряет. Идеально было бы такое вмешательство, которое должно показать сокращения всех мер потребления алкоголя. Но сокращение единиц, потребляемых в одном случае, можно было бы считать самым достижимым (и измеримым) прежде всего.

Ясно, что этот результат требует подтверждения в будущих исследованиях. Кроме того, дальнейшее исследование необходимо, чтобы понять отношения между сокращением тяжелого эпизодического пьянства и еженедельными уровнями потребления. Высокие уровни тяжелого эпизодического пьянства обеспечивают дальнейшее свидетельство того, что уровни потребления алкоголя в пределах студенческой популяции вызывают беспокойство и гарантируют развитие определенных интервенционных стратегий.

Несмотря на существенное сокращение единиц, потребляемых в среднем случае для интервенционных участников, уровни постобзора, в которых сообщают о тяжелом эпизодическом пьянстве, для обеих групп оставались высокими.

В пределах текущего исследования доступ к вебсайту могли получить интервенционные участники в любой стадии в течение интервенционного периода в 12 недель. В то время, как участники получили доступ к интервенции в течение этого периода, уровень посещений был относительно низким с медианой в 3 посещения. Обнаружение того, что те участники, которые посещали сайт более часто, имели изначально более низкие уровни потребления, требует дальнейшего исследования.

До настоящего времени есть нехватка знания о процессах, которые влияют на решение участников принять вмешательство онлайн и это область, которая извлекла бы выгоду из дальнейшего исследования. Есть также потребность в будущих исследованиях, чтобы установить уровни оптимальной индивидуализируемой частоты обратной связи и, желательно, исследовать методы увеличения уровня привлекательности (обязательности) для участников.

Необходимо включение большей пропорции студентов, потребляющих алкоголь на высоких уровнях, так как известны данные о том, что предыдущие исследования привлекли в большей пропорции потребителей, находящихся на низком уровне потребления (например, Курги и McAnally, 2005). Кроме того, те, кто пьет выше нормы CAGE для проблемного пьянства, более вероятно согласились бы, что вмешательство заставило их думать больше о том, сколько они пьют. Это предположение поддерживает то мнение, что вмешательства должны предназначаться и поощрять участие тех, кто пьет выше рекомендованных пределов.

В пределах текущего исследования не завершившие его сообщили о потреблении значительно больших единиц алкоголя в неделю и за один случай, чем завершившие, и было предварительно установлено, что участники, которые выбывают (из исследования) вообще, более тяжело пьющие (Эдвардс и Rollnick, 1997).

Не было, однако, никакого различия в нормах в разных группах и обратная связь относительно вмешательства не отличалась на значимом уровне по статусу завершения.

Дополнительно обращает внимание то, что интервенционные участники выше нормы CAGE не отличались значительным числом законченных посещений сайта по сравнению с теми их сверстниками, кто был ниже по CAGE.

Текущее исследование — первое RCT, которое оценивает антиалкогольные интервенции на основе Сети в Великобритании. Оно объединило относительно большое количество набранных участников и сохранившихся до конца, по сравнению с предыдущими исследованиями в этой области (см. Bewick и др. (в печати)). Особенно это касается рискованно пьющих, и все это делает отличный вклад в текущее понимание предмета исследования.

Однако множество ограничений нужно рассмотреть при интерпретации результатов.

Во-первых, то, что немногим менее, чем две трети участников закончили постобзор. Этот уровень окончания лучше, чем многие сопоставимые вмешательства на основе Сети. Однако, известно, что исследование включило более высокую пропорцию рискованно пьющих, чем более ранняя работа и немного более высокое падение мотивации было найдено среди потребителей высокого количества алкоголя. Эффективны ли вмешательства на основе Сети также с теми, кто потребляет чрезвычайно высокие уровни алкоголя – проблема, требующая дальнейшего внимания.

Во-вторых, использование точного метода сообщения для того, чтобы измерять потребление алкоголя «за прошлую неделю», не может обеспечить справедливое отражение привычек потребления для всех участников, так как употребление в выборке изменяется из-за внешних факторов.

Будущие исследования извлекли бы выгоду из включения отчета о потреблении алкоголя в «среднюю неделю» наряду с последним отчетом за текущую неделю.

В-третьих, как все самосообщения, точность отчета может быть подвергнута сомнению и в предыдущих работах, имеются возможные несоответствия между фактическим и предполагаемым количеством потребляемого алкоголя (Kraus и др., 2005).

Поэтому, проблемы с данными обзора означают то, что количественные результаты должны интерпретироваться с осторожностью, если используется индикатор абсолютных уровней потребления.

Наконец, текущее исследование не включало никакого продолжения и поэтому способность интервенций поддержать изменение в потреблении алкоголя за один случай в пределах интервенционной группы неизвестна.

Будущие проекты исследования извлекли бы выгоду из включения продолжения сбора данных, чтобы оценить долгосрочное воздействие e-SBI.

5. Заключение

Интервенции, описанные здесь, предоставляет поддержку эффективности и потенциалу эффективности использования вмешательств онлайн, для того, чтобы уменьшить потребление алкоголя за один случай среди британской студенческой популяции. Единицы, потребляемые в одном случае, были уменьшены, но отношения между этим фактом и еженедельным потреблением требует дальнейшего исследования.

Будущее исследование должно также стремиться исследовать, какие индивидуальные компоненты e-SBI предназначаются для каждого типа поведения и, таким образом, для понимания того, какие компоненты эффективно предназначаются для определенных аспектов алкогольного поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aertgeerts, B., Buntinx, F., Bande-Knops, C., Vandermeulen, M., Roelants, M., Ansoms, S., & Fevery, J. (2000). The value of CAGE, CUGE, and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 24(1), 53-57.
2. Agostinelli, G., Brown, J.M., Miller, W.R. (1995). Effects of normative feedback on consumption among heavy drinking college students. *Journal of Drug Education*, 25, 31-40.
3. Audin, K., Davy, J., Barkham, M. (2003). University Quality of Life and Learning (UNIQLL): An approach to student well-being, satisfaction and institutional change. *Journal of Further and Higher Education*, 27, 365-382.
4. Bendsten, P., Johansson, K., & Akerlind, I. (2006). Feasibility of an email-based electronic screening and brief intervention (e-SBI) to college students in Sweden. *Addictive Behaviors*, 31, 777-787.

5. Bewick, B.M., Trusler, K., Barkham, M., Hill, A.J., Cahill, J. and Mulhern, B. (in press). The effectiveness of web-based interventions designed to decrease alcohol consumption – a systematic review. *Preventive Medicine* doi:10.1016/j.ypmed.2008.01.005
6. Bewick, B.M., Mulhern, B., Barkham, M., Trusler, K., Hill, A.J. and Stiles, W.B. (under review). Changes in undergraduate student alcohol consumption as they progress through university.
7. Borsari, B., Carey, K.B. (2001). Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68(4), 728-733.
8. Chiauuzzi, E., Green, T.C., Lord, S., Thum, C., & Goldstein, M. (2005). My student body: A high-risk drinking prevention web site for college students. *Journal of American College Health*, 53(6), 263-273.
9. Collins, S.E., Carey, K.B., & Sliwinski, M.J. (2002). Mailed personalized normative feedback as a brief intervention for at risk college drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(4), 559-567.
10. Cunningham, J.A., Humphreys, K., Koski-Jannes, A., (2000). Providing Personalized Assessment Feedback for problem drinking on the internet: A Pilot Project. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 794-798.
11. Dawson, D.A. (2003). Methodological issues in measuring alcohol use. *Alcohol Research and Health*, 27(1), 18-29.
12. Edwards, A.G.K., & Rollnick, S. (1997). Outcome studies of brief intervention in general practice: the problem of lost subjects. *Addiction*, 92(12), 1699-1704.
13. Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.
14. Gill, J. (2002). Reported levels of alcohol consumption and binge drinking within the UK undergraduate student population over the last 25 years. *Alcohol & Alcoholism*, 1. 37(2), 109-120.
15. Ham, L.S., & Hope, D.A. (2003). College students and problematic drinking: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23, 719-759.
16. Kraus, C.L., Salazar, N.C., Mitchell, J.R., Florin, W.D., Guenther, B., Brady, D., Swartzwelder, S.H., & White, A.M. (2005). Inconsistencies between actual and estimated blood alcohol concentrations in a field study of college students: Do students really know how much they are drinking. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 29(9), 1672-76.
17. Kypri, K., & Cunningham, J.A. (in press). Self-help interventions for problem drinking.
18. Kypri, K., & McAnally, H.M. (2005). Randomized controlled trial of a web based primary care intervention for multiple health risk behaviours. *Preventive Medicine*, 41 (3-4), 761-766.
19. Kypri, K., Saunders, J.B., Williams, S.M., McGee, R.O., Langley, J.D., Cashell-Smith, M.L. & Gallagher, S.J. (2004). Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: a double blind randomized controlled trial. *Addiction* 99, 1410-1417.

20. Larimer, M.E., Crouce, J.M., Lee, C.M., & Kilner, J.R. (2004/2005). Brief interventions in college settings. *Alcohol Research and Health*, 28(2), 94-104.
21. Lewis, M.A., & Neighbors, C. (2006). Social norms approaches using descriptive drinking norms education: A review of the research on personalized normative feedback. *Journal of American College Health*, 54(4), 213-218.
22. Linke, S., Brown, A., & Wallace, P. (2004). Down your drink: A web-based intervention for people with excessive alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism*, 39(1), 29- 32.
23. Mayfield, D., McLeod, G., & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121- 1123.
24. Moore, M.J., Soderquist, J., & Werch, C., (2005). Feasibility and Efficacy of a binge drinking prevention intervention for college students delivered via the internet versus postal mail. *Journal of American College Health*, 54(10), 38-44.
25. Murphy, J.G., Benson, T.A., Vuchinich, R.E., Deskins, M.M., Eakin, D., Flood, A.M., McDevitt-Murphy, M.E & Torrealday, O. (2004). A comparison of personalized feedback for college student drinkers delivered with and without a motivational interview. *Journal of Studies in Alcohol*, 65(2), 200-203.
26. Murphy, J.G., Duchnick, J.J., Vuchinich, R.E., Davison, J.W., Karg, R.S., Olsen, R.M., Smith, A.F., & Coffey, T.T. (2001). Relative efficacy of a brief motivational intervention for college student drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 373-379.
27. Neal, D.J., & Carey, K.B. (2004). Developing discrepancy within self-regulation theory: Use of personalized normative feedback and personal strivings with heavy-drinking college students. *Addictive Behaviors*, 29, 281-297.
28. Neighbors, C., Larimer, M.E., & Lewis, M.A. (2004). Targeting misperceptions of descriptive drinking norms: Efficacy of a computer-delivered normative feedback intervention. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 72(3), 434-447.
29. Neighbors, C., Lewis, M.A., Bergstrom, R.L., & Larimer, M.E. (2006). Being controlled by normative influences: self determination as a moderator of a normative feedback alcohol intervention. *Health Psychology*, 25(5), 571-579.
30. Perkins, H.W., & Berkowitz, A.D. (1986). Perceiving the community norms of alcohol use among students: some research implications for campus alcohol education programming. *International Journal of the Addictions*, 21, 243-256.
31. Royal College of Psychiatrists (2003). The mental health of students in higher education. Council Report CR112.
32. Saunders, J.B., Kypri, K., Walters, S.T., Laforge, R.G., & Larimer, M.T. (2004). Approaches to brief intervention for hazardous drinking in young people. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 28(2), 322-329.

33. Shields, A.L. & Caruso, J.C. (2004). A reliability induction and reliability generalization study of the CAGE questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 64, 254-270.
34. Walters, S. (2000). In praise of feedback: An effective intervention for college students who are heavy drinkers. *Journal of American College Health*, 50(6), 235-238.
35. Walters, S.T., Bennett, M.E., & Miller, J.H. (2000). Reducing alcohol use on college students: a controlled trial of two brief interventions. *Journal of Drug Education* 30(3), 361-372.
36. Walters, S.T., & Neighbors, C. (2005). Feedback interventions for college alcohol misuse: What, why and for whom. *Addictive Behaviors* 30, 1168-1182.
37. Wechsler, H., Lee, J.E., Nelson, T., & Kuo, M. (2002). Underage college students drinking behaviour, Access to alcohol, and the influence of deterrence policies. *Journal of American College Health*, 50(5), 223-236.
38. Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B., & Castillo, S. (1994). Health and behavioural consequences of binge drinking in college. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1672-1677.
39. White, H.R. (2006). Reduction of alcohol-related harm on United States college campuses: The use of personal feedback interventions. *International Journal of Drug Policy*, 17, 310-319.
40. White, H.R., Morgan, T.J., Pugh, L.A., Celinska, K., Labouvie, E.W., & Pandina, R.J. (2006). Evaluating two brief substance-use interventions for mandated college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(2), 309-317.

М. Грунвалд, Д. Веземанн

Индивидуальное использование консультации онлайн для людей, с пищевыми расстройствами и их родственников: Оценка Онлайн Консультативной службы

***Аннотация:** Статья описывает независимое консультационное обслуживание онлайн для людей с расстройствами пищевого поведения и их родственников ([http:// www.ab-server.de](http://www.ab-server.de)), которое было развито врачами и психологами в Германии. Исследование было сосредоточено на следующих вопросах: (a) Каковы причины, приводящие людей искать помощь в форме консультации онлайн на ab-сервере? (b) Дает ли консультация онлайн-эффект в их понимании болезни? (c) Действует ли контакт со службой консультации онлайн как поощрение в поиске дальнейшей помощи? Следуют ли люди за данным им советом и предложениями?*

Результаты оценки показали, что люди, ищущие помощь, осознали существующие проблемы и были мотивированы онлайн-консультацией искать дальнейшую профессиональную помощь.

***Ключевые слова:** расстройство пищевого поведения; онлайн консультация; родственники; Интернет; оценка.*

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ФОН

Расстройства пищевого поведения — серьезные психологические болезни с психологическими, физическими и социальными нарушениями. Кроме того, расстройства пищевого поведения могут закончиться смертью (Sullivan, 1995; Steinhausen, 2002). Есть признаки того, что распространенность расстройств пищевого поведения увеличилась за последние десятилетия (Hoek и van Hoeken, 2003; Nielsen, 2001).

Даже с лечением прогноз все еще остается серьезным и, особенно если есть сопутствующие личностные расстройства (Garfinkel, Kennedy, и Kaplan, 1995). Это остается верным для булимии nervosa (Hay и Bacaltchuk, 2000; Wells и Sadowski, 2001) так же как для анорексии nervosa (Ben-Tovim и др., 2001; Kaplan, 2002) и трудности с классификацией усложняют оценку лечения. (Bulik, Sullivan, и Kendler, 2000; Fairburn&Harrison, 2003). Всегда есть опасность того, что расстройство пищевого поведения может развиваться в хроническую форму (Bulik, Sullivan, Fairburn и Pickering, 2000). Поэтому как можно более раннее содействие своевременному повороту к профессиональной помощи, как считается, имеет большую важность.

Однако пациенты с пищевыми расстройствами часто имеют высокий защитный порог в поиске помощи из-за особенностей болезни вместе с характерными механизмами процесса типа ощущения позора, тенденции избегать конфликтов и отрицать серьезность их состояния здоровья и патологического поведения (Bulik, и др., 2000; Wells и Sadowski, 2001). Возможно, поэтому

могут быть полезны службы, дополняющие стационарные и амбулаторные средства лечения обслуживанием, которое облегчает для пациентов поворот к профессиональной помощи и в то же самое время мотивирует пациентов. Мотивация страдающих людей к получению лечения — существенная часть вмешательства при расстройствах пищевого поведения (Fairburn и Харрисон, 2003).

Интернет создал услуги, могущие внести вклад в такое раннее вмешательство. Доступ к профессиональной помощи в Интернете позволяет тем, кто ищет помощь, контролировать ситуацию и оставаться анонимным в то же самое время. Поэтому услуги онлайн очень приемлемы: особенно для молодых пациентов (Fenichel и др., 2002). Эти специфические особенности услуг онлайн могут быть особенно оценены пациентами с расстройствами пищевого поведения.

В Интернете сообщения от пациентов с расстройством пищевого поведения их врачам доходят быстрее и о проблемах говорят более открыто (Yager, 2001). Из-за бесследно исчезнувших психологических стимулов (визуального, акустического) в Интернете коммуникация по проблемам о форме тела, привлекательности и весе облегчена, кроме того, люди сами контролируют коммуникации (Walstrom, 2000).

Ранние исследования сообщали о положительных эффектах вмешательств для расстройств пищевого поведения с использованием новых технологий (Myers, Swan-Kremeier, Wlonderlich, Ланкастер, и Митчелл, 2004). Их использование простирается от профилактических онлайн программ, применяемых, чтобы уменьшить отрицательный имидж тела у студенток (Winzelberg и др., 2000) и контактов через электронную почту как дополнения к терапии лицом к лицу для пациентов с анорексией (Yager, 2003) к терапии, основанной на электронной почте, для пациентов с булимией *nervosa* (Робинсон и Serfaty, 2001, 2003), а также поддержки для пациентов с булимией *nervosa* после госпитализации, использующей службу текстовых сообщений (Bauer, Percevic, Okon, Meermann, и Kordy, 2003).

Есть некоторые свидетельства положительных эффектов на расстройства и сокращение эмоционального напряжения у пациентов с расстройствами пищевого поведения (Zabinski, Celio, Jacobs, Manwaring, и Wilfley, 2003; Zabinski, Wilfley, Calfs, Winzelberg и Тэйлор, 2004; Winzelberg и др., 2000), на принятие дальнейшего психотерапевтического лечения (Робинсон и Serfaty, 2003), а также на изменение установок родителей пациента (Brown, Winzelburg, Abascal, и Тэйлор, 2004).

Большинство исследований были основаны на структурированных программах с когнитивно-поведенческой ориентацией и с целями, подобными обычной face-to-face терапии. Среда Интернета является подходящей для гораздо большего, чем упомянутые варианты лечения или параметры терапии (Carlbring и Andersson, 2004). По контрасту с терапией онлайн, Интернет-базируемые консультационные услуги облегчают установление первого контакта с профессиональной помощью для тех людей, которые ее ищут. Страдающие люди, так же, как те,

кто интересуется, например, венерической болезнью, могут найти информацию об этой болезни и дальнейшие варианты лечения.

Таким образом, преимущества интернета – быстрота коммуникации, свободный доступ, его использование независимо от времени и места и низкие затраты – поддерживают преодоление запретов в обращении к профессиональной помощи, чтобы получить раннее лечение хронических болезней (Doring , 2003).

В Германии консультация онлайн предлагается главным образом ассоциациями или группами самоусовершенствования и иногда частными учреждениями. Среди них Informations — und Beratungsserver fur Patienten mit Essstorungen und deren Angehorige [Информация и Консультация с Сервером для Пациентов с Расстройствами пищевого поведения и их Родственников] (<http://www.ab-server.de>) — первая профессиональная, некоммерческая консультация онлайн-сервер для расстройств пищевого поведения в Германии. Так называемый ab-сервер был основан некоммерческой организацией Deutsche Forschungsinitiative Eßstorungen e. V. (DFE e. V.) [Германская Инициатива исследований Расстройств пищевого поведения] в сотрудничестве с Клиникой Психиатрии в Университете Лейпцига, Германия.

Консультационное обслуживание онлайн предлагает пациентам с расстройствами пищевого поведения, их семьям и друзьям, также как и коллегам или другим людям, интересующимся расстройствами, связанными с едой, возможность контактировать с профессионалами через электронную почту. Это обслуживание бесплатно.

Все входящие электронные письма направляются в координационный консультационный онлайн-центр. Только содержание электронной почты передается консультанту-онлайн.

Ответ консультанта-онлайн на эту электронную почту посылается назад в консультационный координационный онлайн-центр, который передает ответ на запрос человека после «интервизии» [подразумевается профессиональное обсуждение среди коллег] и обзора консультационной командой ab-сервера Университета в Лейпциге. Эта процедура гарантирует анонимность человека, спрашивающего совет, потому что его или её адрес электронной почты остается неизвестным консультанту. Время между получением электронной почты и ответом консультанта изменяется в зависимости от его содержания. В основном, ответы не занимают больше двух дней.

Консультационная команда состоит из психологов и врачей, работающих в Университете Лейпцига, также как и внешних профессионалов (сертифицированных психологов), работающих с пациентами с пищевыми расстройствами в течение многих лет. Внешние консультанты получают плату за ответ на сообщение электронной почты.

Все консультанты онлайн ab-сервера работают в соответствии с качественными стандартами и руководящими принципами, которые описывают цель и процедуры онлайн консультации.

Ответы на запросы обеспечивают информацию о признаках и вариантах лечения пищевых расстройств. В зависимости от случая люди, имеющие расстройства пищевого поведения, будут поощряться искать дальнейшую помощь и/или подвергнуться терапии.

Ответы от консультантов не содержат никаких диагнозов.

Таким образом, консультация онлайн является дополнительным обслуживанием и не используется как долгосрочная терапия вместо обычной консультации и терапевтических методов. Обычно, коммуникация ограничена единственным контактом со спрашивающим человеком.

С 2001 года проект ab-сервера был поддержан центральной организацией немецкого страхования здоровья. Число поступающих электронных писем увеличивается каждый год. В среднем, 24 электронных письма было получено консультантами-онлайн еженедельно в 2003 году.

Исследования, сосредоточенные на пользователях консультации онлайн, в ab-сервере и на содержании приходящих электронных писем были уже опубликованы (Grunwald и

Busse, 2003; Grunwald и Wesemann, 2005). Но пока не было никаких исследований индивидуального эффекта консультации онлайн для людей с расстройствами пищевого поведения и их социального окружения.

Таким образом, это исследование стремится проанализировать, как страдающие люди и родственники оценивают индивидуальное использование и эффективность консультационного обслуживания онлайн.

Исследование сосредоточено на следующих вопросах:

(а) Каковы причины, приводящие людей искать помощь в форме консультации онлайн на ab-сервере?

(b) Дает ли консультация онлайн-эффект в их понимании болезни?

(c) Действует ли контакт со службой консультации онлайн как поощрение в поиске дальнейшей помощи? Следуют ли люди за данным им советом и предложениями?

МЕТОД

Два анкетных опроса онлайн были проведены: (а) один для родственников людей, затронутых расстройством пищевого поведения и (b) второй для людей, страдающих от расстройства пищевого поведения.

Анкетные опросы состояли из 17 пунктов в форме закрытых вопросов. Иногда больше, чем один ответ (на заданный вопрос), был возможен.

(Анкетные опросы могут быть найдены в <http://ab-server.uni-leipzig.de/fb.pdf>).

Все люди, ищущие помощь, те, кто связывался с онлайн-консультационной службой между январем 1999 и ноябрем 2003, были включены в исследование. В этом исследовании мы использовали классификацию «затронутые люди» и «родственники» как и в предыдущем

исследовании (Grunwald и Busse, 2003). «Затронутые люди» говорят о себе, что они страдают от расстройства пищевого поведения или они описывают признаки, которые указывают на клиническое или субклиническое расстройство пищевого поведения. «Родственники» — те люди, которые имеют человека с признаками расстройства пищевого поведения в их социальном окружении. Им направлялось сообщение электронной почты, которое сообщало цели исследования и содержало указание на связь с сайтом с соответствующим анкетным опросом онлайн, на который можно было бы ответить анонимно. На усмотрение людей оставалось решение о том, хотели бы они принять участие или нет. Кроме того, людям сообщали, что после ответа на анкетный опрос они должны согласиться, что их данные могут использоваться в научных целях.

Сбор данных имел место в двух фазах, в мае 2003 и в ноябре 2003. Две тысячи двести восемь из 2760 электронных писем были отправлены успешно, 1470 электронных писем от «затронутых людей» и 908 электронных писем от «родственников».

При этом 552 электронных письма не могли быть отправлены успешно из-за ошибок в адресе электронной почты или удаления адреса. Двести семьдесят три «затронутых человека» (18.6 %) и 117 «родственников» (15.9 %) ответили на анкетный опрос (n = 390).

Только те анкетные опросы, которые были полностью и правильно заполнены, были включены в анализ.

Таким образом, 325 наборов данных, 240 от «затронутых людей» и 85 от «родственников» были включены в дескриптивный анализ с использованием SPSS 10.0 (Windows).

ВЫБОРКА

Большинство (95.8 %) участников с расстройством пищевого поведения было женского пола, тогда как 43.5 % родственников являлись мужчинами. Средний возраст «затронутых» проблемой был 23.8 (ошибка 6.63).

Все эти показатели соответствовали результатам нашего предыдущего исследования (Grunwald Busse, 2003). Группа родственников больше различалась в возрасте, а также имела тенденцию к преобладанию «молодых взрослых». Средний возраст был 29.6 и 50 % родственников были 26 лет или моложе, хотя многие были людьми и в возрасте от 35 до 55 лет. Эта разнородность соответствовала особенностям группы. Преобладали мужчины — друзья/любовники/мужья (29.4 %) и женщины — друзья/подруги/жены (23.5 %), затем следовали матери (16.5 %).

Кроме того, «родственники» в этом исследовании также включали людей, которые знают «затронутых» (8.2 %), коллег (4.7 %), сестер (4.7 %) и преподавателей (2.4 %), так же, как других родственников и друзей.

Большинство «затронутых людей», принимающих участие в исследовании — те, кто сам назвал диагноз — булимия *nervosa* (70 %) и неуправляемое расстройство пищевого поведения (14.2

%). Меньшинство из таких людей описало себя как имеющих анорексию (4.6 %). Только 2.5 % ответчиков были с тучностью и 8.8 % с пищевыми расстройствами в общем.

Больше чем половина «затронутых» проблемой и две трети их родственников не обращались к профессиональной помощи прежде, чем они связались с консультационным обслуживанием онлайн. Для 55.4 % «затронутых людей» и 81.2 % «родственников» консультационное обслуживание онлайн было первым контактом с профессионалами.

Некоторые люди искали профессиональную помощь прежде, но без успеха (10.8 % «затронутых людей»; 7.1 % «родственников»). Только немногие имели опыт консультации профессионала (7.1% «затронутых людей»; 11.8 % «родственников»), тогда как 26.7 % «затронутых людей» уже проходили терапию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мотивы для Использования Консультации Онлайн

Участников просили выразить согласие с несколькими причинами мотивации по шкале, разделенной на пять градаций («абсолютно согласен», «в основном согласен», «согласен», «в основном не согласен», «абсолютно не согласен»). Следующие проценты относятся к частотам я «в основном согласен» и я «абсолютно согласен», объединенным вместе.

Быстрый обмен электронной почтой и свободный доступ были преобладающими причинами для использования онлайн-консультации, отмеченными 90.9 % «затронутых людей» и 95.1 % «родственников». 88.8 % «затронутых людей» и 90.6 % «родственников» отметили специальную компетентность по вопросам расстройств пищевого поведения консультационной команды как причину связываться с консультационным обслуживанием онлайн. Это оказалось другим существенным критерием для участников.

Анонимность была важна «родственникам» (45.8 %) и особенно «затронутым людям» (85.4 %).

Независимость от места получения консультации онлайн была существенна для 69.9 % «затронутых людей» и 60 % «родственников».

Было две других причины для большинства «затронутых людей» чтобы обратиться к консультационному обслуживанию онлайн, то, что оно бесплатно (66.2 %), и то, что они предпочли письменную форму запроса (61.2 %). «Родственники» приводили эти причины менее часто (бесплатно: 55.3 %; письменная форма запроса: 42.3 %).

Для 46.3 % «затронутых людей» и 47 % «родственников» независимость от времени была причиной связаться с онлайн-консультационным обслуживанием ab-сервера.

Изменения в течение Консультации Онлайн

Критическая цель исследования состояла в том, чтобы узнать, имела ли консультация онлайн влияние на отношение к расстройству пищевого поведения. 67.1 % «родственников» и 65.8

% «затронутых людей» заявили, что ответ, полученный в течение онлайн-консультации, заставил их думать. Другим вопросом было то, являются ли ответы, данные консультацией онлайн, приводящими к любым изменениям относительно отношения к проблеме и, если да, то какого вида изменения они вызывали.

Чаще всего «затронутые люди» отмечали то, что они получили понимание того, что они нуждаются в профессиональной помощи (31.3 %). Дальнейшие ответы были связаны с пониманием того, что они не единственные, затронутые расстройством пищевого поведения (30.0 %) и к факту того, что они поняли, что их ситуация не безнадежна (22.95).

«Родственники» упоминали те же самые проблемы со сходной частотой (понимание, что они нуждаются в профессиональной помощи: 30.6 %; понимание, что они не единственные с этой проблемой: 22.4 %; понимание, что их ситуация не безнадежна: 30.6 %).

Однако другие критерии были более важны для родственников. Контакт с консультационным обслуживанием онлайн привел к лучшему пониманию «затронутого человека» (49.4 %) и к улучшению знания болезни (48.2 %).

Вышеупомянутые проблемы менее часто упоминались в ответах «затронутых людей» (улучшение знания болезни: 22.5 %; улучшение принятия болезни: 20.8 %).

17.1 % «затронутых людей» и 14.1 % «родственников» отметили, что они были более заинтересованы в себе или в «затронутых людях» как следствие консультации онлайн.

10.4 % «затронутых» людей и 1.2 % «родственников» ощущали чувство небезопасности относительно их собственного отношения к болезни после консультации онлайн.

30.4 % «затронутых людей» и 23.5 % «родственников» не отметили никаких изменений вообще после онлайн-консультации.

Фактические Действия как следствие Консультации Онлайн

Чтобы оценить качество и полезность онлайн-консультации очень важно знать, могли ли люди, запрашивающие помощь, быть мотивированы к любым действиям консультацией онлайн. Поэтому мы спрашивали в анкетном опросе, были ли люди поощрены консультацией онлайн, чтобы искать далее помощи и обращаться к другим ресурсам для получения большей информации.

«Затронутые люди» выражали наиболее часто желание смотреть другие источники для получения дополнительной информации о болезни (27.9 %) и поиска врачей/терапии (27.1 %) как следствие консультации онлайн. Точно так же родственники утверждали, что искали больше информации относительно болезни (30.6 %) и относительно врачей и средств терапии (24.7 %). Дополнительно многие «затронутые люди» (21.7 %) также искали информацию об альтернативных вариантах терапии после онлайн-консультации. Менее часто «затронутые люди» (15.8 %) и «родственники» (21.2 %) искали группу самоусовершенствования или консультативный центр. 4.6 % «затронутых людей» и 4.7 % «родственников» искали группу

самоусовершенствования для себя и 12.9 % «родственников» искали ее для «затронутого человека». 32.1 % «затронутых людей» и 37.6 % «родственников» дали отрицательный ответ на этот вопрос.

Относительно фактических действий как последствий онлайн консультаций «затронутые люди» ответили чаще всего, что они были поощрены говорить с их родителями, друзьями и родственниками (32.1 %), а «родственники» к тому, чтобы говорить с «затронутым человеком» (52.9 %).

Улучшение копинга (возможности справляться с болезнью) было другим последствием консультации-онлайн для 24.6 % «затронутых людей» и 29.4 % «родственников».

В отличие от «родственников» были «затронутые люди», поощренные искать дальнейшую профессиональную помощь и входить в контакт с другими «затронутыми людьми». Двадцать процентов «затронутых людей» и только 5.9 % «родственников» утверждали, что готовы обратиться к терапии в результате консультации онлайн. 10.8 % «затронутых людей» и 7.1 % «родственников» сказали, что они обратились за консультацией в центр. 3.8 % «затронутых людей» изменили терапию и 2.1 % «затронутых людей» сменили их врача после консультации онлайн. 12.9 % «затронутых людей» и только 3.5 % «родственников» присоединились к интернет-форуму по их проблеме. Кроме того 3.5 % «родственников» были поощрены присоединиться к группе самоусовершенствования. Для 34.6 % «затронутых людей» и 29.4 % «родственников» консультация онлайн не имела никакого влияния на их поведение.

Мы спросили пользователей относительно их текущего использования профессиональной помощи.

Двадцать семь процентов «затронутых» проблемой, согласно их утверждениям, принимали участие в амбулаторной терапии, 1.7 % в стационарном лечении, маленькая часть ждала места в терапии (5.4 %), 7.9 % прервали терапию и 3.9 % утверждали, что были членами группы самоусовершенствования.

Примерно одна треть заявила, что они не участвовали ни в какой форме профессиональной помощи (32.1 %). 9.6 % «затронутых людей» описали себя как вылеченных. Некоторые дополнительные комментарии помогают понять, что стоит за этими утверждениями: «У меня есть чувство того, что я больше не больной, несмотря на приступы булимии», «Я управляю этим самостоятельно. Симптомы ушли!» и «Я имею новые вещи в моей жизни, я недавно стала матерью».

ОБСУЖДЕНИЕ

Цель исследования состояла в том, чтобы изучить переменные индивидуального использования консультации онлайн для людей, затронутых расстройством пищевого поведения, и их родственников с использованием анкетного опроса онлайн среди пользователей онлайн-консультационной службы.

Преобладающая пользовательская группа консультации онлайн — подростки и молодые взрослые. Большинство родственников — мужчины друзья/партнеры (29.4 %) и женщины друзья/партнеры (23.5 %) «затронутых людей». Таким образом, выборка пользователей консультационного обслуживания онлайн соответствовала предыдущему анализу поступающих электронных писем (Grunwald Busse, 2003).

Один критический результат исследования — это то, что большинство (55.4 % «затронутых людей» и 81.2 % «родственников») сказали, что они не обращались к профессиональной помощи во время контакта с консультацией онлайн. Это означает, что люди, которые обращаются к консультационному обслуживанию ab-сервера, не были охвачены любыми другими интервенционными услугами прежде этого времени.

Эти первые контакты с профессионалами были поддержаны характерными преимуществами вмешательства онлайн (легким и быстрым доступом, поддерживающим анонимность), а также специальной компетентностью консультационной команды онлайн.

Ответчики сообщили, что в результате консультации онлайн преобладают положительные эффекты. Результаты не легко сравнить с предыдущими исследованиями в интернет-терапии или консультирования через электронную почту, потому что они отличаются отчетливо по планированию, выборке и методу.

Вообще, эффекты, о которых сообщают — относительно новый способ справиться с болезнью или с человеком, затронутым болезнью, сокращение эмоционального напряжения и увеличенное принятие болезни родственниками соответствует результатам предыдущих исследований (Brown и др., 2004; Winzelberg и др., 2000; Zabinski и др., 2003).

Кроме того, большой процент «затронутых проблемой» респондентов (31.3 %) получили сведения о потребности в поиске дальнейшей профессиональной помощи после консультации онлайн. Робинсон и Serfaty (2003) опубликовали подобные результаты анализа относительно терапии онлайн булимией nervosa посредством электронной почты.

Этот анализ показал, что 53 % участников исследования 1 примут дальнейшую терапию лицом к лицу, 26 % предпочитают продолжать терапию онлайн, тогда как 29 % участников испытали профессиональную помощь прежде.

Результаты этого исследования показывают, что даже нечастые контакты с консультационным обслуживанием онлайн могут быть достаточны, чтобы увеличить мотивацию среди затронутых проблемой людей, чтобы подвергнуться дальнейшему профессиональному лечению.

Дополнительно респонденты указали на другие эффекты консультации онлайн, которые говорят о развитии их собственного потенциала самоусовершенствования.

Они включают сюда улучшенное знание болезни (22.5 % «затронутых людей»; 48.2 % «родственников»), увеличение мотивации поиска для получения дополнительной информации о

болезни (27.9 % «затронутых людей»; 30.6 % «родственников») и частые беседы о болезни в их социальном окружении (32.1 % «затронутых людей»; 52.9 % «родственников»).

Из результатов можно сделать вывод, что пользователи консультационного обслуживания онлайн ab-сервера – особенно те, что не имели какого-либо опыта относительно профессиональной помощи – получили поощрение продолжить что-то делать с их болезнью. Поэтому консультационное обслуживание онлайн с его определенными особенностями может служить первым шагом в разрешении проблем, связанных с расстройствами пищевого поведения.

Из-за маленькой выборки и ее разнородности более детальные исследования эффектов консультации онлайн должны сосредоточиться, среди всего прочего, на различных ситуациях, в который люди ищут помощи, при различных формах расстройств пищевого поведения или на числе контактов. Одна значимая причина для низкого числа возвращения выполненных обзоров частично касается задержки времени между непосредственной консультацией и сопровождающим ее анкетным опросом. Консультации проведены между январем 1998 и ноябрем 2003. Полные возвращения обзора после более длительного времени (1998-2001) были ниже, чем тогда, когда промежуток времени был короче. Эта задержка, конечно, также ответственна за тот факт, что 25 % (N = 552) случаев больше не были достижимыми по тому адресу электронной почты, который они первоначально обеспечили. Поэтому должно быть отмечено, что промежуток времени между консультацией и опросом не должен превышать более 4-6 месяцев в будущих исследованиях.

Другой фактор, давший низкий процент возвращения обзоров, можно объяснить фактом того, что онлайн-консультативное обслуживание, прежде всего, используется людьми с большей потребностью и желанием анонимности. Эти люди весьма возможно не желают участвовать в продолжающейся коммуникации с экспертами. Возможно, те «затронутые люди», которые приняли участие в обзоре, в основном, имеют активное отношение к болезни.

В результате этих методологических ограничений и низкого качества выборки результаты существующего обзора должны интерпретироваться с осторожностью.

В будущем изученные и вышеупомянутые методологические недостатки будут исправлены, и данные будут систематически собраны в целях оценки консультации онлайн. Каждый человек, задающий вопрос, который согласен принять участие в научном исследовании, будет автоматически получать обзор после четырех недель. Ожидается, что в этом случае будет возможно объединить результаты будущих исследований консультации онлайн для лиц, затронутых расстройствами пищевого поведения, и их родственников с существующими самым точным путем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bauer, S., Percevic, R., Okon, E., Meermann, R., & Kordy, H. (2003). Use of text messaging in the aftercare of patients with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 11, 279–290.

2. Ben-Tovim, D. I., Walker, K., Gilchrist, P., Freeman, R., Kalucy, R., & Esterman, A. (2001). Outcome in patients with eating disorders: A 5-year study. *The Lancet*, 357, 1254–1257.
3. Brown, J. B., Winzelberg, A. J., Abascal, L. B., & Taylor, C. B. (2004). An evaluation of an internet-delivered eating disorder prevention program for adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 35, 290–296.
4. Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2000). An empirical study of the classification of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 886–895.
5. Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., & Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: Eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 139–147.
6. Doering, N. (2003). *Sozialpsychologie des Internet* (2nd ed.). Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe.
7. Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 261, 407–416.
8. Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., Meunier, V., & Walkers-Schmucker, W. (2002). Myths and realities of online clinical work. *Cyberpsychol & Behavior*, 5, 481–497.
9. Garfinkel, P. E., Kennedy, S. H., & Kaplan, A. S. (1995). Views on classification and diagnosis of eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 445–456.
10. Grunwald, M., & Busse, J. C. (2003). Online consulting service for eating disorders—analysis and perspectives. *Computer in Human Behaviour*, 19, 469–477.
11. Grunwald, M., & Wesemann, D. (2005). Online-Beratung bei Essstörungen. *Analysen zu Nutzergruppen und Inhalten. Psychiatrische Praxis*, 32, 1–7.
12. Hay, P. J., & Bacaltchuk, J. (2000). Clinical review: Bulimia nervosa. *British Medical Journal*, 323, 33–37.
13. Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383–396.
14. Kaplan, A. S. (2002). Psychological treatments for anorexia nervosa: A review of published studies and promising new directions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 235–242.
15. Myers, T. C., Swan-Kremeier, L., Wonderlich, S., Lancaster, K., & Mitchell, J. E. (2004). The use of alternative delivery systems and new technologies in the treatment of patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 123–143.
16. Nielsen, S. (2001). Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 201–214.
17. Robinson, P., & Serfaty, M. (2003). Computers, e-mail, and therapy in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 210–221.
18. Robinson, P., & Serfaty, M. (2001). The use of e-mail in the identification of bulimia nervosa and its treatment. *European Eating Disorders Review*, 9, 182–193.

19. Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284–1293.
20. Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073–1074.
21. Walstrom, M. K. (2000). You know, who's the thinnest?: Combating surveillance and creating safety in coping with eating disorders online. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 761–783.
22. Wells, L. A., & Sadowski, C. A. (2001). Bulimia nervosa: an update and treatment recommendations. *Current Opinion in Pediatrics*, 13, 591–597.
23. Winzelberg, A. J., Eppstein, D., Eldredge, K. L., Wilfley, D., Dasmahapatra, R., Dev, P., & Taylor, C. B. (2000). Effectiveness of an internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 346–350.
24. Yager, J. (2003). E-mail therapy for anorexia nervosa: Prospects and limitations. *European Eating Disorders Review*, 11, 198–209.
25. Yager, J. (2001). E-mail as therapeutic adjunct in the outpatient treatment of anorexia nervosa: Illustrative case material and discussion of the issues. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 125–138.
26. Zabinski, M. F., Wilfley, D. E., Calfas, K. J., Winzelberg, A. J., & Taylor, C. B. (2004). An interactive psychoeducational intervention for women at risk of developing an eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 914–919.
27. Zabinski, M. F., Celio, A. A., Jacobs, M. J., Manwaring, J., & Wilfley, D. E. (2003). Internet-based prevention of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 183–197.

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

Эффективно ли психологическое консультирование онлайн? Дискуссия на портале «Профессионалы.ру»¹²

Виктор Меновщиков (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 7 июня 2009 в 11:58

До сих пор от друзей и уважаемых коллег нам приходится слышать: «Не очень-то я верю в психотерапию в сети» или «Никакой психотерапии в сети нет, есть только область общих советов». Гораздо более радикально звучат утверждения о том, что интернет вообще вреден, прежде всего для наших детей...

Ссылка на конференцию: <http://professionali.ru/Topic/14217268>

Ответы (96)

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 17 июня 2009 в 11:26

Коллеги! Прошу всех, кто уже вошел в мою группу высказать свое мнение!

С уважением, Виктор Меновщиков

[Марина Бушуева](#) (Владелец, Транспортная компания "Скарлет", Практикующий психолог, психотерапевт, гипнолог.), 11 августа 2009 в 03:05

Вот все из-за Вас :))) Эффективно, эффективно, книжки, семинары..:) Вот сама сомневалась на эту тему - спорила и сама же и согласилась на это. Все - на книжку одна ночь! Хорошо хоть не на китайском :) Не далее как сегодня получила из другой страны просьбу о помощи, но так как буду там только в сентябре, а ситуации "горящая" и попросила хорошая знакомая - ввязалась в эту авантюру. А там сложная конфликтная ситуация в семье с кучей действующих лиц. Ну, посмотрим как пойдет. По окончании обязуюсь написать отчет о результатах и мои впечатления. Для консультаций будет использоваться скайп и электронная почта.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 11 августа 2009 в 08:33

Марина, если будет необходимость, можете со мной связываться и до окончания этой работы, т.е. в процессе... Может быть чем-то буду полезен. Напоминаю мой адрес helpletter@mail.ru

[Марина Бушуева](#) (Владелец, Транспортная компания "Скарлет", Практикующий психолог, психотерапевт, гипнолог.), 11 августа 2009 в 21:11

Виктор, спасибо. Все записала.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 11 августа 2009 в 22:11

Удачи!

[Маштакова Лариса](#) (Психолог, ККПНД), 11 июня 2010 в 17:25

Здравствуйте. Я чувствую, что интернет-консультирование необходимо людям. Мы можем много рассуждать об этом, взвешивая все плюсы и минусы, в то время, как в мире есть люди, которым необходима помощь такого рода и есть люди, которые могут эту помощь оказать качественно. Моё увлечение этим видом консультирования началось случайно. Я проконсультировала в режиме он-лайн свою подругу, потом другую, потом подругу подруги. Я вижу, это работает. Он-лайн консультации так же эффективны, как и другие виды психотерапии или психокоррекции, тогда, когда человек готов решать проблему. Поэтому я уверена, что этот вид консультирования станет востребованным в ближайшем будущем. Хотелось бы побольше узнать об этом виде помощи, я пока что новичок

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 22 июня 2010 в 19:32

¹² Орфография участников дискуссии сохранена

Лариса, в октябре в МГППУ проходит мой курс "Психологическое консультирование в интернет".
Приходите!

[Гриценко Ольга](#) (пси-портал Город Мастеров http-on-line.ru, психолог, тренер, арт-терапевт), 18 июня 2009 в 00:10

У меня есть некоторый опыт консультирования в сети. Скорее, разового и краткосрочного. Я чувствую потенциал в этом формате.

Конечно, консультации в режиме реального времени, на мой взгляд, более эффективны, чем переписка. Но она тоже работает. Сложнее консультанту, поскольку часть информации - невербалка скрыта. Хотя, веб-камера в определенной степени эту проблему решает. С другой стороны, та же веб-камера снижает степень открытости (в частности, для людей, которые боятся огласки - для них гораздо проще выйти в контакт под ником без лица, голоса и тому подобных личных признаков).

Вообще, ситуация с он-лайн консультированием мне напоминает историю с созданием групповой терапии. Изначально к группам отношение было скептическим. Дескать, дань моде. Психоанализ для бедных. Некий суррогат в угоду законам рынка.

Через время оказалось, что группа - это просто другой формат психотерапии. Не лучше и не хуже индивидуальной. У него есть свои особенности. Есть моменты, которые невозможно достичь в индивидуальной работе. Сама группа становится терапевтическим ресурсом. Это открыло новый виток в развитии психотерапии. Думаю, у консультирования в сети тоже есть свои особенности и достоинства. Как минимум, удобство, экономия времени, безопасность.

Спасибо за тему, Виктор.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 18 июня 2009 в 08:12

Ольга, спасибо за ваши комментарии. На самом деле я постоянно сталкиваюсь со скептицизмом и отторжением психологического консультирования в сети. Причем как в академической, так и в психотерапевтической среде. Ваш пример с группами напомнил мне другую историю - с телефонным консультированием. Оно также прошло путь от отторжения до принятия и широчайшего распространения.

С наилучшими пожеланиями, Виктор.

[Вячеслав Ильин](#) (Психолог-консультант и терапевт, Виртуальный психологический центр РЕСУРС), 19 июня 2009 в 13:33

Скептицизм - вещь естественная. Но приведённые в начале "аргументы" скептиков не являются аргументами вообще. Это обобщения, генерализации и проекции в чистом виде. "Не верю" - чаще всего означает "не пробовал", "никакой психотерапии в сети нет" - означает, вероятно, "я не умею этого делать в сети". :)

Правомерно задаваться вопросом - какие приёмы терапии и консультирования пригодны в сети, какие малоприспособлены, а какие невозможны.

Я лично в своей практике, как личных встреч, так и в интернете, всё четче осознаю пользу именно консультирования, как жанра помощи. Когда умеешь делать глубинные изменения, психотерапию - какое-то время можешь быть очарованным этой "магией". А жанр консультирования кажется бедным.

Но этот жанр как раз подходит к тем клиентам, которые не готовы к большой открытости, которые хотят советов, а "магические пассы" психологического эксперимента, тонкости диалога их пугают.

Слишком глубокая работа может впечатлить, но даже после объяснения остаётся недоумение "что это было и зачем?"

Консультирование - это жанр, более бережный к границам клиента, в каком-то смысле. И его можно осуществлять по переписке, тем более через видеозвонок.

А элементы психотерапии в интернет-общении вполне возможны. Смены ролевых позиций, терапевтический диалог, рефрейминг, фокусировка, поддержка, фрустрация, метафоры.

Сложнее всего, почти невозможно - при переписке - удерживать клиента в контакте с переживаниями, которых он избегает. Можно разве что дать инструкцию, например "попробуйте какое-то время бояться, не избегая страха" или "попробуйте минут пять грустить, просто грустить".

Но сможет ли клиент сам сделать это - от терапевта зависит мало.

При переписке нет возможности замечать изменения на лету, но можно замечать динамику изменений в тексте письма.

Сложнее всего в интернет-консультациях удержать баланс затрат обеих сторон. Есть довольно большой спрос на бесплатную удалённую (с минимальным контактом) помощь, например по ICQ. Для консультанта это очень энергоёмко. В рекламных целях - малоэффективно. По переписке на спецфорумах - меньше временные затраты, но и эффективность ниже. Ценность публичных консультаций по переписке в первую очередь - просветительская - для читателей, а во вторую очередь - консультативная и терапевтическая для автора темы.

А на тему: " интернет вообще вреден, прежде всего для наших детей." - на мой взгляд интернет не более вреден, чем телевизор.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 19 июня 2009 в 13:44

Слава, большое спасибо за развернутое сообщение!

Солидарен практически со всем сказанным. На мой взгляд, действительно нуждается в экспериментальном исследовании следующая тема: "Сложнее всего, почти невозможно - при переписке - удерживать клиента в контакте с переживаниями, которых он избегает. Можно разве что дать инструкцию, например "попробуйте какое-то время бояться, не избегая страха" или "попробуйте минут пять грустить, просто грустить".

Но сможет ли клиент сам сделать это - от терапевта зависит мало".

Предполагаю, что и в данном случае и от терапевта что-то "зависит". Будем искать...

[Елена Панькова](#) (директор Центра профессионального мастерства), 27 июня 2009 в 12:15

Спасибо за приглашение высказаться по теме он-лайн консультирования.

Несмотря на свойственную мне критичность ко многому в психологии (или около нее) психотерапия в сети (или консультирование) скепсиса, не вызывает. Считаю, что даже видеоряд не нужен, так как вносит больше искажений и отвлечений, чем дает информации. Высказанное слово гораздо более информативно и точно, если уже найдено. Мало того, предполагаю даже вариант смс-терапии :)). Во всяком случае, на уровне психологической поддержки - очень хорошо иногда работает (правда, с уже знакомыми людьми -мой опыт). В отличие от очного консультирования и терапии имеет даже ряд преимуществ: время для обдумывания ответа, краткость текста и его избирательность, требования к наиболее точному использованию слова и более пристального "вслушивания" в ответ. Быстрота современного эпистолярного жанра позволяет в случае "включенного диалога" быть в одном эмоциональном поле и чувствовать изменения в нем, оказывая помощь. Мне нравится экономичность этого вида взаимодействия, в отличие от "засоренности и зашумленности" консультирования при встрече, в которую привносятся стереотипы обычной коммуникации,

Вероятно, будущее - за сочетанием одного и другого, оптимальным для каждого отдельного случая.

Конечно, требования к профессионализму консультанта сохраняются, а может быть, и возрастают. Предполагаю, что для непрофессионалов этот "кусочек" покажется лакомым на недолгое время и надеюсь, что профанация этого вида помощи не успеет произойти. :) Хотя "блажен, кто верует. "

Если же говорить даже об интернет-зависимости, а не об интернете как средстве, то это, пожалуй, меньшее зло, чем алкоголь и наркотики.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 27 июня 2009 в 12:58

Елена, спасибо за развернутый комментарий! Было бы интересно, если бы привели какой-нибудь пример с СМС.

И еще, обратил особое внимание на вот этот ваш абзац: "Конечно, требования к профессионализму консультанта сохраняются, а может быть, и возрастают. Предполагаю, что для непрофессионалов этот "кусочек"

покажется лакомым на недолгое время и надеюсь, что профанация этого вида помощи не успеет произойти. :) Хотя "блажен, кто верует. "

Считаю, что, в том числе, мы сами в Сети Интернет, чтобы профессионализма становилось все больше!

[Елена Панькова](#) (директор Центра профессионального мастерства), 27 июня 2009 в 14:55

Да, конечно. Но, к сожалению, даже на этом портале - такое встречается.. :) И даже у некоторых ведущих психологические группы здесь, к сожалению. Имею дикие примеры. А пример с смс пока в числе ноу-хау, не хочется публиковать :)

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 27 июня 2009 в 22:07

ОК! Сам по себе портал только техническая оболочка. Содержание портала создают сами люди. Надеюсь у нас получится с профессиональным содержанием.

Удачи!

[Елена Панькова](#) (директор Центра профессионального мастерства), 27 июня 2009 в 22:17

Абсолютно согласна.

Взаимно!

[Ksenia Kovalenko](#) (Директор проекта NeoMaster Dj's.), 2 августа 2009 в 00:12

Меня больше всего привлекает консультация-онлайн с точки зрения людей, которые живут удаленно от больших населенных пунктов, но при этом уже имею возможность выхода в интернет. И вот они попадают под категорию людей, которые никакой возможности не имеют встретиться с психологом, но у них так же есть свои личностные неразрешенные проблемы. И вот тут приходит психолог, который может своим ответом в письме просто навести их на мысль хотя бы, чтобы тот сделал первый шаг к решению задачи. Понятное дело, что консультация приобретает «советовательный» стиль, хотя это больше относится к разным журнальчикам и разделу «ответы на ваши письма». Онлайн консультация должна все таки приобретать форму диалога, и наводить на мысль, а не давать советы. Другой вопрос о том, кто называет себя психотерапевтом и насколько он профессионал, как уже писалось выше. Но непрофессионалы встречаются и в частной практике, поэтому считать это особенностью будет неправильно. Но в целом – это положительное направление в оказании поддержки.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 2 августа 2009 в 22:54

Спасибо, Ксения, за ваше мнение. Особенно созвучны две вещи: 1) "Онлайн консультация должна все таки приобретать форму диалога, и наводить на мысль, а не давать советы. 2) Другой вопрос о том, кто называет себя психотерапевтом и насколько он профессионал, как уже писалось выше. Но непрофессионалы встречаются и в частной (т.е. очной) практике, поэтому считать это особенностью (онлайн консультирования) будет неправильно.

[Галина Педич](#) (преподаватель, нет компании), 14 августа 2009 в 13:09

А можно узнать? Насколько я поняла, что в on-line или в частной психотерапии, психотерапевт вообще не даёт советы, а даёт направление, наводит на мысль, а человек сам уже выбирает. Это не только в on-line.

А насчёт психотерапии в сети, я как преподаватель иностранных языков, считаю это дело нужным. Не у каждого человека есть возможность доехать до психотерапевта. И ещё могут быть экстренные случаи, когда помощь нужна срочно

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 14 августа 2009 в 13:14

Галина, онлайн консультирование, на мой взгляд, сейчас фактически как раз переполнено советами. И это, в основном, непрофессиональный подход! Как конкретно вести работу, надеюсь узнаете на моем тренинге в октябре! (напоминаю, не только для вас - НАЧАЛО 2 ОКТЯБРЯ, запись уже идет). И спасибо за то, что сразу включились в обсуждение!

[Людмила Козлова](#) (психолог-консультант online), 19 августа 2009 в 21:46

Виктор, возможно переполненность советами обусловлена тем что клиенты приходят именно за советом. А в сети соблазн потакать желанию клиента выше.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 19 августа 2009 в 23:00

Клиенты, Людмила почти всегда приходят за советом, независимо от вида консультирования. Тоже самое встречал и в очной практике и в телефонном консультировании. На мой взгляд, большее значение имеет установка самого консультанта. Это он считает, что кроме дачи совета ничего сделать нельзя. Или сознательно ведет переписку в сети только за тем, чтобы пригласить клиента на очную, платную консультацию.

[Ирина Первышина](#) (Фрилансер), 28 октября 2009 в 02:03

Я согласна с тем, что в первую очередь on-line несет в себе просветительную функцию. В наше время очень много направлений, подходов, парадигм, в которых работают психотерапевты, и простому "обывателю" очень трудно разобраться, кто именно ему нужен... Да и что говорить, многие просто не различают психолога от психотерапевта или психиатра.

В нашей стране еще не "модно" иметь психолога, и лучше иметь друга, которому можно выговориться и поплакаться. Во-вторых, on-line помогает снять напряжение и дать понять, что друг остается другом, а квалифицированная помощь намного полезнее.

В-третьих, интересует вопрос о мотивации, что Вы думаете? Может ли она быть в форме домашнего задания и насколько эффективна?

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 28 октября 2009 в 12:38

Ирина, спасибо за то, что включились в обсуждение. Вы вопрос кому задаете? И что это значит: "Может ли она быть в форме домашнего задания и насколько эффективна?" Что вы имеете в виду?

[Ирина Первышина](#) (Фрилансер), 28 октября 2009 в 17:59

В первую очередь Вам Виктор, так как Вы в основном даете обратную связь. Но это не исключает других участников.

Я предполагаю, что некоторые люди из интереса, любопытства обращаются в on-line консультирование. Так как это бесплатно (в теории мотивацией служат деньги, правда не только) меня волнует вопрос, что движет людьми? Я знаю, что некоторые дают тесты, логоанализ и т.д. И возможно, эти задания выполняют люди мотивированные?

И конечно хотела услышать, как работают другие!

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 28 октября 2009 в 20:16

Да, Ирина, теперь вопрос понятен. Конечно, часть людей в России обращается к психологу онлайн из любопытства и благодаря бесплатности большей части предложений. Однако, в интернете есть и очень серьезные обращения, людей находящихся в кризисной ситуации и очень мотивированных на получение профессиональной помощи. Их не нужно ничем дополнительно мотивировать (никакими тестами). Кстати, все больше психологов, работающих в интернете профессионально, делают свои услуги платными для клиента. На западе для многих эта область уже мало отличается от очного консультирования. Просто мы отстали на десятки лет... Постепенно наверстываем!

[Ирина Первышина](#) (Фрилансер), 28 октября 2009 в 20:53

Благодарю за тему. Мои "темные пятна" начинают исчезать, прочитав мнения участников.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 13 декабря 2009 в 11:41

28-29.11.09 в Москве состоялась конференция "Психотерапия в эпоху интернет". Смотрите http://community.livejournal.com/sodrujestvo_psy/2863.html#cutid1

[Николай Смирнов](#) (Самозанятое лицо), 5 февраля 2010 в 00:40

Я работаю не совсем традиционными методами на стыке психологии и то, что некоторые называют „магией“, хотя если честно „магией“, является даже банальное приготовление обеда. За последние несколько месяцев я понял - за работой через сеть будущее. Со всеми, кто ко мне обращался до сих пор общаюсь, все довольны и ведут новых клиентов

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 5 февраля 2010 в 08:04

Добрый день, Николай! Еще несколько лет назад, я встречал только критику в свой адрес по поводу консультирования и психотерапии в интернет - типа: "ерундой, вы Виктор Юрьевич занимаетесь". А позавчера

выступал на семинаре, посвященном консультированию подростков посредством интернет. И это в государственной организации! Так что, ваши прогнозы похоже начинают сбываться :)

[Николай Смирнов](#) (Самозанятое лицо), 5 февраля 2010 в 10:48

Сейчас с помощью майл агента или скайпа можно в телефонном режиме разговаривать с любой точкой мира.

Так что разницы нет никакой сидит человек напротив или в другом городе

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 5 февраля 2010 в 20:53

Точно, Николай! Я и мои коллеги уже так делаем :)

Надеюсь скоро все психологи, да и не психологи тоже будут знать об этих новых возможностях :)

[Оксана Ковальчук](#) (Владелец, Психологический центр "Gestalt"), 11 февраля 2010 в 10:11

Добрый день, уважаемые..думаю и коллеги и не коллеги! Для меня было очень важно увидеть точки зрения на данную тему..добавить практически нечего..

Только хотелось бы обратиться к группе вот с каким вопросом: насколько эффективно бесплатное психологическое консультирование? Как в инете так и в режиме он-лайн.

Виктор ваши слова о терапевте.."сознательно ведет переписку в сети только за тем, чтобы пригласить клиента на очную, платную консультацию" для меня прозвучали несколько неоднозначно.

Я отношу себя к тем терапевтам, которые в ряде случаев сознательно ведут переписку с целью приглашения клиента на платную консультацию. . Это плохо?

Согласна с Вячеславом, что интернет-консультации могут содержать элементы психотерапии, но уверена, что психокоррекция в режиме он-лайн невозможна.

И я уверена, что за любую работу надо платить.

Бесплатные он-лайн-консультации для меня - возможность получения опыта, самореклама. В данном случае клиент платит мне (начинающему в этой отрасли специалисту) своим доверием, своими отзывами (если работа была эффективна) или критикой (если не эффективна).

Как только я решу, что мне достаточно опыта - я их прекращу, за исключением случаев, когда мой альтруизм поднимет голову.

Как думаете вы?

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 11 февраля 2010 в 18:41

Оксана, приветствую! Я бы не стал использовать маркеры типа "плохо-хорошо". Есть и то и другое и это факт...

А что вы имеете в виду под термином психокоррекция, в данном случае?

[Ольга Иванова](#) (Преподаватель, аспирант, Воронежский Государственный Университет), 18 марта 2010 в 13:55

Добрый день,Виктор!Вот прочла вашу книгу "Психологическая помощь в сети Интернет".Всегда была против этого, но услышав ваш доклад на конференции в октябре 2009 года,согласилась,что лучше консультировать будут профессионалы,а не шарлатаны,которые не только отбирают наш хлеб,но и опускают ещё ниже и без того шаткое положение психологии в сознании российских клиентов.В связи с тем,что в данный момент моя главная роль-роль мамочки 1,5 месячного ребёнка,читала вашу книгу на прогулках в лесу среди сплетничающих мамашек или в лучшем случае читающих глянец.Было забавно. Для меня это первый островок в море непонятного и неясного.Спасибо за то,что познакомили с новым для меня направлением деятельности,которое,возможно,станет моим новым "профессиональным интересом" (по крайней мере на данный момент для меня это возможность не уходить совсем из профессии на 2-3 года).С другой стороны,открывается куча уже конкретизированных вопросов,которые задать не кому, т.к. никто из моих учителей или коллег не занимается подобным видом консультирования.Например,исходя из вашего опыта,с чего стоит начать лучше: с самостоятельного консультирования или всё же прибегнуть к какой-нибудь интернет-организации с лицензиями и т.д. и пытаться быть её представителем-сотрудником?и ещё:опять же,исходя из вашего личного опыта, с чего стоит начинать:с консультирования по Skype(т.е. видео и аудио каналы связи и

коммуникации будут в деле) или же по эл.почте и ICQ?Спасибо заранее.Больше с этими сомнениями обратиться не к кому))))))

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 18 марта 2010 в 19:32

Ольга, считаю надо начать с обучения. Рекомендую мой курс в МГППУ :)

[Ольга Иванова](#) (Преподаватель, аспирант, Воронежский Государственный Университет), 18 марта 2010 в 20:39

да,но ребёнок меня не отпустит в МГППУ))))))вы же сами где-то учились?и неужели все,кто сейчас имеет опыт онлайн консультирования (из профессиональных психологов) получили специальное образование?посоветуйте хотя бы тогда книги.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 20 марта 2010 в 06:35

Ольга, вот это и вызывает большой вопрос. Как люди, которые не имеют никакой специальной подготовки, берутся работать в интернет-консультировании? Есть, конечно, и здесь успешные психологи, которых дополнительно учить, только портить (примерно так звучит русская поговорка).

Однако проведенное нами исследование показало, что более 50% выборки психологов, работающих в сети, делает это непрофессионально! И, по-видимому, не помогают, а вредят клиентам! Какая уж тут эффективность консультирования? А читать, конечно, можете :) Моя книга размещена на сайте Флогистон. Ру

С уважением, Виктор Меновщиков.

[Ольга Иванова](#) (Преподаватель, аспирант, Воронежский Государственный Университет), 22 марта 2010 в 17:12

спасибо.значит пока буду непрофессионалом.

[Ольга Иванова](#) (Преподаватель, аспирант, Воронежский Государственный Университет), 22 марта 2010 в 22:56

А ещё,как я поняла из вашего ответа,альтернатива непрофессионализму в сети-учиться у вас в МГППУ или читать ваши книги.Неужели все те,кто оставлял комментарии в данной теме,это делали?Или фото выдает мой возраст и заставляет относиться,как к студентке.....(это не вопрос).

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 23 марта 2010 в 10:24

Ольга, конечно альтернатива не единственная! Из тех, кто включен в мою группу на Профessionалах, только небольшая часть у меня училась или проходит супервизию.

Большинство знакомо с моими книгами...

Речь то, ведь идет не о вас персонально! Простите, если чем-то вас задел :)

Я просто уверен в том, что прежде чем начинать работать в интернет-консультировании любому психологу необходимо пройти соответствующее обучение. Как и при входе в любую другую практику! А предложил, я вам участие в моем курсе, только потому что, в апреле он может состояться. То есть дата близка...Если, вы не можете учиться в МГППУ по объективным причинам, можно ведь найти и другие варианты. Было бы желание!

А систему обучения и сертификации специалистов-консультантов онлайн мы будем планомерно выстраивать!!!

С уважением, Виктор Юрьевич.

[Ольга Иванова](#) (Преподаватель, аспирант, Воронежский Государственный Университет), 23 марта 2010 в 11:04

Спасибо за разъяснение своей позиции.Не собираюсь конфронтровать.Хотелось бы дружить))))))Я человек ответственный и серьёзный,поэтому понимаю всю сложность вопроса о сертификации.буду искать варианты дистанционного обучения.Пока для меня это выход (если найду что-то подобное).Хотелось бы создать какое-то "региональное отделение интернет-психологов" в своём городе.ну,это так,в качестве идеи и перспективы сотрудничества.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 23 марта 2010 в 15:28

Ольга, к сотрудничеству готов :)

А как вы себе представляете дистанционное обучение? Идея по моему здравая! Тоже задумался над тем, как это можно внедрить в жизнь...

[Ольга Иванова](#) (Преподаватель, аспирант, Воронежский Государственный Университет), 23 марта 2010 в 20:41

для начала надо найти,кто бы мог предоставить дистанционное обучение.буду штурмовать инет с этой целью.а так дистанционное обучение не новость.многие люди,например,с ограниченными возможностями его получают по разным специальностям.обучаются с помощью компьютера.а ещё в последнее время модным стало проводить видео-тренинге.меня постоянно приглашают поучаствовать.эту идею тоже можно использовать.вот один из таких примеров<http://www.yburlan.ru/forum/traininggroup.php>

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 25 марта 2010 в 10:25

Я предлагаю нам с вами организовать обучение через интернет. Поскольку для меня это будет практически первый опыт, оплату предлагаю назначить минимальную. Как вам такое предложение?

[Ольга Иванова](#) (Преподаватель, аспирант, Воронежский Государственный Университет), 25 марта 2010 в 15:37

что такое минимальная оплата для вас?и надо бы продумать,сколько часов,какое время,по скайпу или письменно и т.д.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 25 марта 2010 в 16:22

Давайте, Ольга, все обсуждать по эл. почте helpletter@mail.ru

Напишите мне.

Уверен найдем взаимоприемлемый вариант :)

[Ольга Иванова](#) (Преподаватель, аспирант, Воронежский Государственный Университет), 9 апреля 2010 в 17:37

Писала вам,но ответа нет((((Может заняты были созданием федерации

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 9 апреля 2010 в 20:50

Ольга, письма вашего не получал! Попробуйте еще раз. Запросите, если вы на мэйл.ру , подтверждение прочтения.

С уважением, Виктор.

[Елена Пятницкая](#) (доцент кафедры практической психологии в Балашовском институте Саратовского государственного университета им. Н.Г. Чернышевского), 15 апреля 2010 в 22:05

Спасибо Виктор за предоставленную возможность обсудить интересующие вопросы онлайн консультирования. Считаю онлайн консультирование как минимум имеющим право на существование. Многие наши коллеги подчеркивают недостатки данной формы работы с клиентом, но ведь есть и достоинства. У клиента меньше психологических барьеров, возникающих в момент обращения к специалисту, это удобно, так как можно найти удобное время на беседу со специалистом. Кроме того, мне кажется это главное, есть огромная разница между сказанными клиентом словами и написанными. Прописывая свою проблему, клиент уже работает над ней, анализирует ситуацию самостоятельно. У него есть возможность свободно выражать свои эмоции, не стесняясь присутствия специалиста. Обращаясь повторно к переписке, особенно к значимым элементам, клиент может опять же имеет возможность отреагировать то, что «осталось за кадром». Возможно, пройдет немало времени и клиент поймет то, что не мог понять во время переписки. Опять же плюс возможности перечитать написанное. У очных клиентов такой возможности нет.

Консультирующий онлайн специалист может дать очень многое, но если он действительно специалист! Да и еще раз да терапии в сети!

А дистанционное обучение, или хотя бы дистанционные супервизии просто необходимы!

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 18 апреля 2010 в 19:48

Спасибо, Елена!

А вы о своем личном опыте говорите (как консультанта)?

[Елена Пятницкая](#) (доцент кафедры практической психологии в Балашовском институте Саратовского государственного университета им. Н.Г. Чернышевского), 18 апреля 2010 в 21:47

Да я говорила о собственном опыте, правда опыт консультирования онлайн у меня весьма скромный, я только начала осваивать эту сферу деятельности, но элемент письменной речи на очном консультировании я использовала довольно часто, на основании чего могу сказать о эффекте использования прописывания проблемы. Возможность повторного прочтения и осмысления дает клиенту возможность серьезно продвинуться в осознании своей проблемы.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 19 апреля 2010 в 15:24

Елена, спасибо за ответ. Может быть опишите ваш скромный опыт в нашем электронном журнале? Правила оформления статей есть в нашей группе на Профessionалах.ру

[Елена Пятницкая](#) (доцент кафедры практической психологии в Балашовском институте Саратовского государственного университета им. Н.Г. Чернышевского), 19 апреля 2010 в 17:57

Спасибо за предложение, я обязательно его обдумаю и опишу личный опыт, но не гарантирую скорейший результат, т.к. для меня это должен быть обдуманный и взвешенный шаг, не хочу "пустых" статей. Любая статья должна быть в первую очередь содержательной!

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 19 апреля 2010 в 21:36

ОК! Жду.

[Тарас В](#) (Фрилансер), 5 июня 2010 в 17:45

Непреренно возможно. Но.Насчёт психотерапии много оговорок. Прямо вот чтобы терапия - очень сложно. Это будет не специфичным, Представляется мало эффективным и очень трудным.

Для консультирования куда больше возможностей и простора. Это может быть как предварительная консультация для выявления запроса на психотерапию, так и непосредственно сама консультация.

Большинство людей обратившихся к психологу, на самом деле не настолько сильно нарушены(как они обычно склонны думать), чтобы нуждаться в психотерапии. Зачастую, хватает достаточно чётко сформулировать запрос и определить проблему, чтобы человек сам начал движение в нужном направлении. И тут, мне кажется, перед самим специалистом стоит задача - границы и его компетентность в сфере оказания психологической помощи. И два вопроса соответственно.

1. Компетентность.

2. Границы.

Вот на данный момент ищущу на эти вопросы ответы.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 5 июня 2010 в 22:19

Приветствую вас Тарас и вашу заинтересованность :)

Будем искать ответы вместе.

[Александр Молярук](#) (психология-счастья.рф /мастерская-тренинговых-технологий.рф), 2 июля 2010 в 17:30

Господа психологи (НЕ тренеры) пожите тему оживить Вашими умными советами, живыми умами и добрыми сердцами: <http://professionali.ru/Post/22829687>

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 3 июля 2010 в 22:59

Александр, приветствую! Вышел второй номер журнала с вашей статьей :)

[Александр Молярук](#) (психология-счастья.рф /мастерская-тренинговых-технологий.рф), 4 июля 2010 в 16:33

Виктор спасибо! Сейчас зайду на сайт скачаю. Но вопросы пока никто не прислал :)

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 5 июля 2010 в 16:18

Какие вопросы?

[Александр Молярук](#) (психология-счастья.рф /мастерская-тренинговых-технологий.рф), 5 июля 2010 в 12:18

Виктор, ссылка на сайт НЕ работает, можете по почте переслать выпуск журнала № 2?

[Ирина Рязанова](#) (психолог, Центр экстренной психологической помощи МЧС России), 15 июля 2010 в 14:17

Здравствуйте, Тарас!

Позвольте мне высказать свою точку зрения на этот вопрос.

Для начала я бы хотела остановиться отдельно на том, как я понимаю разницу между психотерапией и консультированием, поскольку это существенное основание для вывода о возможности ее использования в работе онлайн.

Консультирование - это работа, ориентированная на поиск РЕШЕНИЯ конкретной проблемы клиента, осуществляемая им совместно с терапевтом. Она предполагает поиск ресурсов клиента, с помощью которых он сможет после окончания консультирования самостоятельно решить поставленные задачи. Консультирование часто связано с передачей информации, расширением горизонтов видения и совместным поиском СРЕДСТВ для достижения поставленной цели. Клиент может тренировать с консультантом какие-то навыки, пробовать новые модели поведения и т.п., но обязательным остается одно - хорошее консультирование ведет к укреплению автономии человека.

Психотерапия в первую очередь нацелена не на решение, а на ПРОЦЕСС. Она направлена на помощь человеку в той части его жизни, где он испытывает страдание в связи с персональными дефицитами и не может прийти к "хорошей жизни". Темы ПТ скорее про внутренний мир человека, про раскрытие его способностей и исцеление его ранений. ПТ больше нацелена на глубокие пласты переживаний. Проблемные поведенческие аспекты часто служат поводом для обращения за помощью. Но в ПТ они, хотя и находятся в поле зрения, но скорее остаются на заднем плане. На переднем плане в ПТ - ПРОЦЕСС ПЕРЕРАБОТКИ ПЕРЕЖИВАНИЙ И СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ, которые рассматриваются как причина страданий клиента. В терапии автономность клиента гораздо меньше. Он зависит от психотерапевтических отношений, которые становятся одним из ведущих факторов успешной ПТ.

Основываясь на моем двухлетнем опыте регулярной работы в международном интернет-ресурсе, с уверенностью могу сказать, что психотерапией МОЖНО заниматься через интернет. Безусловно, в этой работе есть обязательные ограничения - Вы совершенно правы, говоря о РАМКАХ и КОМПЕТЕНТНОСТИ - хотя бы в том, чтобы не работать с ЛР. Но если речь идет о сохранной личности, имеющей проблемы, такая работа возможна, и у меня есть примеры завершенных процессов.

Исходя из приведенного выше различия между консультированием и терапией, могу сказать, что главным фактором для использования ПТ он-лайн является способность психотерапевта устанавливать с клиентом надежные и безопасные отношения, обеспечивающие достаточный уровень доверия, который позволяет клиенту говорить о своих переживаниях и сложном биографическом опыте.

[Марго Моторо](#) (самозанятое лицо), 3 июля 2010 в 14:03

Желание обратиться к Тарасу: "Насчёт психотерапии много оговорок. Прямо вот чтобы терапия - очень сложно. Это будет не специфичным, Представляется мало эффективным и очень трудным."..

Вы правы терапия это трудно, но именно она и эффективна, и если к вам пришли, значит у вашего пациента появилось стойкое желание получить ответ на свои вопросы.

Поэтой шире..., шире..., а главное глубже тогда и таких высказываний будет меньше. Удачи.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 3 июля 2010 в 23:11

Маргарита, а правильно ли я понимаю, что вы то, психотерапию через интернет практикуете?

[Марго Моторо](#) (самозанятое лицо), 4 июля 2010 в 00:17

в онлайн консультациях вряд ли может присутствовать психотерапия, но когда обратившиеся к вам слышат, читают ваш ответ, они сами стараются попасть на приём, если пациент находится в отдалённом месте, т.е. Китай, ОАЭ, Индия, то мы включаемся в работу по скайпу. У меня достаточный опыт работы в онлайн консультациях. Результатами довольны две стороны.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 4 июля 2010 в 11:38

Маргарита, то есть: 1) психотерапия вряд ли возможна только через текст (электронную почту, чат)?

2)но она вами проводится через СКАЙП, т.е. видеоконференцию?

Правильно?

Или по СКАЙПУ тоже не психотерапия, а консультация?

[Александр Молярук](#) (психология-счастья.рф /мастерская-тренинговых-технологий.рф), 5 июля 2010 в 12:23

Может сначала разведем понятия: терапия и консультация?

Или это одно и то же?

На мой взгляд, консультация - это 5 шаговая модель: факты/мысли/чувства/ желания/действия - модель поиска альтернативных вариантов.

Терапия начинается тогда, когда прямо на сеансе идут изменения.

Так вот в режиме скайп - Психолог: " а теперь закройте глаза и слушайте мой голос, одновременно прислушиваясь к собственным ощущениям и в то время как одна часть вашего я продолжает слушать меня, другая, мудрая часть вашего сознания....." - это консультация? или терапия?

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 5 июля 2010 в 16:44

Александр, похоже наши представления об этих процессах близки. В вашем примере, на мой взгляд, описывается психотерапия. А вы реально так с клиентами делаете через СКАЙП?

[Александр Молярук](#) (психология-счастья.рф /мастерская-тренинговых-технологий.рф), 6 июля 2010 в 04:16

Да! А раньше, когда на телефоне доверия работал - при ночных звонках на "Не могу заснуть" предлагал прилечь, трубку отпустить и положить рядом с ухом, "мягко прикрыть глаза...и. Вы сейчас на облаке и тело мягко проваливается в ..." через минут 5 в трубке начинало звучать мерное посапывание или откровенный храп.

Можно же и мягче работать: "представьте себя в месте, в котором Вам всегда хорошо...." Воображение - это приглашение к мягким и быстрым (экологичным) изменениям.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 6 июля 2010 в 10:06

Александр, очень интересно! Предлагаю в следующей вашей статье описать этот опыт!

[Александр Молярук](#) (психология-счастья.рф /мастерская-тренинговых-технологий.рф), 6 июля 2010 в 16:53

У меня не научный язык, по-моему я не дотягиваю до уровня материалов Вашего журнала.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 6 июля 2010 в 17:36

Для того, чтобы журнал был действительно научно-практическим и создана рубрика "из личного опыта". В ней ваш материал смотрится (читается) вполне органично. Откровенно слабые, действительно не дотягивающие материалы, мы не публикуем!

[Александра Ставрова](#) (Психолог, "Областной центр Семья"), 13 июля 2010 в 18:44

пожалуйста поделитесь очень интересный опыт !

[Александр Молярук](#) (психология-счастья.рф /мастерская-тренинговых-технологий.рф), 14 июля 2010 в 04:02

Постараюсь - времени в обрез! Хотя я люблю больше личные встречи. Многие уходят в он-лайн, потому что имеют мало клиентов.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 14 июля 2010 в 18:55

Александр, а я принципиально - за сочетание и возможность выбора! Если кому-то удобнее консультироваться или консультировать очно - пожалуйста, удобнее - онлайн - тоже хотелось бы, чтобы не было никаких сложностей и с этим! С уважением :)

[Тамара Нестерова](#) (Профессиональный автор, в т. ч. поздравления в стихах на заказ: vip-zakaz-stihov.ru), 24 июля 2010 в 15:15

Для некоторых это единственный способ высказаться и получить помощь, не считая телефона доверия.

Моё мнение - просто необходимо, чтобы у любого человека была возможность получить консультацию онлайн.

[Андрей Ким](#) (Бизнес консультант, бизнес-тренер, коуч), 4 сентября 2010 в 19:00

Имею опыт психологического консультирования по переписке,

И вот какие особенности отметил ..

Описывая свою ситуацию, как правило клиенты очень тщательно прорабатывают текст, делают это ответственно и старательно. Далее с этим текстом легко работать, так как есть возможность еще раз перечитать очищенный от излишних эмоций текст. Отвечая на дополнительные вопросы, клиент так же тщательно прорабатывает каждый ответ, чем значительно помогает и облегчает работу.

Но в этом случае многое зависит от навыков клиента в передаче информации, ну а если учесть что не все готовы быстро и легко работать с клавиатурой, то для многих этот процесс не представляется возможным. То есть, когда речь идет о срочных ситуациях, состоящих из множества слагаемых, консультирование по переписке может быть громоздким и неэффективным и даже опасным процессом.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 5 сентября 2010 в 17:58

Андрей, спасибо за ваши комментарии!

[Андрей Ким](#) (Бизнес консультант, бизнес-тренер, коуч), 5 сентября 2010 в 18:00

Всегда рад интересному диалогу.

Спасибо Вам за интересную тему !

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 5 сентября 2010 в 18:03

Вступайте в нашу группу :)

[Андрей Ким](#) (Бизнес консультант, бизнес-тренер, коуч), 5 сентября 2010 в 18:04

С удовольствием !

Только где ? Я редко бываю на этом ресурсе..

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 5 сентября 2010 в 18:05

Вот ссылка на нашу группу <http://professional.ru/GroupInfo/6167>

[Андрей Ким](#) (Бизнес консультант, бизнес-тренер, коуч), 5 сентября 2010 в 18:06

Спасибо !

[Ирина Матвеева](#) (Самозанятое лицо), 11 ноября 2010 в 22:28

Очень рада, что нашла Ваше сообщество! Моя задумка -оказывать психологическую помощь он лайн имеет такое приятное продолжение.

Об эффективности консультирования для клиентов можно судить по отзывам клиентов, вероятно. Об эффективности консультирования для психологов можно судить по количеству клиентов и размеру доходов от этого направления.

Я обнаружила, что есть люди, нуждающиеся в такой психологической помощи, открыла сайт и работаю как коуч, получаю второе высшее образование как гештальт-терапевт.

Уверена, что это будет эффективно и для меня, и для моих клиентов:).

[Иван Карнаух](#) (Создатель сообществ: Пси-фактор.Взгляд; Типология на работе и дома; Профорентация взрослых и детей; HR-911.), 28 декабря 2010 в 11:57

Виктор!

Противники он-лайн консультирования приводят в качестве доказательства факт отсутствия живого контакта с Клиентом, с которым трудно не согласиться.

Считаю, что без знания личности Клиента он-лайн консультирование рискует, не успев начаться, закончиться первой же встречей.

Поделюсь своим опытом дистанционного консультирования (более 300 чел. за пять лет):

1. Чтобы оказать существенную помощь Клиенту, требуется не менее 4-5 коуч-сессий. Первая встреча должна показать свою эффективность сразу же.

2. Важные моменты, которые необходимо знать психологу на "другом конце провода:

а). Выясните, не находится ли Клиент в фазе затяжного невроза (без знания медицинской психологии этого не определить)

б). Поскольку у вас нет живого контакта, который бы вам предоставил 80% столь необходимой о Клиенте информации, то стоит определить психотип Клиента. Даже в случае неверного определения, вы сможете узнать много важной информации о личности Клиента. Мне лично помогает в типировании визуальный контакт через вэб-камеру, на что уходит 10 минут времени, а также просмотр почерка клиента (фото-стоп в Скайпе). Знание психотипа позволяет определить "самое слабое звено" в личности Клиента, работа над которым с первой же сессии позволяет существенно повысить качество консультации.

3. И, наконец, еще один важный вывод. Клиенты, обращаясь ко мне, желают добиться новых (повышенных) целей. Я же предупреждаю, что без параллельной работы по тренировке "рефлекса цели" эффективность может быть нулевой. Как правило, люди с развитым рефлексом цели к коучам не обращаются.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 28 декабря 2010 в 12:35

Иван, спасибо! Вы поднимаете важную тему.

Я опять возвращаюсь мыслью к вашей статье в нашем журнале. Может быть осуществим это в новом году?

[Иван Карнаух](#) (Создатель сообществ: Пси-фактор.Взгляд; Типология на работе и дома; Профорентация взрослых и детей; HR-911.), 28 декабря 2010 в 12:50

Виктор!

С удовольствием. Начну писать.

Вопрос. Как относятся психотерапевты-клиницисты к тому, что психологи консультируют по интернету? Нет ли пьедесталомании, подобной той, с которой я столкнулся много лет назад. Тогда врачи смотрели на психологов, как на врагов народа, говоря, что после их консультаций невозможно вытащить больных из глубочайшего невроза.

Почему я об этом спрашиваю, т.к. отчасти с ними согласен. Ко мне приходят психологи за советом, что делать дальше с клиентом? А клиента давно надо было бы переправить в "Сосновый бор" (наша клиника неврозов)

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 29 декабря 2010 в 07:59

Иван, среди моих знакомых разные психологи и разные клиницисты-психотерапевты :)

Соответственно и отношение разное...

Лично я, как психолог, с последними сотрудничаю. И, понимая, что это не мой клиент (в т.ч. не интернетовский клиент) просто рекомендую ему соответствующего специалиста. Кстати, я сам врач, по первому образованию :)

Видимо, одна из задач подготовки психологов-консультантов - обучение их дифференциальной диагностике, пониманию с чем и как нужно и можно работать, а с чем не работать :)

Еще раз с новым годом! Я уезжаю в отпуск и не буду в сети до середины января.

[Иван Карнаух](#) (Создатель сообществ: Пси-фактор.Взгляд; Типология на работе и дома; Профорентация взрослых и детей; HR-911.), 29 декабря 2010 в 08:28

Виктор! Вот теперь я понял, почему я понимаю вас. Врач в психологии, это больше, чем просто психолог:

Хорошего отдыха!

[Наталья Пашукова](#) (Директор в консультационно-тренинговый центр "Мотив"), 16 января в 17:42

Виктор, здравствуйте, большое спасибо за очень интересную тему. Хотела бы высказать мнение от своего лица, в качестве клиента. У меня была очень сложная ситуация в жизни и я однажды воспользовалась консультацией в виде банальной переписки по почте. И лично мне такая переписка очень помогла. "Консультация-переписка", называйте как хотите, была платная. Некоторые подробности: мы переписывались 2 раза в неделю в течение 4-х недель. Время консультации было, в принципе, неограниченно, конечно, в разумных пределах. Но переписка длилась в среднем по 60 минут, такой режим сложился сам собой, хотя, наверное, психотерапевт регулировал этот момент. Конечно, мне повезло, я общалась с профессионалом. Но и у меня была очень высокая мотивация и я включилась в процесс со всей ответственностью.:))). Я бы не тратила время и свои эмоции, если бы не чувствовала, что мне это

помогает. Может быть у меня была ситуация, подходящая для такого вида помощи (мне было необходимо, чтобы мне помогли посмотреть на ситуацию объективно). Результат был однозначно. Выше было сообщение о том, что клиенты пишут более вдумчиво, чем говорят при очной встрече. Опять же - это одновременно и минус и плюс, конечно. Но подтверждаю, как клиент - это так. Сам процесс написания текста, конкретно в моем случае, уже имел эффект: я разбиралась в ситуации, пока писала. Я считаю, что слово имеет большую силу - как говорят, словом можно ранить на всю жизнь, а можно и спасти, поддержать. Хорошая книга или хороший фильм тоже имеет терапевтический эффект. Другой вопрос - как корректно называть такой вид помощи с точки зрения профессионалов... консультативно-психотерапевтическая помощь или как-то иначе. И, конечно, такой вид помощи должен иметь под собой определенный соответствующий инструментарий. Наверное, не для всяких случаев подойдет, не для всяких клиентов... но это уже отработка деталей. Я считаю, что имеют право на жизнь разные формы консультирования. Да и такой вид консультирования "прорывается" и "приживается" независимо от отношения к нему. Это тоже о чем-то говорит... Главное, чтобы за ними стояли профессионалы.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 18 января в 15:46

Наталия, большое спасибо за ваше сообщение!

Только я не совсем понял как конкретно вы вели переписку?

Через что? Это был синхронный чат?

[Наталия Пашукова](#) (Директор в консультационно-тренинговый центр "Мотив"), 18 января в 19:45

Здравствуйте, Виктор, мы переписывались по обычной почте. Я писала сообщение, отправляла ему, потом он мне отвечал. Так примерно в течение часа, иногда чуть больше. Между вопросами и ответами были некоторые паузы.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 19 января в 06:47

Да, интересно :)

Под обычной почтой вы имеете в виду, видимо, e-mail?

Просто я под обычной почтой еще недавно понимал письма, запакованные в бумажные конверты и брошенные в почтовый ящик :)

Кстати, в середине 90-х я использовал именно такую почту для работы с клиентами...

[Наталия Пашукова](#) (Директор в консультационно-тренинговый центр "Мотив"), 19 января в 14:44

да, конечно, e-mail:))) Если бы почта с бумажными конвертами могла бы в течение часа доставлять письма туда и обратно...:))) было бы здорово!

Но я вполне могу себе представить и в такой вид помощи. Когда пишешь - выговариваешься, думаешь... такой ведь инструмент существует в терапии. Просто это другая форма. Конечно, вербалики нет - это минус... но просто это надо, наверное, учитывать. У такого вида консультирования, наверняка, есть ряд других преимуществ.

[Виктор Меновщиков](#) (Президент, Федерация Психологов-Консультантов Онлайн), 19 января в 20:15

Это точно :)

ИНФОРМАЦИЯ

О проведении конференции «Психологическая помощь социально-незащищенным личностям с использованием дистанционных технологий (интернет-консультирование и дистанционное обучение)», 24-25 февраля 2011 г.

Целью конференции является обсуждение, анализ и выработка рекомендаций по психологической помощи социально незащищенным категориям населения (людям с ограниченными возможностями здоровья, ВИЧ-инфицированным и т.д.), в том числе людям, попавшим в сложную жизненную ситуацию (лицам с аддиктивным поведением, заключенным и т.п.), с использованием современных дистанционных технологий (телефонного и интернет-консультирования).

Основные направления работы конференции

- **Интернет-консультирование:** Психологическое консультирование социально-незащищенных категорий населения, ограниченных в получении психологической помощи (теория, методология, организация служб помощи дистанционно).
- **Интернет-телефония:** Адаптация зарубежного опыта дистантного консультирования и психотерапии (кризисная помощь, консультирование по телефону и через интернет).
- **Дистанционное обучение:** Технологии дистанционного обучения и консультирования социально незащищенных и маргинальных слоев населения; проблемы и перспективы развития психологической помощи с использованием дистанционных технологий (обучение консультантов, супервизия, эффективность различных подходов).
- **Интернет-зависимость:** Взаимодействия в системе «человек – компьютер», «человек – интернет»; интернет-аддикции и новые возможности развития личности детей и взрослых.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

Сопредседатели:

Айсмонтас Б.Б., к. п. н., декан факультета дистанционного обучения МГППУ

Меновщиков В.Ю., к. псих. н., президент Федерации Психологов-Консультантов Онлайн

Члены оргкомитета:

Войскунский А.Е., к. пс. н., заведующий лабораторией «Психологические проблемы информатизации», МГУ, заместитель директора по научной работе Института когнитивных исследований Российского научного центра «Курчатовский институт»

Коттл Т., докторант Политехнического университета, штат Вирджиния, США.

Рюмин В.Г., академик Российской академии социального образования, главный психотерапевт Пермского края.

Каджастиров А.Ю., к. псих. н., заведующий сектором дистанционного консультирования «Детский телефон доверия» ЦЭПП МГППУ

К участию в конференции приглашаются практические психологи и психотерапевты, сотрудники и студенты МГППУ и других вузов, представители Департамента образования и Департамента семейной и молодежной политики города Москвы, представители общественных и некоммерческих организаций.

В рамках конференции проводится первое ежегодное собрание членов Федерации Психологов-Консультантов Онлайн.

На конференции планируются телемосты с представителями научных и психологических организаций США, Израиля, Германии.

Заявки на участие в конференции принимаются до 21 февраля 2011 г. на электронный адрес: helpletter@mail.ru

Форма заявки на участие в конференции находится в Приложении 1.

Электронная регистрация: http://agora.guru.ru/display.php?conf=psy_help_online-2011

Принимаются заявки на выступления и проведение круглых столов и мастер-классов.

Статьи для публикации в сборнике конференции принимаются до 15 февраля 2011 г. на электронный адрес: helpletter@mail.ru. Требования к оформлению печатных материалов находятся в Приложении 2.

Предполагается интернет-трансляция отдельных мероприятий:
www.do.mgppu.ru/translation.

Организационный взнос за участие в конференции не предусмотрен.

Место проведения конференции: Москва, ул. Сретенка, д. 29 (м. Сухаревская).

Дополнительную информацию о конференции можно получить у представителей организационного комитета: тел. (495) 632-99-83, E-mail: helpletter@mail.ru

Заявка на участие в конференции

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СОЦИАЛЬНО НЕЗАЩИЩЕННЫМ ЛИЦАМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (интернет-консультирование и дистанционное обучение)

Регистрационная форма

1. ФИО
2. Название организации (полностью)
3. Адрес организации
4. Должность
5. Ученая степень, научное звание
6. E-mail
7. Контактный телефон
8. Способ участия:
 - очно
 - дистанционно
9. Форма участия:
 - слушатель
 - докладчик без публикации
 - докладчик с публикацией (ведущий мастер-класса)
10. Название доклада (мастер-класса)
11. Оборудование, необходимое для выступления:
 - флип-чарт
 - мультимедийный проектор
 - другое

Формат имени файла со сведениями об авторе: фамилия докладчика, например: «Иванов.doc».

Требования к оформлению статей

Формат: MS Word.

Параметры страницы: формат А4, поля 2,5 см со всех сторон, межстрочный интервал одинарный, абзацный отступ – 1,25см.

Шрифт: кегль 14, тип Times New Roman.

Оформление текста: название статьи печатается прописными буквами, шрифт – жирный, выравнивание по центру. Ниже через двойной интервал строчными буквами – инициалы и фамилия автора(ов). На следующей строке – полное название организации и город, после отступа в 2 интервала – текст.

Оформление иллюстративных материалов: названия и номера рисунков указываются под рисунками, названия и номера таблиц – над таблицами. Таблицы, схемы, рисунки, формулы, графики не должны выходить за пределы полей; желательно присылать их в графических форматах, а не в Word. Цветовое решение всех иллюстративных материалов – черно-белое.

Оформление библиографических ссылок: номера литературных источников помещаются в квадратные скобки, список составляется в алфавитном порядке.

Формат имени файла с текстом статьи: номер направления_фамилия автора (авторов), например: «направление 1_Иванов.doc».

Программа повышения квалификации по курсу «Психологическое консультирование в Интернет» в МГППУ

Ведет программу: **Меновщиков Виктор Юрьевич** – кандидат психологических наук, доцент, член Международного Общества Психического Здоровья Онлайн (ISMHO) США.

В предлагаемом курсе рассматриваются:

- различные концепции психологического консультирования в сети Интернет, зарубежный опыт и стандарты оказания психологической помощи онлайн;
- использование Skype (аудиосвязь и видеоконференции), консультирование с помощью электронной почты, ICQ и подобных систем;
- консультативные и психотерапевтические техники для работы с лицами, обращающимися за помощью посредством Интернет;
- возможности супервизии с онлайн консультантами.

Цель тренинга: формирование базовых представлений и навыков психологического консультирования в Интернет (построение терапевтических отношений на дистанции, контракт, эмпатическое слушание и письмо, нейтральная безоценочная позиция, фокусировка, выработка альтернатив и др.).

Проводится тренинговая работа, где участники выступают в ролях консультанта, клиента и супервизора. Прорабатываются личные ситуации участников и их реакции на проблемы клиента. Тренинг строится по принципам проблемно-развивающего обучения, творческой «лаборатории», где участники осваивают материал на своем собственном опыте работы в группе. Помимо «технической» стороны дела, необходима готовность к личностному росту и развитию.

Для кого: Программа предназначена для лиц, имеющих высшее психологическое образование, высшее образование по смежным специальностям (педагогика, медицина, социология).

По окончании обучения выдается: Удостоверение государственного образца МГППУ о повышении квалификации.

Общее количество часов по дисциплине: 72 часа

Длительность курса: 3 недели, занятия проходят по пятницам (с 18 до 22 часов), субботам и воскресеньям (с 10 до 18).

Между сессиями выполняются домашние задания, проводится самостоятельная консультативная работа в Интернет, которая разбирается и супервизируется.

Даты проведения занятий: *при наборе группы*

Занятий в неделю: 25 часов

Количество мест в группе ограничено.

Адрес: Москва, ул. Сретенка, д. 29, МГППУ

Подробная информация: Тел. (495) 608-11-07, 632-92-12, 761-02-94

e-mail: priem@pk.mgppu.ru, <http://www.pk.mgppu.ru/>

Наши авторы

- **Барак Азай** - доктор философии, профессор психологии, Факультет Образования, Департамент консультирования и развития человека, Университет Haifa (Израиль)
- **Бархам Майкл** - Институт Наук о Здоровье, Charles Thackrah Building, Университет Лидса, Великобритания
- **Бевик Бриджитт М.** - Институт Наук о Здоровье, Charles Thackrah Building, Университет Лидса, Великобритания
- **Бониел-Ниссим Мейран** - Факультет Образования, Университет Haifa (Израиль)
- **Веземанн Доретт** – Лейпцигский Университет, EEG - Исследовательская Лаборатория, Департамент Психиатрии, Германия
- **Винетт Ричард А.** – доктор философии, Политехнический институт Вирджинии и Государственный Университет, Blacksburg
- **Винг Рена Р.** - доктор философии, Медицинская школа Брауна, Госпиталь Мираиам, Providence
- **Грунвалд Мартин** – Лейпцигский Университет, EEG - Исследовательская Лаборатория, Департамент Психиатрии, Германия
- **Кампос Билл** – клинический психолог, член правления Телефонов Доверия (Helplines) Австралии (Розевилль, Австралия)
- **Кеверн Эндрю** – специалист по детской и юношеской психиатрии, McGuinness Adolescent Unit, Манчестер
- **Клейн Бритт** - Факультет Жизненных и Социальных Наук Свинбьюмского Технологического Университета, Hawthorn, Австралия
- **Кролл Лео** - консультант по детской и юношеской психиатрии, McGuinness Adolescent Unit, Департамент детской психиатрии, Королевский Манчестерский детский госпиталь, Манчестер
- **Линтон Стивен Дж.** - профессор Университета Örebro, Швеция
- **Малэрн Брендан** - Институт Наук о Здоровье, Charles Thackrah Building, Университет Лидса, Великобритания
- **Меновщиков Виктор Юрьевич** - президент Федерации Психологов-Консультантов Онлайн, кандидат психологических наук, доцент, академик Российской Академии Социального Образования, супервизор Московской службы психологической помощи населению (Москва)
- **Нордин Сара** - Департамент Поведенческих Наук Университета Linköping, Швеция
- **Ост Ларс-Горан** – профессор Стокгольмского Университета, Швеция
- **Остин Дэвид** - Факультет Жизненных и Социальных Наук Свинбьюмского Технологического Университета, Hawthorn, Австралия

- **Труслер Карен** - Психологический Терапевтическо-Исследовательский Центр, Университет Лидса, Великобритания
- **Тэйт Дебора Ф.** - доктор философии, Медицинская школа Брауна, Госпиталь Мираиам, Providence
- **Фон Кнорринг Ларс** - профессор Университета Uppsala, Швеция
- **Шапира Найама** - Факультет Образования, Университет Haifa (Израиль)
- **Шендлей Керри** - Факультет Жизненных и Социальных Наук Свинбьюмского Технологического Университета, Hawthorn, Австралия
- **Хен Лиат** - Факультет Образования, Университет Haifa (Израиль)
- **Хилл Эндрю Дж.** - Институт Наук о Здоровье, Charles Thackrah Building, Университет Лидса, Великобритания
- **Эркан Сакру** – специалист по детской и юношеской психиатрии, McGuinness Adolescent Unit, Манчестер