

BASSAM AOUIL

INSTYTUT PSYCHOLOGII

UNIwersytet KAZIMIERZA WIELKIEGO W BYDGOSZCZY

INTERNET W POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ I PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO W ŚWIELE OBJAWÓW PSYCHOPATOLOGICZNYCH¹

OBJAWY PSYCHOPATOLOGICZNE – ZARYS POJĘĆ

Objawy psychopatologiczne to fizjologiczne, psychologiczne i społeczne symptomy chorób czy zaburzeń psychicznych. Można je również scharakteryzować jako „zaburzenia najmniejszych przejawów życia psychicznego”².

Objawy psychopatologiczne można podzielić na trzy grupy:

- a) zaburzenia czynności poznawczych,
- b) zaburzenia czynności emocjonalnych i motywacji,
- c) zaburzenia integracji czynności psychicznych³.

W sferze czynności poznawczych zaburzeniu może ulec spostrzeganie, myślenie, uwaga oraz pamięć. Natomiast wśród zaburzeń czynności poznawczych dotyczących spostrzegania najbardziej charakterystyczne są omamy, czyli „fałszywe spostrzeżenia bodźców czuciowych”⁴. Można wyróżnić omamy dotyczące każdego rodzaju czucia, zarówno słuchu i wzroku, jak i smaku, węchu czy kinestezji. Omamy słuchowe występują najczęściej w psychozach. Polegają głównie na słyszeniu głosów, które to krytykują lub komentują zachowanie czy czynności pacjenta oraz wydają mu polecenia, bądź też pacjent pro-

1 W artykule wykorzystywany jest materiał opracowany przez J. Berndet i K. Domińską *Objawy psychopatologiczne a formy pomocy psychologiczne* we współpracy z autorem artykułu oraz fragmenty z książki autora *Psychologia Pomocy Online*, Bydgoszcz 2004 i *Pomoc Psychologiczna Online*, Bydgoszcz 2008; R. Meyer (2003), „Psychopatologia. Jeden przypadek – wiele teorii”, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2003.

2 H. Sęk, *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003.

3 J. Pasternak, *Psychopatologia* 2003, za: <http://www.inkluz.pl/archiwum/inkluz54/main/heuresis.html> [dostęp: 12.06.2012].

4 H. Scully James (red. J. Rybakowski), *Psychiatria (NMS)*, Urban & Partner, Wrocław 1998.

wadzi z nimi dialog omamowy. Omamy wzrokowe i dotykowe występują z kolei najczęściej w psychozach o podłożu somatycznym i organicznym. Omamy smakowe i zapachowe mogą wskazywać na zaburzenia w obrębie płatów skroniowych.

Oprócz omamów można również wyróżnić złudzenia, które stanowią nieprawidłową interpretację rzeczywistych bodźców czuciowych. Złudzenia najczęściej występują w zespole majaczeniowym, ale mogą również wystąpić w schizofrenii. Zaburzone może być również indywidualne postrzeganie, wówczas mamy do czynienia z depersonalizacją – poczuciem odłączenia od własnej osoby i postrzeganiu siebie jako obcej, nierzeczywistej jednostki – oraz derealizacji – chory postrzega świat zewnętrzny jako zmieniony, wszystko ma inne kształty, rozmiary, a ludzie przypominają roboty lub są martwi.

Oprócz nieprawidłowego postrzegania zaburzeniu może również ulec myślenie, a dokładnie jego treść i tok, np. osłabienie kojarzenia, czyli rozkojarzenie. Polega to na występowaniu sekwencji dwóch myśli, przy czym nie pozostają one ze sobą w logicznym związku, a chory nie zdaje sobie z tego sprawy. Kolejnymi objawami mogą być ześlizgi myślenia, nadmierna szczegółowość, perseweracja, echolalia, czy też zablokowanie pojawiające się w stanach ostrego lęku i schizofrenii oraz gonitwa myśli charakterystyczna dla pacjentów w stanie manii. Jeśli natomiast chodzi o zaburzenia treści myślenia, to są to przede wszystkim urojenia, obsesje oraz myśli samobójcze lub na temat zabójstwa. Urojenia to utrwalone, ale fałszywe przekonania, odmienne od powszechnie przyjętych w kulturze pacjenta. Jest wiele rodzajów urojeń: prześladowcze (paranoidalne), wielkościowe, nihilistyczne, somatyczne, dziwaczne czy odnoszące. Urojenia występują najczęściej w schizofrenii. Natomiast obsesje to natrętne myśli, idee lub impulsy, o których pacjent wie, że nie mają sensu i nie są przysyłane z zewnątrz⁵. Występują głównie w różnego rodzaju nerwicach, np. zespół obsesyjno-kompulsywny (OCD).

Pamięć ulega zaburzeniu np. w zespołach otępiennych, do których powrócimy później. Poza tym do najbardziej znanych zaburzeń pamięci można zaliczyć amnezję (wsteczną lub następczą)⁶, kryptoamnezję, która polega na odtwarzaniu czegoś, co już kiedyś usłyszeliśmy, ale nie zdawaniu sobie

5 Tamże.

6 J. R. Anderson, *Uczenie się i pamięć*, tłum. E. Czerniawska, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998.

z tego sprawy i traktowanie powtórzonej myśli jako własnego odkrycia. Poza tym popularne zjawisko *deja vu* („już widziałem”) ⁷.

Zaburzona uwaga, np. polegająca na trudności w jej koncentracji czy skupieniu, często występuje w depresji czy w psychozach. Zaburzony stosunek człowieka do świata zewnętrznego (zaburzenia czynności emocjonalnych i motywacyjnych) może przejawiać się w postaci takich objawów, jak np. lęk, zaburzenia snu oraz łaknienia czy też zaburzenia popędu seksualnego.

Lęk będzie tu scharakteryzowany jako uczucie strachu i zagrożenia bez wyraźnej obiektywnej przyczyny. Towarzyszą mu często – o różnym stopniu nasilenia i charakterze – objawy pobudzenia układu wegetatywnego ⁸. Lęk może dotyczyć nadmiernych obaw odnośnie rzeczywistych sytuacji czy wydarzeń – lęk uogólniony; może być również wywoływany bezpośrednim kontaktem (lub obawą przed potencjalnym kontaktem) z określonymi przedmiotami lub sytuacjami – lęk fobiczny; może występować również w postaci nagłego ataku paniki – lęk napadowy; może być obawą przed wystąpieniem innych objawów – lęk antycypacyjny ⁹. Lęk jako objaw najczęściej towarzyszy depresji i nerwicy.

Wśród zaburzeń łaknienia można wyróżnić napady obżarstwa – spożywanie olbrzymiej ilości pokarmów, często wysokokalorycznych w krótkim czasie – oraz jadłowstrętu – drastycznego ograniczenia ilości spożywanych pokarmów ¹⁰. Wśród zaburzeń, w których obecne są zaburzenia łaknienia, wyróżnia się głównie depresję oraz anoreksję i bulimię.

Zaburzenia snu dzielą się na dwie główne grupy: typu dyssomnicznego oraz typu parasomnicznego. Do dyssomnii należą takie zaburzenia jak bezsenność (insomnia), senność wzmożona (hipersomnia) oraz zaburzenia rytmu snu i czuwania. Natomiast zaburzenia snu typu parasomnicznego obejmują zjawiska występujące w trakcie snu i są to np. koszmary senne, lęki nocne czy sennowłódtwo (lunatyzm) ¹¹. Objawy tego typu powszechne są w np. depresji, ale również w nerwicy.

Wśród zaburzeń popędu można wyróżnić takie objawy jak: utrata lub brak popędu, brak zadowolenia ze stosunku mimo prawidłowych reakcji fizjologicznych, brak pobudzenia seksualnego, brak orgazmu u kobiet, przedwczesny

7 J. Pasternak, dz. cyt.

8 *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych*, red. S. Pużyński, M. Beręsewicz, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1993.

9 H. Scully James, dz. cyt.

10 *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych*, dz. cyt.

11 Tamże, s. 38.

lub opóźniony wytrysk u mężczyzn oraz bóle związane z aktem seksualnym (dyspareunia). Wśród zaburzeń popędu można również wyróżnić zaburzenia w identyfikacji płci, jak np. transseksualizm czy transwestytyzm, ale również zaburzenia preferencji seksualnych, czyli np. fetysyzm czy ekshibicjonizm¹².

Można w tym miejscu również wspomnieć o kompulsjach, czyli natrętnych impulsach. Jest to uczucie wewnętrznego przymusu wykonania jakiejś czynności. Dla pacjenta wydaje się ona absurdalna, zła czy niemoralna. Nie wykonując tych zadań pacjent odczuwa lęk i unika określonych sytuacji¹³. Występują m.in. w OCD, psychozach.

Do zaburzeń integracji czynności psychicznych zalicza się takie, które uniemożliwiają odpowiednie dostosowanie się jednostki do sytuacji. Dlatego też w tej grupie znajdują się takie objawy, jak np. zaburzenia świadomości, zaburzenia sprawności intelektualnej czy też zaburzenia osobowości.

Można wyróżnić dwie postacie zaburzeń świadomości: stany wykluczenia świadomości (stupor, śpiączka) oraz jakościowe zaburzenia świadomości (przymglenie, majaczenie, splątanie i zamroczenie)¹⁴. Stupor charakteryzuje się znacznym zahamowaniem ruchowym oraz ograniczonym reagowaniem na bodźce zewnętrzne. Może wystąpić np. w schizofrenii katatonicznej. Śpiączka, czyli przedłużający się stan nieprzytomności, może być objawem katatonii, zaburzeń konwersyjnych czy depresji¹⁵. Przymglenie świadomości objawia się zagubieniem lub „nieobecnością” chorego, brakiem adekwatnych reakcji na polecenia lub pytania, czemu towarzyszy nastrój obojętny lub apatyczny. Majaczenie występuje najczęściej jako przejaw zespołu abstynencyjnego w przebiegu uzależnień czy w infekcjach. Zamroczenie najczęściej spotykane jest po napadzie padaczkowych czy w organicznych chorobach mózgu oraz zatruciach. Splątanie może pojawić się w przebiegu zaburzeń metabolicznych (cukrzyca, uszkodzenie wątroby, nerek), niewydolności krążenia mózgowego, infekcjach oraz psychozach endogennych¹⁶.

Do zaburzeń sprawności intelektualnej zaliczyć można upośledzenie umysłowe oraz otępienie. Upośledzenie umysłowe powstaje w okresie rozwojowym.

12 Tamże.

13 Tamże.

14 Tamże.

15 <http://pl.wikipedia.org/wiki/Stupor> [dostęp: 12.06.2012].

16 *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych*, dz. cyt. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Stupor> [dostęp: 12.06.2012].

Jest stanem zahamowania lub niepełnego rozwoju umysłowego¹⁷, obniża ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszy deficyt w zakresie zachowań adaptacyjnych¹⁸. Można wyróżnić następujące typy upośledzenia: lekkie, umiarkowane, znaczne, głębokie, upośledzenie umysłowe inne oraz upośledzenie umysłowe bez dalszego określenia (wg ICD-10)¹⁹. Otępienie jest spowodowane organicznymi zmianami mózgowymi. Charakterystyczne będą tu zaburzenia pamięci, intelektu oraz emocjonalności przy niezmiennym stanie świadomości. Ze względu na etiologię otępienie można podzielić na zwyrodnieniowe (pierwotne, np. choroba Alzheimera czy Parkinsona, oraz wtórne, np. otępienie w przebiegu zakażenia wirusem HIV czy choroba Creutzfeldta-Jakoba), metaboliczne (np. niedoczynność tarczycy, cukrzyca, hypoglikemia) oraz uszkodzenia OUN o przyczynach toksycznych (np. przewlekłe nadużywanie alkoholu czy uzależnienie od barbituranów).

Osobowość można scharakteryzować jako grupę cech, które określają zachowanie, myśli i emocje danej osoby. Wobec tego zaburzenie osobowości będzie występować wówczas, gdy cechy te będą utrudniały prawidłowe przystosowanie, a jednocześnie będą niepodatne na zmianę. W efekcie spowoduje to osłabienie funkcjonowania społecznego i zawodowego oraz subiektywnie odczuwane złe samopoczucie²⁰. I tak wyróżnić możemy np. osobowość paranoiczną, schizoidalną, dys socjalną, chwiejną emocjonalnie, histeryczną, anankastyczną, unikającą, zależną.

POMOC PSYCHOLOGICZNA I JEJ FORMY

Świadomość poszukiwania pomocy i wsparcia rodziła się os momentu, gdy człowiek jako gatunek biologiczny uzyskał zdolność uświadamiania sobie swojego samopoczucia i stanu zdrowia, ukształtował równocześnie negatywną postawę emocjonalną wobec choroby i wszelkich związanych z nią dolegliwości. Na przestrzeni wieków zmieniały się, co prawda, poglądy na przyczyny zaburzeń i źródła pomocy. Myślenie magiczne ustępowało miejsca wyjaśnieniom racjonalnym, wynikającym z postępu wiedzy, ale zawsze

17 *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych*, dz. cyt.

18 http://pl.wikipedia.org/wiki/Upośledzenie_umysłowe [dostęp: 12.06.2012].

19 *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych*, dz. cyt.

20 H. Scully James, dz. cyt.

człowieka charakteryzowało dążenie do walki z chorobą wszelkimi dostępnymi środkami²¹.

Nie ulega wątpliwości, że psychoterapia staje się obecnie, obok farmakoterapii i leczenia chirurgicznego, pełnoprawną formą postępowania w celu przywrócenia zdrowia. Nie oznacza to jednak, że istnieje pełna zgodność co do tego, na czym psychoterapia polega, kto ją powinien stosować i wobec jakich osób. W literaturze fachowej nie spotkałem dwóch równobrzmiących definicji psychoterapii, nie należy się więc spodziewać, że termin ten (choć przeszedł już do języka potocznego) będzie jednolicie rozumiany przez pacjentów, a tym bardziej tych, którzy nie doświadczyli jeszcze tego rodzaju leczenia²².

Pytanie o to, co jest, a co nie jest psychoterapią, powtarza się na każdym spotkaniu naukowym psychoterapeutów i tych, którzy zajmują się niesieniem innych form pomocy psychologicznej. Można nawet niekiedy odnieść wrażenie, że niektórym zależy na zamazywaniu dość oczywistej granicy pomiędzy tymi pojęciami. Tymczasem psychoterapia (jak każda terapia) znajduje zastosowanie u pacjentów a więc ludzi chorych lub cierpiących na jakieś zdiagnozowane zaburzenia. Nie są psychoterapią rozmaite treningi psychologiczne, które służą doskonaleniu osobowości lub zdobywaniu dodatkowych umiejętności. Dobrym przykładem takiej pomocy psychologicznej (ale nie psychoterapii) jest na przykład trening autogenny lub trening asertywności. Odmianą tak rozumianej pomocy psychologicznej są także różne typy poradnictwa psychologicznego, psychopedagogicznego, rodzinnego itp²³. Pojęcie pomocy psychologicznej pojawiło się w literaturze fachowej w latach osiemdziesiątych ubiegłego stulecia. Forma ta była jedną z odpowiedzi na rosnące wówczas zainteresowanie potrzebami człowieka, wynikające z rozwoju indywidualizmu, a także wynikiem starań o zapewnienie możliwości rozwoju ludziom narażonym na różnego rodzaju trudności²⁴.

Istnieją oczywiście także formy pośrednie, na przykład powoływane dla różnych celów tzw. „grupy wsparcia”, które na swoich zajęciach zajmują się

21 J. Thorwald, *Dawna medycyna jej tajemnice i potęga*, Wrocław 1990.

22 *Psychoterapia a reedukacja*, red. O. Kondas, Bratislava 1985; *Psychoterapia*, red. L. Grzesiuk, Warszawa 1994; J. W. Aleksandrowicz, *Psychoterapia medyczna*, Warszawa 1996; S. Kratochvil, *Zakłady psychoterapie*, Praha 1998; *Postępy psychoterapii*, red. L. Gapiak, t. II, Poznań 1999.

23 J. Strojnowski, *Psychoterapia*, Lublin 1998.

24 J. C. Czabała, H. Sęk, *Pomoc psychologiczna*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki – Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, cz. 3, red. J. Strelau, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.

specjalistycznym doradztwem, ale także, w niektórych momentach, wspierają emocjonalnie swoich uczestników, co może być już kwalifikowane jako psychoterapia podtrzymująca (bliskie temu jest pojęcie „psychoterapii elementarnej”²⁵). Elementy psychoterapii znajdują się także w różnych formach interwencji kryzysowej podejmowanej wobec osób zgwąłconych, uczestniczących w katastrofie, dotkniętych klęską żywiołową itp. W takich przypadkach psychoterapeutyczna część podjętych oddziaływań dotyczy ujawnianych sytuacyjnych reakcji nerwicowych.

Wyniki wielu współczesnych badań naukowych wskazują na to, że nie od ilości, ale przede wszystkim od jakości relacji interpersonalnych zależy ich wpływ na psychiczny dobrostan jednostki, a co za tym idzie – funkcjonowanie układu odpornościowego. Sieć wsparcia, która obejmuje daną osobę, wcale nie musi być rozległa, by właściwie spełniać swoją rolę, to znaczy, w obliczu krytycznych wydarzeń życiowych pomagać jednostce uporać się jej z doraźnymi negatywnymi skutkami i chronić od potencjalnych szkodliwych następstw, zarówno dla zdrowia psychicznego, jak i fizycznego. Kilka bliskich, autentycznych i satysfakcjonujących związków może stanowić potencjał, który jednostka może wykorzystać do radzenia sobie z kryzysem. Równocześnie uwikłanie w nieudane, będące źródłem negatywnych emocji relacje, okazuje się być bardziej szkodliwe niż subiektywne poczucie osamotnienia²⁶.

W potocznym myśleniu o pomocy psychologicznej istnieją często spotykane błędy, a mianowicie:

1. tylko ludzie z problemami natury psychicznej idą do terapeuty,
2. terapeuci zarządzają życiem pacjenta i zawsze mówią mu, co ma robić,
3. terapeuci tylko siedzą, nic nie mówią i/lub zasypiają, podczas gdy klient leży i mówi,
4. decyzja od o pójściu do terapeuty to przyznanie się, że jest się słabym²⁷.

W rzeczywistości nie wszyscy terapeuci zajmują się zaburzeniami psychicznymi. Szczególnie pomoc psychologiczna nastawiona jest głównie na zdrowie i prawidłowy rozwój, a nie na chorobę i zaburzenia. Wsparcie

25 Por. M. Motyka, *Psychoterapia elementarna – podstawowe typy interwencji*, [w:] *Postępy psychoterapii*, t. II, red. L. Gapik, Poznań 1999, s. 74–80.

26 J. K. Kiecolt-Glaser, R. Glaser, *Stress and immune function in humans*, [w:] *Psychoneuroimmunology*, red. R. Ader, D. L. Felten, N. Cohen, New York 1991, s. 849–869.

27 L. K. Lobell, *THERAPY: Some Common Misconceptions*, 2000, <http://www.enotalone.com/article/1076.html> [dostęp: 12.06.2012].

psychologiczne pomagają np. w wyborze kariery zawodowej, radzeniu sobie ze stresem czy ważnymi wydarzeniami w życiu, jak np. przeprowadzka, przechodzenie na emeryturę, oczekiwanie na dziecko, śmierć bliskiej osoby, radzenie sobie z depresją i lękiem, będącym następstwem traumatycznych przeżyć, rozwój poczucia własnej wartości itp. Niektórzy korzystają z pomocy terapeuty po prostu dla własnego osobistego rozwoju. Mogą być to osoby o wysokiej pozycji zawodowej, dobrze funkcjonujące, z udaną rodziną, które chcą po prostu osiągnąć maksimum swojego potencjału.

Nie ulega jednak wątpliwości, że najbardziej znana i rozwinięta jest psychoterapia nakierowana na dokonanie u pacjenta korzystnych dla jego zdrowia psychicznego zmian w sferze intelektualnej, zakłóconych procesów emocjonalnych lub też w zakresie funkcjonowania społecznego. W sferze intelektualnej najczęściej chodzi o poprawienie sprawności procesów poznawczych, chociaż oddzielanie tych zaburzeń od innych jest trudne i w istocie zbędne, bo psychoterapia ma z reguły charakter kompleksowy. Natomiast w obszarze zaburzeń emocjonalnych najczęściej wymienia się różnorodne nerwice oraz zaburzenia psychosomatyczne, a w zakresie zaburzeń funkcjonowania społecznego wynikające z tego problemy osobiste, interakcyjne, małżeńskie czy też seksualne, bo powstające na styku relacji pomiędzy obu płciami.

Należy jednak pamiętać, że pomoc psychologiczna nie jest tożsama z psychoterapią. Psycholog udzielający pomocy dzieli się swoją wiedzą z klientem, pomaga w podjęciu decyzji, a porada dotyczy pewnej konkretnej sprawy. Natomiast psychoterapeuta pomaga klientowi w budowaniu własnej wewnętrznej siły oraz dojrzałej suwerenności, co pozwoli w przyszłości umiejętnie podejmować decyzje i mieć poczucie silnej odpowiedzialności za swoje życie. Psychoterapia stawia na wewnętrzną zmianę, która ma pomóc pomyślnie i samodzielnie zrealizować swoje cele życiowe²⁸.

Opracowano dotychczas wiele konkretnych technik psychoterapii indywidualnej oraz grupowej, w których na ogół uwidoczniła się koncepcja teoretyczna leżąca u ich podstawy, a ponieważ tych koncepcji teoretycznych jest wiele i ciągle przybywa nowych, więc i wynikających z nich technik terapeutycznych jest bardzo dużo²⁹. Ponadto większość znanych podręczników psychoterapii i monografii na te tematy odnosi się właśnie do tradycyjnego zakresu

28 S. Porczyk, *Psychoterapia a doradztwo psychologiczne*, 2004, <http://www.synapsis.pl/sps/dex?id=276&> [dostęp: 12.06.2012].

29 Por. S. Kratochvil, *Podstawy psychoterapii*, Poznań 2003.

postępowania, co stwarza niekiedy mylne wrażenie, że jest to jedyny obszar zainteresowania psychoterapeutów³⁰). Towarzyszy temu mniej lub bardziej uświadomione oczekiwanie, że „zdrowy duch gwarantuje zachowanie zdrowego ciała”, co nie zawsze jest jednak prawdą. Tym ciałem – większość psychoterapeutów już się nie zajmuje, pozostawiając to pole działania lekarzom i terapii biologicznej.

Tymczasem – jak się okazuje – jest to obszar dostępny również psychoterapii, z tym że potrzebne jest wówczas inne podejście teoretyczne, inne metody, a przede wszystkim inne nastawienie mentalne psychoterapeuty. Myślę tutaj o terapii psychoimmunologicznej, która rozwija się obecnie mocno w świecie i ma swoich gorących zwolenników również w Polsce³¹. Jak już wskazywano powyżej, możliwość psychologicznego leczenia ludzi chorych somatycznie (psychosomatycznie?) znana jest od wieków i była nawet przez długi czas główną metodą leczenia. Później gwałtowny postęp wiedzy biologicznej i niewątpliwe sukcesy korzystającej z tego medycyny zepchnęły sztukę leczenia psychologicznego na margines, aż do obszaru paranauki, a nawet jeszcze dalej – do współczesnego znachorstwa³². Dopiero od kilku lub kilkunastu lat zagadnienia te stały się znów przedmiotem poważnych dociekań naukowych. Pomijając w tym miejscu ich szczegółową prezentację podkreślę tylko dwa najbardziej istotne elementy terapii psychoimmunologicznej.

Po pierwsze, należy przyjąć, że każdy człowiek posiada pewne rezerwy „mocy”, sił witalnych, które pozostają w ukryciu (oczywiście więcej zapasowej „mocy” posiadają organizmy młode niż stare, ogólnie zdrowe niż wyniszczone chorobami, itp.). Po drugie, niektóre specjalne techniki psychologiczne (np. hipnoza, ale nie tylko³³) pozwalają uaktywnić tę „moc” w taki sposób, że organizm pacjenta sam zwalcza chorobę, co przynosi nieraz zdumiewające rezultaty. Niektóre z nich mogłyby nawet być uważane za „cudowne uzdrowienie”, gdyby nie fakt, że są one tylko wykorzystaniem naturalnych praw przyrody.

30 S. Kratochvil, *Zakłady psychoterapie*, dz. cyt.

31 E. L. Rossi, *Hipnoterapia. Psychobiologiczne mechanizmy uzdrawiania*, Poznań, 1995; *Postępy psychoterapii*, t. I, red. L. Gapik, Poznań 1998.

32 J. Thorwald, *Dawna medycyna jej tajemnice i potęga*, Wrocław 1990; W. Piątkowski, *Spotkania z inną medycyną*, Lublin 1990.

33 L. Gapik, *Hipnoza i hipnoterapia*, Warszawa 1990.

Podsumujmy zatem ten fragment rozważań i zauważmy, że we współczesnej psychoterapii możemy wyróżnić:

1. psychoterapię podtrzymującą,
2. psychoterapię interwencyjną w sytuacjach kryzysu psychicznego,
3. psychoterapię ukierunkowaną na osiągnięcie trwałych zmian w funkcjonowaniu intelektualnym, emocjonalnym i społecznym,
4. terapię psychoimmunologiczną.

POMOC PSYCHOLOGICZNA ONLINE JAKO SZCZEGÓLNA FORMA POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Przez pomoc psychologiczną online rozumieć możemy pomoc psychologiczną świadczoną zdalnie przy pomocy mediów elektronicznych, takich jak: Internet, telefon, wideotelefon itp. Generalnie pomoc online może przybierać postać usług **informacyjnych i terapeutycznych**.

W pierwszym przypadku chodzi o świadczenie przez psychologów klinicznych usług w zakresie szeroko rozumianej promocji zdrowia psychicznego, przy wykorzystaniu różnych możliwości pośrednich i bezpośrednich, tzn. zarówno przez kontakt z osobami zainteresowanymi (także rodzicami, nauczycielami, innymi specjalistami), jak poprzez propagowanie na różnych stronach www materiałów informacyjnych dotyczących szans i zagrożeń optymalnego funkcjonowania człowieka w różnych sytuacjach życiowych i rolach społecznych.

Pomoc psychologiczna online o charakterze **terapeutycznym** polega na świadczeniu usług osobom potrzebującym pomocy za pośrednictwem Internetu, telefonu lub wideotelefonu.

TERAPEUTYCZNE USŁUGI W DOTYCHCZASOWEJ PRAKTYCE KLINICZNEJ

Pomoc psychologiczna online jest definiowana jako każda profesjonalna interakcja przeprowadzana przy użyciu Internetu w celu pomagania w planie zdrowia psychicznego potrzebujących. Terapeutyczna usługa online należy już do najbardziej popularnych form pomocy online. Każda osoba, która ma problem i chce go rozwiązać, może poprosić o pomoc kogoś, kto zawodowo zajmuje się właśnie pomaganiem.

W przypadku pomocy świadczonej za pośrednictwem e-maila lub innych komunikatorów (IRC, czat itp.) istotne jest to, że klient korzysta z konsultacji wtedy, kiedy ich potrzebuje, z taką częstotliwością i tak długo, jak uzna za stosowne. Psycholog – terapeuta może zaproponować określoną częstotliwość bądź liczbę porad, ale decyzja zawsze leży całkowicie po stronie klienta.

Kontakt przez sieć internetową może przybrać formę rozmowy telefonicznej przez Internet (voice – over – IP) lub video konferencji pomiędzy klientem a psychologiem. Kontakt taki następuje z inicjatywy klienta i może dotyczyć problemów rozwojowych, osobowościowych, społecznych, zawodowych, uczuciowo-seksualnych lub też rodzinno-partnerskich.

Pomoc psychologiczna przez Internet mieści się w obszarze usług psychologiczno-terapeutycznych typu: wsparcie psychospołeczne z elementami interwencji kryzysowej i poradnictwo psychologiczne wzbogacone psychoedukacją i psychoprofilaktyką. Nie jest jednak psychoterapią w tradycyjnym rozumieniu, ponieważ mogą zachodzić tutaj różne zakłócenia w komunikacji i relacji interpersonalnej między klientem a terapeutą, chociaż teoretycznie cel pomocy psychologicznej online w aspekcie terapeutycznym nie różni się od celu psychoterapii klasycznej, a jest nim zarówno usuwanie lub łagodzenie konsekwencji zaburzeń w funkcjonowaniu pacjenta, jak rozwijanie jego osobowości i zwiększenie odporności.

Pomimo że fizyczny kontakt z pacjentem jest istotnym atutem terapii tradycyjnej, daje bowiem możliwość obserwowania jego zachowań w trakcie rozmowy oraz pozwala na wymianę emocji drogą empatii, nie oznacza to, że relacje, które powstają między klientem a terapeutą podczas kontaktów przez Internet, nie mogą być głębokie, autentyczne i leczące emocjonalnie.

Nie ma właściwie granicy określającej, jaki problem można, a jakiego nie można podjąć przez Internet oraz czy ta forma będzie w danym wypadku efektywna, bo tak naprawdę żaden psycholog, wybierając określone podejście czy metodę pracy z pacjentem, nie może być całkowicie pewien swojej decyzji. Nigdy też nie może mieć pewności, że klient będzie dalej przychodził na spotkania terapeutyczne. Zatem granicę taką wyznacza nie rodzaj problemów, ale raczej potrzeby klienta, możliwości porozumiewania się oraz umiejętność opisanego swoich trudności. W terapeutycznych kontaktach przez Internet większą jeszcze rolę niż w klasycznej psychoterapii odgrywają motywacja i zaufanie do takiej formy pomocy, gdyż podtrzymanie motywacji na odległość nie jest łatwym wyzwaniem dla terapeutów online.

Wszyscy terapeuci prowadzący terapię psychologiczną online zdają sobie sprawę z jej ograniczeń, utrudniających w większym lub mniejszym stopniu realizację celów, w zależności od stanu psychofizjologicznego i emocjonalnego pacjenta. Czasem pojawia się konieczność szybkiej fizycznej lub medycznej interwencji.

Jednak w przypadku osób z poważnymi problemami, e-pomoc stanowi jedynie rozwiązanie tymczasowe i nie może zastąpić tradycyjnej psychoterapii. Rozwiązanie poważnego „głębokiego” problemu psychologicznego przeważnie nie jest możliwe w wyniku kilku konsultacji. Przepracowanie sytuacji, które kiedyś mocno wpłynęły na klienta i nadal kształtują jego sytuację, dotarcie do wszystkich aspektów danego problemu, znalezienie rozwiązań najodpowiedniejszych w danym przypadku wymaga psychoterapii.

Za pośrednictwem sieci możliwe jest, na podstawie własnych doświadczeń, udzielanie pomocy w zakresie zaburzeń zachowania i trudności przystosowawczych w zakresie np.:

- a) radzenia sobie w trudnej lub kryzysowej sytuacji osobistej, rodzinno-partnerskiej, zawodowej i społeczno-życiowej;
- b) radzenia sobie z chorobą własną lub osób bliskich oraz z jej konsekwencjami;
- c) rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniem od alkoholu lub narkotyków;
- d) rozwiązywania problemów partnerskich i seksualnych;
- e) rozwiązywania problemów osobistych na tle systemu wartości;
- f) rozwiązywania problemów wychowawczych i szkolnych;
- g) zapobiegania zagrożeniom i rozwiązywania aktualnych problemów w taki sposób, by służyły rozwijaniu samodzielności, odpowiedzialności i umiejętności podejmowania decyzji;
- h) zapobiegania zagrożeniom i pomoc w radzeniu sobie z zachowaniami lękowymi, agresją, samoagresją itp.;
- i) kształtowania adekwatnej samooceny, uczenia się akceptacji siebie i bycia sobą;
- j) wyboru i realizacji celów życiowych;
- k) tożsamości płciowej czy osobistej.

W ramach terapeutycznych usług online wykorzystywane są te same podejścia i techniki, co w terapii tradycyjnej: kognitywne, behawioralne, a nawet psychoanalityczne.

W ramach tego typu usług terapeutycznych obecna jest również praktyka udzielania wsparcia i rehabilitacji psychospołecznej i zawodowej osób chorych i niepełnosprawnych i to w różnych postaciach, np. wzajemna pomoc i wsparcie psychoemocjonalne online skupiające również osoby z problemami uzależnienia i przemocy.

UWAGI I SUGESTIE WOBEC PRAKTYKI POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ ONLINE

W Polsce zauważalnie rośnie liczba osób zgłaszających się po pomocy online. W porównaniu z rokiem 2002/2003, kiedy jako jedna z pierwszych w Polsce została uruchomiona usługa pomocy online przy Akademickim Centrum Pomocy Psychologicznej ówczesnej Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego (aktualnie Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego) (<http://psych.ab.edu.pl/cpp/>), a także podobna usługa na portalu www.zdrowemiasto.pl i na portalu www.ptt-terapia.pl, liczba osób, które skorzystały z mojej pomocy, zarówno z kraju, jak i z zagranicy, wzrosła kilkakrotnie i obecnie przekracza 5000. Podobnie rośnie liczba psychologów proponujących usługi terapeutyczne przez Internet, zarówno w ramach swojej praktyki indywidualnej, jak na serwerach medycznych lub psychologicznych.

W wyniku badań sondażowych własnych i na podstawie opinii osób korzystających z pomocy na portalach www.zdrowemiasto.pl oraz www.psycho-help.pl stwierdzić, że coraz więcej osób woli skorzystać z e-pomocy zamiast wizyt w poradniach. Najwięcej osób deklaruje, że skorzystałoby z pomocy psychologicznej przez Internet za pomocą rozmów na żywo przez komunikator lub kontaktu przez e-mail. Twarzą w twarz ze specjalistą chcieliby się spotkać nie więcej niż 30% respondentów.

WARSZTAT PRACY E-TERAPEUTY A SKUTECZNOŚĆ POMOCY

Zaprezentowane w poprzednich punktach niektóre teoretyczne i kliniczne aspekty pomocy psychologicznej online nie pozostawiają wątpliwości co do tego, że taka praktyka kliniczna jest sensowna i celowa, a także, iż liczba osób chętnych do korzystania z tego rodzaju pomocy z dnia na dzień będzie wzrastała.

Za koniecznością rozważań nad warsztatem pracy e-psychologa, oprócz wyżej prezentowanych argumentów, przemawiają z jednej strony wyniki badań dotyczących opinii różnych grup ludzi, w tym psychologów, na temat miejsca pomocy psychologicznej online w praktyce klinicznej, a z drugiej strony niepokojąca postawa niektórych specjalistów, którzy pod pozorem udzielania pomocy psychologicznej online lub prowadzenia e-terapii, „eksperymentują” z klientami, próbując bez przygotowania udzielać tejże pomocy. Nie mając narzędzi do oceny poziomu przygotowania teoretycznego czy też zawodowego do pracy bezpośredniej z klientem, chciałbym jednak zwrócić uwagę na to, iż skuteczność i efektywność pomocy psychologicznej online często nie zależy tylko od treści pomocy, ale również od tego, jak jest udzielana.

Różnica między pomocą klasyczną i online dotyczy przede wszystkim takich aspektów, jak:

1. specyfika komunikowania się na odległość;
2. ograniczenia związane z brakiem możliwości obserwacji i innych ważnych dla terapeuty w trybie bezpośrednim instrumentów interakcji pomocniczej;
3. zróżnicowany wiek osób poszukujących pomocy (w mojej praktyce najmłodszy e-klient miał 9 lat, a najstarszy – 72 lata);
4. szeroki zakres problemów, z którymi się zwracają e-klienci.

Podobnie jak w przypadku pomocy bezpośredniej, również w pomocy online obowiązują warunki konieczne do zaistnienia zmiany terapeutycznej, które zostały określone jeszcze przez C. Rogera. Na podstawie własnego doświadczenia klinicznego i badawczego, spróbuję jeszcze raz przeanalizować konstrukcję warsztatu pracy e-terapeuty w celu jego wzbogacenia. Pomoc psychologiczna online ma na celu przede wszystkim:

- pomaganie w dokonywaniu przejrzystego wglądu w siebie i własną sytuację;
- pomaganie w dokonywaniu adekwatnej oceny własnych możliwości otoczenia, źródła stresu i bezradności znajdujące się w nim;
- lepsze rozumienie siebie oraz własnych motywów zachowań (świadomych i nieświadomych) oraz mechanizmów obronnych;
- formułowanie własnych spostrzeżeń i rozwijanie wiedzy o sobie samym i otoczeniu;
- ułatwianie klientom podjęcie działań w kierunku lepszego przystosowania i rozwiązywania problemów zgodnie z ich hierarchią wartości i przekonaniem.

Dodatkowo należy przyjąć, że można mieć pewne uwagi co do praktykowania pomocy psychologicznej online, a wiążą się one przede wszystkim z pewnym kanonem postępowania etycznego. Ten aspekt należy aktualnie do najsłabszych punktów całej praktyki e-pomocy i to zarówno tam, gdzie pomocy psychologicznej online ma już swoją tradycję, jak i w Polsce. Etyczna strona z pewnością dotyczy zarówno systemu certyfikowania e-terapeutów, jak i odpowiedzialności zawodowej w pracy z e-klientem.

Wykorzystując kilkuletnie doświadczenia w udzielaniu pomocy psychologicznej przez Internet, ucząc się na własnych błędach, jak i od klientów, a także analizując wypowiedzi autorytetów światowych w dziedzinie pomocy psychologicznej online, doszedłem do wniosku, że kompetencje niezbędne dla skutecznego udzielania pomocy w Internecie są następujące:

1. dobra orientacja w teoriach i koncepcjach pomocy psychologicznej;
2. dobra orientacja w teoretycznych i praktycznych podstawach pomocy psychologicznej na odległość;
3. dobra orientacja w TI i dobra umiejętność posługiwania się pocztą elektroniczną, korzystania z Internetu i obsługi standardowego oprogramowania komputerowego;
4. znajomość metod i technik komunikacji online i posiadanie podstawowej wiedzy z zakresu komunikacji językowej i niejęzykowej w Internecie;
5. dobra orientacja w kodeksie etycznym psychologa;
6. doświadczenie w zakresie wykorzystywania mediów w pomocy psychologicznej, jak również w zakresie zarządzania informacją przy użyciu mediów i zdolność włączenia do procesu komunikacji z klientem zasobów informacji dostępnych w wersji elektronicznej;
7. umiejętność zdefiniowania problemów klienta, ich zdiagnozowania i określenia aktualnych potrzeb klientów reprezentujących różne środowiska społeczno-kulturowe;
8. znajomość instytucji udzielających pomocy psychologicznej i ich kompetencji, znajomość sieci doradców funkcjonujących na poziomie krajowym, ewentualnie również na poziomie europejskim;
9. umiejętność nawiązywania kontaktu werbalnego i niewerbalnego z klientem i zachowania równowagi pomiędzy monologiem a dialogiem, z wykorzystaniem w tym celu komunikacji parawerbalnej;
10. gotowość uczestnictwa w szkoleniach i korzystania z superwizji.

Jak można łatwo zauważyć, nie każdy psycholog kończąc studia psychologiczne i nawet uzyskując licencję w zakresie pewnych kompetencji terapeutycznych jest automatycznie przygotowany do tego typu pracy. Stąd, zważywszy konieczność uporządkowania nowopowstającego rynku pracy, w trosce o jakość usług psychologicznych online w moim odczuciu szkolenie, superwizja i zrzeszanie się psychologów doradców online należą do zadań domagających się realizacji na obecnym etapie rozwoju internetowych usług terapeutycznych.

SZKOLENIE, SUPERWIZJA I ZRZESZENIE

Fachowe przygotowanie terapeutów do udzielania pomocy psychologicznej online wymaga odpowiednich inwestycji czasowych i finansowych, natomiast ich funkcjonowanie na rynku pracy wiąże się z ochroną, którą posiadają przedstawiciele innych zawodów. Taką ochronę może zapewnić zrzeszenie e-terapeutów, które również może stać się dla nich podstawą dla dalszego udoskonalenia metod pracy z klientem na jasnych prawnych i etycznych podstawach.

Nie jest to nowy pomysł z perspektywy rozwoju rynku usług pomocy online na świecie. W historii pomocy online – bardzo krótkiej – pojawiły się takie organizacje. Do pierwszych należała ACA (American Counseling Association). Inne organizacje tego typu dążyły do licencjonowania doradców. Jednym z pierwszych takich pomysłów był dyplom doradcy w ramach National Board of Certified Counselors NBCC. Jeszcze inna, najbardziej aktualnie znana organizacja dla e-terapeutów, to ISMHO (International Society for Mental Health Online), która zajmuje się przede wszystkim upodmiotowaniem pomocy psychologicznej online w kontekście badań naukowych.

W celu uporządkowania rynku e-pomocy psychologicznej w Polsce, przede wszystkim pod względem certyfikowania, szkolenia i superwizji dla e-terapeutów Sekcja Poradnictwa i Prezentacji Medialnych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, którą kieruję, przygotowała kompleksową propozycję, która zakłada m.in. zgromadzenie przez kandydata starającego się o Certyfikat doradcy online 300 punktów obowiązkowych (na wymaganych 500), a następnie zdanie egzaminu.

W opracowaniu również mamy wstępną koncepcję kodeksu etycznego e-terapeutów, która uwzględnia w swoich założeniach kwestie takie, jak:

- możliwości i ograniczenia skutecznego oddziaływania online;
- sytuacje, w której e-terapeuta może podejmować relację terapeutyczną z klientem;
- zakres diagnozy online;
- prawa klienta do anonimowości i zastosowania wygodnych instrumentów komunikacyjnych oraz obowiązek terapeuty do jawności w funkcjonowaniu;
- sytuacje, w których należy włączyć bezpośredni kontakt z psychologiem lub psychiatrą;
- odpłatność za usługi.

Ta koncepcja jest bliska zarówno zasadom Health On the Net Foundation, jak i propozycji Rona Krausa, który zwraca uwagę na konieczność stworzenia takiego kodeksu, pomimo pełnej świadomości faktu, iż taki kodeks nie rozwiąże wszystkich dylematów i konfliktów, ale stanowić będzie „podstawę i fundament gwarantujący klientowi, że psycholog dąży do zapewnienia mu usług na najwyższym możliwym poziomie”.

DLACZEGO POTRZEBNA JEST REGULACJA PRAKTYKI PSYCHOLOGICZNEJ ONLINE

Można wyróżnić dwa podejścia do kwestii regulacji praktyki psychologicznej online:

- należy stosować oddzielne standardy pomocy online: rzeczywistość wirtualna fundamentalnie różni się od rzeczywistości wirtualnej;
- nie ma potrzeby tworzenia specyficznych standardów dla pomocy online: Internet jest częścią rzeczywistości.

Istota dylematu? Obecnie praktyka pomocy online jest „nieetyczna” i „nieprofesjonalna” ze względu na brak regulacji prawnej i zawodowej: jednak jest ona potrzebna i coraz powszechniej stosowana; komunikacja oparta „na tekście” lub „bez obserwacji i bezpośredniego kontaktu z klientem” nie może być uważana za psychoterapię lub nawet poradnictwo, z racji różnorodnych ograniczeń komunikowania się na odległość: jednak Internet i jego narzędzia rozwijają się szybko i są coraz bardziej udoskonalane.

Na czym polega problem i jakie są zarzuty wobec pomocy online?

1. Brak osobistego kontaktu co prawda może dawać poczucie bezpieczeństwa i anonimowości, ale doprowadzić może do redukcji poczucia intymności, zaufania i zaangażowania w terapię.
2. Słowo pisane (za pośrednictwem e-maila czy czatu) co prawda daje możliwość werbalizacji problemu, ale może być zbyt formalne, pełne dystansu, bez wspierającego i empatycznego charakteru.
3. Brak rozwiązań prawnych i kodeksu etycznego dla funkcjonowania e-terapeutów powoduje, że klient może być zagrożony.

Co w związku z tym można zrobić? Czy uznać e-pomoc psychologiczną i tym samym przyjąć, że nie jest dobrym rozwiązaniem dla każdego klienta i każdego przypadku, a także, że nigdy nie zastąpi w pełni pomocy bezpośredniej? Czy w tych trudnych przypadkach ograniczać się do udzielania informacji? Co zaś z możliwością psychoedukacji, profilaktyki i wsparcia? Czy z tego można zrezygnować? A co w przypadku, gdy nie ma możliwości lub chęci skorzystania z innej formy pomocy klasycznej i bezpośredniej? Przecież nie można odmówić pomocy potrzebującym!

Moja propozycja polega na tym, aby dobrze zdefiniować treści e-pomocy, a przede wszystkim jej cel: celem e-pomocy jest wspomoczenie człowieka w jego rozwoju, w obliczu sytuacji problemowej, utrudniającej mu prawidłowe radzenie sobie i osiągnięcie satysfakcji z życia i realizację siebie. Realizacja tego celu, w praktyce klinicznej online musi być wynikiem adekwatnej relacji wspomagająco-terapeutycznej, budowanej na fundamencie właściwego rozpoznania sytuacji klienta i jego możliwości oraz odpowiedniego podejścia do jego cech i potrzeb w ramach dostępnych instrumentów i narzędzi.

Należy również uświadomić sobie istotę e-pomocy jako jednej z form usług psychologicznych: pomoc psychologiczna jest działaniem całkowicie demokratycznym, ponieważ nie występują tu żadne restrykcje wobec klienta (chyba formalno-techniczne) – to klient decyduje o rozmowie, jej trwaniu, charakterze czy podawaniu informacji na swój temat. Potraktowanie e-pomocy jako pomostu w trudnych przypadkach do tradycyjnych form pomocy psychologicznej, czyli pokonywanie takich czy innych barier, które uniemożliwiają osobisty kontakt z terapeutą i z terapią. Należy również udoskonalić kompetencje e-terapeutów.

Kolejna propozycja na dziś: zrzeszenie – zrzeszenie psychologów online PSPO (Polskie Stowarzyszenie Psychologów Online) w celu:

- fachowego przygotowania e-psychologów do udzielania fachowej pomocy psychologicznej online;
- ochrony e-psychologów na rynku pracy;
- szkolenia i superwizji.

W ten sposób należy traktować pomocy online jako wzbogacenie dla usług psychologicznych i nową ofertę dla osób, które z różnych powodów nie korzystają z form tradycyjnych.

BIBLIOGRAFIA

- J. W. Aleksandrowicz, *Psychoterapia medyczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996.
- Ethical standards for Internet on-line counseling*, American Counseling Association, 1999, za: <http://counseling.org/site/PageServer?pagename=resources%fininternet> [dostęp: 26.01.2001].
- J. R. Anderson, *Uczenie się i pamięć*, tłum. E. Czerniawska, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998.
- B. Aouil, *Psychologia pomocy Online*, Wydawnictwo Magraf, Bydgoszcz 2004.
- B. Aouil, *Pomoc psychologiczna Online. Teoretyczne podstawy i praktyczne wskazówki*, Oficyna Wydawnicza Mirosław Wrocławski, Bydgoszcz 2008.
- B. Aouil, *Pomoc psychologiczna Online: Od teorii do praktyki*, 2009 (w druku).
- J. C. Czabała, H. Sęk, *Pomoc psychologiczna*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki – Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, cz. 3, red. J. Strelau, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
- L. Gapik, *Nerwice seksualne i sposoby ich przezwyciężania*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1986.
- L. Gapik, *Hipnoza i hipnoterapia*, PZWL, Warszawa 1990.
- Postępy psychoterapii*, tom I, red. L. Gapik, Interfund, Poznań 1998.
- Postępy psychoterapii*, tom II, red. L. Gapik, Interfund, Poznań 1999.
- Postępy psychoterapii*, tom III, red. L. Gapik, Interfund, Poznań 2000.
- Health On the Net Foundation*, HONcode, 2001, za: http://www.hon.ch/HONcode/Guidelines/guidelines_pl.html [dostęp: 5.05.2007].
- S. Kratochvil, *Zakłady psychoterapie. Portal*, Praha 1998.
- S. Kratochvil, *Sexualni dysfunkce. Priciny a lecba*, Grada, Praha 2003.
- S. Kratochvil, *Podstawy psychoterapii*, Zysk i S-ka, Poznań 2003.

- M. Motyka, *Psychoterapia elementarna – podstawowe typy interwencji*, [w:] *Postępy psychoterapii*, tom II, red. L. Gapik, Interfund, Poznań 1999, s. 74–80.
- R. Meyer, *Psychopatologia. Jeden przypadek – wiele teorii*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2003.
- L. K. Lobell, *Therapy: Some Common Misconceptions*, 2000, za: <http://www.enotalone.com/article/1076.html> [dostęp: 12.06.2012].
- M. P. McCrickard, L. T. Butler, *Cybercounseling: a new modality for counselor training and practice*, [w:] *International Journal for the Advancement of Counselling*, 2005, 27 (1), s. 101–110, za: <http://www.artofloving.com/heartandsoul/therapy.htm>, dostęp: 28.05.2012.
- National Board For Certified Counselors, *The practice of Internet counseling*, 2001, za: <http://www.nbcc.org/ethics/webethics.htm> [dostęp: 12.06.2012].
- M. Ossowski, *Perespekty rozwoju e-terapii w Polsce i na świecie*, niepublikowana praca magisterska napisana w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Adama Mickiewicza pod kierunkiem prof. Władysława Jacka Paluchowskiego, 2007.
- Online counseling: A handbook for online Professionals*, red. R. Kraus, J. Zack, G. Stricker, Academic Press, London 2004.
- International Society for Mental Health Online, *Assessing a person's suitability for online therapy*, 2002, za: <http://www.ismho.org/casestudy/ccsgas.htm> [dostęp: 12.06.2012].
- J. Pasternak, *Psychopatologia*, 2003, za: <http://www.inkluz.pl/archiwum/inkluz54/main/heuresis.html> [dostęp: 12.06.2012].
- M. Pietraszek, *Jak działa pomoc psychologiczna?*, 2002, za: http://www.psych.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=40&Itemid=56 [dostęp: 12.06.2012].
- S. Porczyk, *Psychoterapia a doradztwo psychologiczne*, 2004, za: <http://www.synapsis.pl/sps/dex?id=276&> [dostęp: 12.06.2012].
- Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych*, red. S. Pużyński, M. Beręsewicz, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1993.
- A. S. Ragusea, VandeCreek, *Suggestion for the ethical practise of online psychotherapy*, „*Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*” 2003, nr 40 (1–2), s. 94–102.
- E. L. Rossi, *Hipnoterapia. Psychobiologiczne mechanizmy uzdrawiania*, Zysk i S-ka, Poznań 1995.
- A. Ruigrok, *Counseling: When to Seek Expert Help*, 2000, za: <http://www.enotalone.com/article/2340.html> [dostęp: 12.06.2012].
- James H. Scully (red. Rybakowski J.), *Psychiatria (NMS)*, Urban & Partner, Wrocław 1998.
- H. Sęk, *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003.
- H. Sęk, *Spółeczna psychologia kliniczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1988.
- J. Strojnowski, *Psychoterapia*, Wydawnictwo Arboretum, Lublin 1998.
- C. Tavis, C. Wade, *Psychologia. Podejścia i koncepcje*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1999.

- C. R. Rogers, *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe*, Thesaurus Press, Wrocław 1991.
- D. F. Tate, M. F. Zabinski, *Computer and Internet Applications for Psychological Treatment: Update for Clinicians*, „Journal of Clinical Psychology/In Session” 2004, 60 (2), 209–220.
- J. Thorwald, *Dawna medycyna jej tajemnice i potęga*, Ossolineum, Wrocław 1990.