

# Преимущества и ограничения терапии распространенных психических расстройств с использованием интернет-технологий

Gerhard Andersson<sup>1,2</sup>, Nickolai Titov<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Department of Behavioural Sciences and Learning, Swedish Institute for Disability Research, University of Linköping, Sweden;

<sup>2</sup> Department of Clinical Neuroscience, Division of Psychiatry, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden;

<sup>3</sup> eCentreClinic, Centre for Emotional Health, Department of Psychology, Macquarie University, Sydney, Australia

Перевод: Мартынихин И.А.

Редакция: Резников М.К.

*На сегодняшний день разработано и испытано несколько вариантов терапии распространенных психических расстройств с использованием интернет-технологий. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что подобные вмешательства часто дают сходные результаты с очными вариантами психотерапии, являясь при этом более эффективными экономически. В этой статье мы сначала рассмотрим плюсы и минусы отбора участников исследований эффективности интернет-терапии. Мы прокомментируем способы оценки их состояния, используемые в данных исследованиях, и сделаем вывод, что, несмотря на то, что онлайн-анкеты дают надежные результаты, диагнозы не могут быть установлены без контакта с пациентом. Мы оценим роль терапевта и сделаем вывод, что, хотя есть основание считать, что лечение под руководством терапевта дает лучшие результаты, чем лечение без него, такое руководство может иметь в основном практическую и поддерживающую направленность, а не явно терапевтическую. Далее мы кратко опишем преимущества и недостатки методов лечения аффективных и тревожных расстройств и прокомментируем подходы к решению проблемы сопутствующих состояний, часто связанных с этими состояниями. Наконец, мы обсудим проблему, возникающую вместе с распространением интернет-вмешательств. В заключение необходимо отметить, что в настоящее время существует большое количество доказательств, свидетельствующих, что интернет-интервенции действительно работают. Ряд вопросов остаются открытыми для изучения, в том числе, каким образом интернет-терапия может сочетаться с традиционными формами лечения.*

**Ключевые слова:** интернет-вмешательства, когнитивно-поведенческая терапия, аффективные и тревожные расстройства, распространение

*(World Psychiatry 2014; 13:4-11)*

Психологические методы лечения с использованием интернет-технологий имеют относительно короткую историю и основываются на принципах и доказательствах, установленных для компьютеризированных вмешательств (1) и библиотерапии (2).

Отражая эволюцию данной сферы, широкий спектр терминов используется для описания лечения, предоставляемого с помощью интернет-технологий, хотя можно отметить рост их однородности (3). Мы будем использовать термин "вмешательства с использованием интернет-технологий" ("Internet-based interventions") для лечения, которое в основном осуществляется через Интернет, с делегированием по крайней мере некоторых терапевтических задач компьютеру.

Мы сосредоточимся на психологических методах лечения, осуществляемых через Интернет. Тем не менее, следует отметить, что Интернет также широко используется пациентами и их близкими для получения информации о психических расстройствах (4), а также может использоваться пациентами для участия в онлайн-группах поддержки (5). Поиск информации и онлайн-группы поддержки не являются темой этой статьи, но их следует признать важными для психиатрии, так как они могут влиять на тактику лечения пациента (6).

Моделью доставляемой через Интернет терапии, для которой было проведено наибольшее число исследований, является интернет-опосредованная когнитивно-поведенческая терапия (ICBT) (7). Тем не менее, другие виды психотерапии (например, психодинамическая и

интерперсональная психотерапия) также могут осуществляться через Интернет, хотя и значительно реже.

В процессе ICBT пациенты регулярно посещают защищенный веб-сайт в течение определенного периода времени доступа, читают и скачивают онлайн-материалы, распределенные на серии уроков или модулей (8). Они получают домашние задания, которые должны завершить перед тем, как следующий модуль станет доступен. Они также регулярно заполняют компьютеризированные опросники, относящиеся к имеющимся у них проблемам, что позволяет оценивать прогресс, безопасность и результаты терапии.

ICBT можно категоризовать в двух измерениях: включает ли она контакт с психотерапевтом и является ли она направленной на лечение психических расстройств или только на предотвращение их развития. интернет-вмешательства, которые включают контакт с терапевтом, далее можно разделить на те, где взаимодействие с пациентом происходит в режиме реального времени (синхронные) или с задержкой (асинхронные). Примерами первого варианта могут быть контакты по телефону, с помощью интернет-видеосвязи или службы мгновенных сообщений (9); примером второго варианта является конфиденциальная коммуникация по электронной почте. В практических целях терапевты могут использовать комбинацию синхронного и асинхронного взаимодействия во время лечения.

Количество времени, которое тратят терапевты на работу с пациентами, значительно варьирует в различных программах. Иногда терапевтам приходится тра-

тить большое количество времени на чтение письменных заданий и ответы на них (8). Однако многие программы включают лишь минимальное руководство по электронной почте (или другую безопасную систему асинхронной связи), которое требует значительно меньше времени, чем очная терапия (9,10).

В этой статье мы обсудим преимущества и недостатки доставляемого через Интернет лечения распространенных психических расстройств с акцентом на ИСВТ, хотя другие формы интернет-вмешательств также будут упомянуты. Мы рассмотрим широкий спектр вопросов, касающихся отбора пациентов, оценки их состояния, роли терапевта в ИСВТ, лечения аффективных и тревожных расстройств, менеджмента сопутствующей патологии и

## ОТБОР ПАЦИЕНТОВ

Для интернет-терапии пациенты могут привлекаться несколькими способами, которые включают рекламу и продвижение в Интернете и традиционных средствах массовой информации, эпидемиологические исследования (11), веб-страницы и, реже, направления от практикующих врачей.

Возможность для пациентов самостоятельно обратиться за интернет-помощью дает целый ряд преимуществ. Хорошо известен факт, что многие люди с аффективными и тревожными расстройствами никогда не обращаются в специализированные клиники, а иногда стесняются даже упоминать о своих проблемах во время консультаций у врачей общей практики. Таким образом, с помощью онлайн-отбора может быть уменьшен разрыв между числом нуждающихся в лечении и получающих его (12). Другими словами, пациенты, которые, возможно, оставались без лечения в течение многих лет, впервые смогут получить научно обоснованное психологическое лечение. Нами действительно был отмечен факт, что участники наших исследований часто имели свои проблемы (например, социофобию) в течение многих десятилетий. Кроме того, формат интернет-вмешательств дает возможность для потенциальных пациентов задуматься о лечении, прежде чем сделать обоснованное решение его начать.

Однако интернет-отбор и особенно обращение пациентов по собственной инициативе поднимает вопрос о том, насколько соответствуют характеристики пациентов, использующих онлайн-сервисы, характеристикам тех пациентов, которые получают традиционную очную терапию. Это важно с точки зрения определения, может ли быть организована подобная модель предоставления услуг на уровне общественного здравоохранения. Общим наблюдением в интернет-испытаниях является то, что их участники, как правило, лучше образованы, чем население в целом. Это может отражать результат разрыва в цифровых технологиях, то есть тот факт, что наличие доступа к сети Интернет отражает определенные социально-экономические характеристики, хотя такие различия ослабевают, так как доступность Интернета продолжает увеличиваться во всех социальных группах. Тем не менее, более высокий уровень образования и набор пациентов по самообращению приводит к тому, что онлайн-пациенты более мотивированы на участие в лечении и, следовательно, более чувствительны к нему.

Наш опыт свидетельствует, что пациенты, которые используют интернет-опосредованную терапию, представляют собой широкий круг людей, включающих лиц как с низким, так и высоким уровнем образования, представителей различных культур. Это представляет собой определенную проблему для разработки и осуществления ИСВТ, хотя были предприняты некоторые начальные шаги по культурной адаптации терапии

(13). Пациенты также обладают различным опытом предшествующего взаимодействия со службами охраны психического здоровья. Некоторые из них ранее получили традиционную очную терапию, а другие никогда не обращались за лечением, несмотря на годы или десятилетия мучительных симптомов. Существует относительно небольшое число исследований, сравнивающих характеристики пациентов, получающих ИСВТ, с пациентами в других исследованиях и обычных клиниках, но есть основания полагать, что участники интернет-исследований скорее соответствуют лицам в общей популяции, имеющим сходные проблемы, чем пациентам, наблюдающимся в специализированных клиниках (14,15).

В настоящее время также увеличивается число исследований эффективности ИСВТ, которые были проведены в обычных клинических условиях. В недавнем обзоре приводилась информация о четырех сравнительных и восьми открытых исследованиях, которые были проведены в обычных клиниках (16). Все исследования ясно показали, что перспе-ктивные эффекты ИСВТ в исследованиях с пациентами, набранными с помощью рекламных объявлений, можно также наблюдать в тех случаях, когда лечение переносится в обычные клиники.

## ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ И ДИАГНОСТИКА ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ

Точная и достоверная диагностика и оценка симптомов так же важна при терапии, осуществляемой в Интернете, как и при традиционном очном лечении. В большем числе публикаций высказывалась озабоченность относительно получения данных о пациенте через Интернет (17), и сейчас мы попытаемся выделить плюсы и минусы онлайн-сбора информации.

На основе данных нескольких исследований мы можем сделать вывод, что данные опросников могут быть собраны через Интернет без ущерба для психометрических характеристик (18-20), но есть необходимость в проведении систематического обзора этого вопроса, а также часто высказываемого мнения, что показатели нормы должны определяться отдельно для бумажных и интернет-версий опросников (17). Преимуществом проведения интернет-анкетирования является снижение риска пропуска пунктов и автоматическое выделение наиболее важных для клиницистов ответов (например, красные флаги в случае повышенного риска самоубийства). Кроме того, могут автоматически вычисляться суммарные показатели по опросникам и добавляться алгоритмы, которые помогут терапевтам отслеживать прогресс лечения и активно вмешиваться в случаях подозрения на ухудшение состояния. Автоматизированное введение данных также приводит к снижению затрат, связанных с подготовкой и обработкой анкет.

Негативной стороной заполнения опросников через Интернет в первую очередь и в наибольшей степени являются проблемы защиты данных. Это относится не только к хранению данных, но и к методам их сбора. Хотя большинство исследователей и клиницистов соблюдают принципы информационной безопасности, схожие со стандартами банковского обслуживания в Интернете, недавнее появление мобильных приложений для смартфонов напоминает о все большем значении вопросов безопасности, связанных с новыми технологиями. Дополнительным недостатком является трудность проверки точности ответов и получения дополнительной информации. Первый аспект может быть в некоторой степени решен с помощью добавления вопросов для того, чтобы подтвердить, что ответы верны, а второй аспект может быть решен с помощью принятия протоколов, в соответствии с которыми

будет требоваться беседа по телефону по клиническим показаниям. Эти процедуры должны внедряться в рамках рассмотрения вопросов, касающихся правовых аспектов данной практики и процедуры получения информированного согласия.

Более важный вопрос касается ограничений в возможности устанавливая диагнозы через Интернет. Очевидно, что самодиагностика имеет много преимуществ, таких как, например, экономия времени клиницистов, но на сегодняшний день существуют обоснованные сомнения в том, что методы самооценки могут заменить структурированные диагностические интервью, и интернет-опросники не в состоянии поменять эту ситуацию (21). С другой стороны, если пациентов обязывать сначала получать очную диагностическую оценку в клинике, некоторые из преимуществ интернет-вмешательств могут быть утрачены. Например, отделение интернет-психиатрии в Стокгольме, это как раз тот случай, когда пациенты проходят диагностику в клинике (22).

В исследованиях распространенной практикой является проведение структурированных психиатрических интервью, например M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview) (23), по телефону. Эта диагностическая процедура предпочтительнее, чем полное отсутствие диагностики, т.к. она позволяет сформулировать корректные выводы (24). Тем не менее, есть недостаток в отсутствии зрительного контакта с пациентом, и часть информации неизбежно теряется. Опять же, принятие практических клинических протоколов, предусматривающих очную оценку состояния в сложных случаях, может решить проблему, связанную с диагностической точностью.

Таким образом, онлайн-опросники являются весьма полезными, но диагностика в психиатрии не может быть надежной при использовании только методов самооценки. Возможным вариантом может быть проведение интервью по телефону. Могут также использоваться защищенные платформы для онлайн-исследований, хотя требуются дополнительные исследования, чтобы определить издержки и преимущества, которые даст применение этой технологии.

## **РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ**

Серьезные дискуссии в области интернет-вмешательств касаются роли психотерапевта или посвящены сравнению специалиста с автоматизированными программами, в которых не используется какого-либо взаимодействия с человеком (25). Обзор литературы свидетельствует о том, что методы лечения, которые проходят под руководством терапевта, дают лучшие результаты, чем лечение без участия специалиста (26-28), но есть отдельные исключения, когда оказывается эффективной терапия без руководства, использующая автоматизированные напоминания и аналогичные решения (29,30).

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что любые контакты с врачом могут улучшать результаты. Например, систематический обзор интернет-вмешательств при депрессии обнаружили линейную зависимость между эффективностью терапии и показателем, отражающим контакты с терапевтом. Так межгрупповое значение величины эффекта  $d$  Кохена (Cohen's  $d$ ) составило  $d=0.21$ , если не было контактов с терапевтом ни до, ни во время лечения,  $d=0,44$ , если контакт с терапевтом был только перед началом лечения,  $d=0.58$ , если контакты с терапевтом были только во время лечения, и  $d=0.76$ , если контакты с терапевтом были как до, так и во время лечения (31).

Хотя некоторые данные свидетельствуют о том, что, когда имеется выбор, пациенты могут быть склонны

делать его в пользу лечения без врачебного руководства, у управляемой терапии существуют важные преимущества. Во-первых, терапевт может установить диагноз, чтобы помочь определить пригодность лечения для пациента. Во-вторых, вмешательство может быть индивидуально подобрано и адаптировано после консультации с опытными клиницистами: на самом деле, часто взаимодействие с терапевтом в ИСВТ является асинхронным, что означает, что врач может проконсультироваться с коллегами и другими экспертами, прежде чем ответить, дав пациенту обратную связь (32). В-третьих, существуют явные свидетельства того, что взаимодействие с терапевтом повышает степень приверженности лечению и снижает риск преждевременного прекращения лечения, что является важным аспектом с учетом того, что по крайней мере некоторые исследования, в которых не использовалось врачебное руководство, страдали от неприемлемо высоких показателей отказа от лечения (33). В-четвертых, терапевты могут активно помогать пациентам получить доступ к другим службам, которые могут быть необходимы, в том числе службам социального обеспечения, здравоохранения и помощи в кризисных ситуациях.

Тем не менее, сохраняются вопросы об оптимальной частоте и форме поддержки, которая должна предоставляться. Во-первых, нет четкой «дозозависимой» связи между поддержкой и результатом. Лечение, в котором присутствует существенная поддержка, по эффективности не отличается от лечения с минимальной поддержкой (например, 10 минут или меньше на одного клиента в неделю) (28). Во-вторых, в то время как исследования показывают, что текущие клинические результаты были получены при участии профессиональных психологов или тренеров под тщательным клиническим наблюдением и с использованием хорошо структурированной ИСВТ (34-36), неясно, можно ли было получить подобные результаты в случаях менее структурированных вмешательств. В-третьих, несмотря на то, что интернет-вмешательства с руководством терапевта являются экономически эффективными (37,38), участие специалистов делает их дороже, чем использование автоматизированных процедур. Таким образом, лечение без терапевта при меньшем клиническом эффекте может оставаться рентабельным (39). Соответственно, с точки зрения общественного здравоохранения, минимальная цена интернет-вмешательств без руководства терапевта в некоторых случаях делает оправданным их использование, если они безопасны. В-четвертых, остается открытым вопрос, связанный с недостаточными знаниями о роли личности психотерапевта, которая считается важной при очной терапии (40). А также, по вопросу сравнения автоматизированных процедур с проведением терапии специалистом (34-36), есть несколько исследований, в которых фактор терапевта показывал отсутствие эффекта или незначительный эффект (41,42).

С другой стороны, способ терапевтического руководства представляется важным, даже если большая часть взаимодействия носит преимущественно поддерживающий характер (43). В исследовании, в котором была обработана переписка с терапевтом, было установлено, что снижающее отношение к домашним заданиям приводило к худшим исходам (10). В соответствии с этим, наблюдения в нашей исследовательской и клинической работе показывают, что лучшие результаты связаны с соблюдением сценариев, направляющих пациентов на ключевые вопросы, что минимизирует отклонения терапевта от заданного курса психотерапии.

Терапевтический альянс является еще одним фактором, который по праву считается важным в исследованиях исходов психотерапии. В нескольких исследованиях интернет-вмешательств были собраны данные от

пациентов о том, как они оценивают терапевтический альянс с их онлайн-терапевтами (44). Большинство исследователей демонстрируют отсутствие связи этого показателя с исходом, даже в случаях, когда оценка альянса обычно довольно высока (45,46). Есть, однако, несколько исследований, в которых альянс в начале лечения оказывался предиктором результативности терапии (47,48).

В целом на сегодняшний день, большинство исследований свидетельствуют о том, что взаимодействие с терапевтом позволяет достичь лучшие результаты интернет-вмешательств. Тем не менее, при надлежащем качестве содержания интернет-терапии и достаточной ее привлекательности для пациентов, участие терапевта может быть менее важным, чем при очной терапии. Таким образом, в зависимости от степени структурированности принятой модели интернет-вмешательства руководство со стороны терапевта может иметь в основном практическую и поддерживающую направленность, а не явно терапевтическую. Это дает преимущество с точки зрения эффективности, лояльности со стороны пациентов и экономии времени терапевта. Действительно, теперь терапевт может сосредоточиться на поддержке пациентов в освоении навыков и преодолении препятствий на пути применения вмешательств.

## **ЛЕЧЕНИЕ АФФЕКТИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ**

Большинство исследований терапии с использованием интернет-технологий оценивали вмешательства в отношении расстройств настроения и тревожных расстройств от легкой до средней степени тяжести (за исключением некоторых тревожных расстройств, которые можно рассматривать как тяжелые). В весьма короткий срок были разработаны и испытаны процедуры для целого спектра тревожных расстройств, в том числе панического расстройства (49), социального тревожного расстройства (50-52), генерализованного тревожного расстройства (53,54), посттравматического стрессового расстройства (8, 55), обсессивно-компульсивного расстройства (56,57), ипохондрии (58) и специфических фобий (59). Большинство исследований были на взрослых, но есть также исследования с участием детей, подростков (60,61) и пожилых (62).

В большинстве исследований аффективных расстройств изучали терапию депрессивного эпизода (Major depression) и оценивали различные формы когнитивно-поведенческой терапии (CBT) (35,63,64). Кроме того, в нескольких исследованиях интернет-вмешательств оценивали другие модели терапии, в том числе психодинамическую психотерапию (65) и лечебную физкультуру (66). Прямые сравнения очной СВТ и ИСВТ продемонстрировали схожие результаты с улучшением, подтвержденным катамнезом (67). Подобный паттерн результатов был воспроизведен в исследованиях эффективности в реальной клинической практике (16).

Отмечается несколько преимуществ и недостатков данного вида терапии. Преимущества включают повышение доступности научно-обоснованных методов лечения, а также экономическую эффективность по сравнению с очной терапией. Кроме того, поскольку пациенты могут вернуться к программе в удобное для получения терапевтической информации время, это облегчает процесс обучения и удержания их в программе. Кроме того, при помощи автоматизированных программных функций, терапевты могут оценивать прогресс и результаты пациентов и оказывать превентивную поддержку пациентам еще до развития кризиса. Это означает, что пациенты при интернет-вмешательствах могут получать поддержку от терапевта быстрее,

чем в тех случаях, когда они получают только еженедельные посещения.

Представляется, что основные недостатки отражают относительно новый характер данной сферы. Например, существует недостаток знаний о характеристиках пациентов, которые могли бы получить наибольшие преимущества. В нескольких исследованиях изучался данный вопрос, но было определено малое число устойчивых предикторов (68,69), необходимы дополнительные исследования. Близкой темой, также нуждающейся в дополнительном изучении, является частота негативных исходов терапии и риск их невыявления. Отрицательные результаты психотерапии обычно не обсуждаются (70), также практически ничего не было написано по этой теме в отношении интернет-вмешательств.

С точки зрения интеграции интернет-вмешательств с существующими службами охраны психического здоровья, остающиеся вопросы включают потенциальные преимущества последовательного проведения ИСВТ и очной психотерапии. В качестве одного из возможных сценариев можно было бы предусмотреть в качестве первого шага интернет-вмешательство, а затем более интенсивную очную терапию в случае необходимости (71). Такую последовательность можно чаще применять, когда первый шаг – это ИСВТ без участия терапевта. С другой стороны, мы видели пациентов, которые не отреагировали на очную терапию, но впоследствии отметили улучшение после ИСВТ, что может отражать аспекты, связанные с готовностью к лечению. Необходимы дополнительные исследования этого вопроса, так как известно о ИСВТ в качестве одной из ступеней в многоступенчатой модели помощи.

Таким образом, существует сильная и согласованная база доказательств в отношении преимуществ ИСВТ. Факторы, относящиеся к очной терапии, включая готовность к лечению, скорее всего, будут значимы. Однако требуется больше информации о частоте и причинах отказов от участия в программах и отсутствия терапевтического ответа, а также о потенциальных преимуществах последовательного использования ИСВТ и очной психотерапии.

## **РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ СОСТОЯНИЯМИ**

На сегодняшний день большинство интернет-вмешательств нацелено на конкретные расстройства. Тем не менее, лимитирующим фактором для таких вмешательств является высокая коморбидность (сочетание расстройств настроения и тревожных расстройств, или сочетание этих расстройств с другими психическими или физическими заболеваниями). Двумя недавно разработанными стратегиями для решения этой проблемы являются трансдиагностическая и индивидуально адаптированная интернет-терапия. Обе получили эмпирическое подтверждение в контролируемых исследованиях (65,72-74) и имеют свои преимущества и недостатки.

Основными преимуществами трансдиагностической терапии является ее высокая обоснованность с точки зрения пациентов, которые часто отмечают важность рассмотрения сразу целого спектра симптомов; экономия времени как для пациентов, которым нет необходимости работать в различных программах, предназначенных для отдельных расстройств, так и для терапевтов, которым остается руководить только одним вмешательством, а не несколькими, при этом данное вмешательство создает предпосылки для индивидуализации терапии на основе особенностей пациента; потенциальное снижение частоты рецидивов за счет повышения эмоциональной устойчивости. Основным контраргументом против использования данного подхода, являются сохраняющиеся сомнения о том, не

будет ли у пациентов с конкретными расстройствами, например, с социофобией, наблюдаться снижение эффективности при использовании трансдиагностического подхода по сравнению с использованием специализированных программ. Подобный риск может быть уменьшен путем предоставления дополнительных материалов, ориентированных на конкретные потребности (75).

Преимуществом индивидуализированной терапии является признание и удовлетворение собственных предпочтений пациентов за счет предоставления им возможности выбора терапевтических модулей (76). Кроме того, индивидуализированное в соответствии с профилем симптомов содержание терапии не только включает подходящую для пациента программу лечения (например, модули по генерализованному тревожному расстройству, бессоннице и решению проблем), но и адаптацию терапии в соответствии с возможностями пациента (65). Наконец, возможно, индивидуализированные процедуры лучше подходят для лечения расстройств большей выраженности, которые встречались в контролируемом испытании, где проводилось сравнение стандартной ИСВТ с индивидуализированными вмешательствами для лечения депрессии, сопровождающейся сопутствующей патологией (65). Недостаток индивидуализированной ИСВТ в том виде, в котором она в настоящее время существует, заключается в том, что процесс индивидуализации по-прежнему происходит эмпирически, так как конкретные алгоритмы того, как подбор модулей должен осуществляться наилучшим образом в настоящее время еще только оцениваются, и существует риск добавления слишком большого количества материала с возможной перегрузкой пациента.

В целом в настоящее время существуют свидетельства того, что и трансдиагностический и индивидуально адаптированный подход к интернет-вмешательствам является эффективным, хотя их относительные преимущества по сравнению с узкоспециализированными программами недостаточно изучены, некоторые исследования сообщают о превосходстве данных подходов (например, 65), в других не было обнаружено существенной разницы (например, 76).

## **РАСПРОСТРАНЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

Несколько исследований изучали эффект интернет-вмешательств, осуществляемых в обычных клинических условиях (16). Эти исследования неизменно показывают, что многообещающие результаты интернет-вмешательств, полученные в клинических исследованиях эффективности (в основном с ИСВТ), воспроизводятся при оценках эффективности в реальной клинической практике с силой эффекта от умеренной до значительной.

Есть свои преимущества и недостатки, связанные с использованием интернет-вмешательств в обычной клинической практике. Во-первых, из-за высокоструктурированного, часто с заранее спланированным сценарием характера вмешательства, отклонение специалиста от заданного курса психотерапии менее вероятно по сравнению с очной терапией. Во-вторых, мониторинг результатов часто сразу предусмотрен системой, что способствует упрощению оценки терапевтического прогресса и безопасности (22). В-третьих, интернет-вмешательства могут быть организованы как национальная централизованная медицинская помощь (т.е., специализированные центры), что снижает необходимость дублирования ресурсов и облегчает обучение и супервизию. Это высвобождает ресурсы для других важных мероприятий, таких как обновление и адаптация терапии к новым потребностям (например, предоставление терапии на различных языках). В-чет-

вертых, интернет-вмешательства также могут предоставляться как один из видов помощи в общей практике и, следовательно, сочетаться с другими методами лечения, такими как лекарственная терапия и очная психотерапия.

Среди недостатков – в первую очередь, вероятно, общее отрицательное отношение врачей и пациентов к интернет-вмешательствам (77,78). Тем не менее, некоторые опросы показывают, что отношение среди лиц с психическими расстройствами, набранными из общей популяции, может быть более позитивным (79,80), и, возможно, есть различия между странами в зависимости от уровня доступа к сети Интернет. Кроме того, скептицизм клиницистов может быть преодолен с помощью образования (81).

Вторая проблема, связанная с этим, состоит в том, что врачи могут чувствовать опасения и испытывать страх потерять свою работу в качестве практикующих психотерапевтов, если интернет-терапия станет широко распространена. Учитывая нехватку квалифицированных врачей и большое количество людей, нуждающихся в научно обоснованных психологических методах лечения, эти опасения, вероятно, не вполне обоснованы, и интернет-терапию следует рассматривать как дополнение к другим вариантам помощи, а не как полноценную замену очной терапии (особенно для более тяжелых пациентов).

В-третьих, распространение может быть затруднено или даже невозможно, в связи с принятыми правовыми и этическими правилами, определяющими взаимодействие интернет-терапевта и пациента (82). Например, в Норвегии обмен сообщениями по электронной почте (даже в защищенных закрытых системах) не был одобрен, что повлияло на возможность использования шведских программ в Норвегии (83), взаимодействие с терапевтом должно было осуществляться по телефону (теперь это изменилось). Кроме того, в некоторых странах, например, в Германии, было сочтено неуместным предоставление психотерапии через Интернет в качестве постоянного вспомогательного лечения, хотя эта ситуация постепенно меняется (84).

В-четвертых, распространение в первичной медицинской помощи зависит от желания практикующих врачей направлять пациентов для получения терапии онлайн. Могут возникнуть трудности координации работы с местными службами (например, врачами общей практики), если не будет проводиться надлежащее обучение и принципы диагностики не будут достаточно хорошо описаны, что играет важную роль с точки зрения безопасности. Многоступенчатые алгоритмы оказания помощи могут быть одним из решений, при котором интернет-вмешательства представляют собой один из этапов в многоступенчатом процессе оказания помощи (85).

В заключение необходимо отметить, что интернет-терапия пока широко не распространена. В то же время имеющиеся на сегодняшний день данные свидетельствуют о том, что интернет-вмешательства являются эффективными, когда предоставляются в обычных клинических условиях, и что большее число пациентов могут получить доступ к медицинской помощи таким образом либо сразу, либо в качестве части многоступенчатого процесса оказания помощи. Поэтому врачи и пациенты должны узнать больше о вариантах помощи такого рода. Кроме того, должны быть разработаны клинические рекомендации.

## **ВЫВОДЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Результаты проведенных исследований интернет-терапии, число которых в настоящее время перевалило за сотню (86), являются хорошей поддержкой для использования интернет-технологий в качестве средства предоставления научно-обоснованной психоте-

рации при распространенных психических расстройствах. В настоящее время данная область уже достигла той точки, когда целый ряд клиник предоставляют такие услуги в качестве части регулярного медицинского обслуживания.

На сегодняшний день можно сделать вывод, что методы оценки состояния с использованием интернет-технологий дают значительные преимущества в отношении обслуживания пациентов, в частности, для мониторинга безопасности, прогресса, исходов терапии, и для исследовательских целей. Однако из-за неопределенности в отношении валидности интернет-диагностики рекомендуется, чтобы, по возможности, пациенты со сложной клинической картиной направлялись бы в существующие очные службы, а не в автоматизированные онлайн-диагностические системы.

Интернет-вмешательства для коморбидных аффективных и тревожных расстройств, в том числе трансдиагностическая и индивидуализированная терапия, дали обнадеживающие результаты. Но все же эти меры нацелены в основном на коморбидность между различными формами психических расстройств, тогда как есть необходимость в разработке методов лечения, которые будут направлены также на соматические расстройства, так как есть много исследований интернет-вмешательств для распространенных соматических расстройств, демонстрирующих многообещающие результаты (87).

Наконец, последние обзоры показывают, что интернет-терапия хорошо работает в обычных условиях. Сейчас мы находимся в процессе широкого распространения интернет-вмешательств, и существует несколько проблем, связанных с этим процессом. Возникли вопросы о возможности разработки и распространения интернет-вмешательств, чтобы улучшить обслуживание групп, представляющих меньшинства, которые имеют меньший доступ к службам охраны психического здоровья (13), а также для лиц, проживающих в странах, где службы охраны психического здоровья недостаточно развиты (88).

Вероятные направления развития и будущих исследований включают изучение нерешенных вопросов, касающихся характеристик тех людей, для которых интернет-терапия будет наиболее эффективна, интеграции интернет-вмешательств с существующими службами и оптимальные стратегии комбинации интернет-вмешательств и фармакотерапии. Последний вопрос уместен, учитывая рутинную практику, когда селективные ингибиторы обратного захвата серотонина используются для лечения аффективных и тревожных расстройств параллельно с психотерапией, и такая комбинация чаще позволяет достичь лучших результатов, чем при монотерапии (89).

Дальнейшая работа также требуется для восполнения недостающего числа исследований среди детей, подростков и пожилых людей. Остаются нерешенными вопросы о роли психотерапевтов и оптимального пути взаимодействия специалиста и пациента в ходе интернет-терапии. Существует также потребность в интеграции современных информационных технологий с очной терапией, этот аспект еще не был темой достаточного числа исследований (90).

В заключение мы должны отметить, что ожидаем продолжения быстрого развития области интернет-терапии. В то время как результаты исследований в этой сфере были весьма обнадеживающими, мы хотели бы отметить, что усилия, направленные на распространение данных методов, должны осуществляться с осторожностью, чтобы обеспечить достижение наилучших для пациентов результатов. Мы также ожидаем дальнейшего и значительного развития исследований интернет-вмешательств, когда рассматриваемые вопросы сместятся с изучения клинической эффективности к изучению процессов динамики терапии.

## БЛАГОДАРНОСТИ

G. Andersson выражает признательность своим коллегам и студентам, работающим с интернет-вмешательствами, а также Linköping University, the Swedish Science Foundation and Forte за финансовую поддержку. N. Titov выражает признательность своим коллегам, участникам программ и пациентам, Macquarie University и the National Health and Medical Research Council.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Marks IM, Cavanagh K, Gega L. Hands-on help. Maudsley Monograph no. 49. Hove: Psychology Press, 2007.
2. Watkins PL. Self-help therapies: past and present. In: Watkins PL, Clum GA (eds). Handbook of self-help therapies. New York: Routledge, 2008:1-24.
3. Barak A, Klein B, Proudfoot JG. Defining Internet-supported therapeutic interventions. *Ann Behav Med* 2009;38:4-17.
4. Reavley NJ, Jorm AF. The quality of mental disorder information websites: a review. *Patient Educ Couns* 2011;85:e16-25.
5. Kaplan K, Salzer MS, Solomon P et al. Internet peer support for individuals with psychiatric disabilities: a randomized controlled trial. *Soc Sci Med* 2011;72:54-62.
6. Maj M. Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry. *World Psychiatry* 2013;12:185-6.
7. Andersson G. Using the internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behav Res Ther* 2009;47:175-80.
8. Lange A, van de Ven J-P, Schrieken B. Interapy: treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Cogn Behav Ther* 2003;32: 110-24.
9. Titov N. Email in low intensity CBT interventions. In: Bennett-Levy J, Christensen H, Farrand P et al (eds). Oxford guide to low intensity CBT interventions. Oxford: Oxford University Press, 2010:287-93.
10. Paxling B, Lundgren S, Norman A et al. Therapist behaviours in Internet-delivered cognitive behaviour therapy: analyses of e-mail correspondence in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Cogn Psychother* 2013;41:280-9.
11. Christensen H, Griffiths KM, Jorm A. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *BMJ* 2004;328:265-8.
12. Kohn R, Saxena S, Levav I et al. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004;82:858-66.
13. Choi I, Zou J, Titov N et al. Culturally attuned Internet treatment for depression amongst Chinese Australians: a randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2012;136:459-68.
14. Spence J, Titov N, Solley K et al. Characteristics and treatment preferences of people with symptoms of posttraumatic stress disorder: an internet survey. *PLoS One* 2011;6:e21864.
15. Titov N, Andrews G, Kemp A et al. Characteristics of adults with anxiety or depression treated at an internet clinic: comparison with a national survey and an outpatient clinic. *PLoS One* 2010; 5:e10885.
16. Andersson G, Hedman E. Effectiveness of guided Internet-delivered cognitive behaviour therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie* 2013;23:140-8.
17. Buchanan T. Internet-based questionnaire assessment: appropriate use in clinical contexts. *Cogn Behav Ther* 2003;32:100-9.
18. Hedman E, Ljótsson B, Rück C et al. Internet administration of self-report measures commonly used in research on social anxiety disorder: a psychometric evaluation *Comp Human Behav* 2010; 26:736-40.
19. Coles ME, Cook LM, Blake TR. Assessing obsessive compulsive symptoms and cognitions on the internet: evidence for the comparability of paper and Internet administration. *Behav Res Ther* 2007;45:2232-40.
20. Carlbring P, Brunt S, Bohman S et al. Internet vs. paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agoraphobia research. *Comp Human Behav* 2007;23:1421-34.

21. Carlbring P, Forslin P, Ljungstrand P et al. Is the Internet-administered CIDI-SF equivalent to a human SCID-interview? *Cogn Behav Ther* 2002;31:183-9.
22. Hedman E, Ljótsson B, Rück C et al. Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 2013;128:457-67.
23. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl. 20):22-33.
24. Crippa JA, de Lima Osorio F, Del-Ben CM et al. Comparability between telephone and face-to-face structured clinical interview for DSM-IV in assessing social anxiety disorder. *Perspect Psychiatr Care* 2008;44:241-7.
25. Newman MG, Erickson T, Preworski A et al. Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: is human contact necessary for therapeutic efficacy? *J Clin Psychol* 2003;59:251-74.
26. Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2012;32:329-42.
27. Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I et al. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med* 2007;37:319-28.
28. Palmqvist B, Carlbring P, Andersson G. Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Rev Neurother* 2007;7:291-7.
29. Titov N, Dear BF, Johnston L et al. Improving adherence and clinical outcomes in self-guided internet treatment for anxiety and depression: randomised controlled trial. *PLoS One* 2013;8: e62873.
30. Boettcher J, Berger T, Renneberg B. Does a pre-treatment diagnostic interview affect the outcome of Internet-based self-help for social anxiety disorder? A randomized controlled trial. *Behav Cogn Psychother* 2012;40:513-28.
31. Johansson R, Andersson G. Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Rev Neurother* 2012;12:861-70.
32. Andersson G, Carlbring P, Berger T et al. What makes Internet therapy work? *Cogn Behav Ther* 2009;38:55-60.
33. Christensen H, Griffiths KM, Farrer L. Adherence in internet interventions for anxiety and depression. *J Med Internet Res* 2009;11:e13.
34. Robinson E, Titov N, Andrews G et al. Internet treatment for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PLoS One* 2010;5:e10942.
35. Titov N, Andrews G, Davies M et al. Internet treatment for depression: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PLoS One* 2010;5:e10939.
36. Titov N, Andrews G, Schwencke G et al. An RCT comparing the effects of two types of support on severity of symptoms for people completing Internet-based cognitive behaviour therapy for social phobia. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:920-6.
37. Hedman E, Andersson E, Lindfors N et al. Cost-effectiveness and long-term effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety. *Psychol Med* 2013;43:363-74.
38. Hedman E, Andersson E, Ljótsson B et al. Cost-effectiveness of Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: results from a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2011;49:729-36.
39. Gerhards SA, de Graaf LE, Jacobs LE et al. Economic evaluation of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *Br J Psychiatry* 2010;196:310-8.
40. Ahn HN, Wampold BE. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *J Counsel Psychol* 2001;48:251-7.
41. Almlöv J, Carlbring P, Källqvist K et al. Therapist effects in guided Internet-delivered CBT for anxiety disorders. *Behav Cogn Psychother* 2011;39:311-22.
42. Almlöv J, Carlbring P, Berger T et al. Therapist factors in Internet-delivered CBT for major depressive disorder. *Cogn Behav Ther* 2009;38:247-54.
43. Sanchez-Ortiz VC, Munro C, Startup H et al. The role of email guidance in internet-based cognitive-behavioural self-care treatment for bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2011;19:342-8.
44. Sucala M, Schnur JB, Constantino MJ et al. The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: a systematic review. *J Med Internet Res* 2012;14:e110.
45. Andersson G, Paxling B, WiweMet al. Therapeutic alliance in guided Internet-delivered cognitive behavioral treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2012;50:544-50.
46. Knaevelsrud C, Maercker A. Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *J Med Internet Res* 2006;8:e31.
47. Bergman Nordgren L, Carlbring P, Linna E et al. Role of the working alliance on treatment outcome in tailored internet-based cognitive behavioural therapy for anxiety disorders: randomized controlled pilot trial. *JMIR Res Protoc* 2013;2:e4.
48. Wagner B, Brand J, Schulz W et al. Online working alliance predicts treatment outcome for posttraumatic stress symptoms in Arab war-traumatized patients. *Depress Anxiety* 2012;29:646-51.
49. Carlbring P, Bohman S, Brunt S et al. Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of Internet-based cognitive behavioral therapy supplemented with telephone calls. *Am J Psychiatry* 2006;163:2119-25.
50. Andersson G, Carlbring P, Holmström A et al. Internet-based self-help with therapist feedback and in-vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:677-86.
51. Berger T, Hohl E, Caspar F. Internet-based treatment for social phobia: a randomized controlled trial. *J Clin Psychol* 2009;65: 1021-35.
52. Titov N, Andrews G, Schwencke G et al. Shyness 1: distance treatment of social phobia over the Internet. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42:585-94.
53. Paxling B, Almlöv J, Dahlin M et al. Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2011;40:159-73.
54. Titov N, Andrews G, Robinson E et al. Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for generalized anxiety disorder: randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:905- 12.
55. Spence J, Titov N, Dear BF et al. Randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavioral therapy for post-traumatic stress disorder. *Depress Anxiety* 2011;28:541-50.
56. Wootton BM, Dear BF, Johnston L et al. Remote treatment of obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2013;2:375-84.
57. Andersson E, Enander J, Andrén P et al. Internet-based cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a randomised controlled trial. *Psychol Med* 2012;42:2193-203.
58. Hedman E, Andersson G, Ljótsson B et al. Internet-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011;198:230-6.
59. Andersson G, Waara J, Jonsson U et al. Internet-based self-help vs. one-session exposure in the treatment of spider phobia: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2009;38:114-20.
60. Spence SH, Donovan CL, March S et al. A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *J Consult Clin Psychol* 2011;79:629-42.
61. Vigerland S, Thulin U, Svirsky L et al. Internet-delivered CBT for children with specific phobia: a pilot study. *Cogn Behav Ther* 2013;42:303-14.

62. Zou JB, Dear BF, Titov N et al. Brief internet-delivered cognitive behavioral therapy for anxiety in older adults: a feasibility trial. *J Anxiety Disord* 2012;26:650-5.
63. Andersson G, Bergström J, Holländare F et al. Internet-based self-help for depression: a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2005;187:456-61.
64. Meyer B, Berger T, Caspar F et al. Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2009;11:e15.
65. Johansson R, Sjöberg E, Sjögren M et al. Tailored vs. standardized Internet-based cognitive behavior therapy for depression and comorbid symptoms: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2012;7:e36905.
66. Ström M, Uckelstam C-J, Andersson G et al. Internet-delivered therapist-guided physical activity for mild to moderate depression: a randomized controlled trial. *PeerJ* 2013;1:e178.
67. Andersson G, Hesser H, Veilord A et al. Randomized controlled non-inferiority trial with 3-year follow-up of internet-delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression. *J Affect Disord* 2013;151:986-94.
68. Nordgreen T, Havik OE, Öst L-G et al. Outcome predictors in guided and unguided self-help for social anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2012;50:13-21.
69. Andersson G, Carlbring P, Grimlund A. Predicting treatment outcome in Internet versus face to face treatment of panic disorder. *Comp Human Behav* 2008;24:1790-801.
70. Barlow DH. Negative effects from psychological treatments. A perspective. *Am Psychol* 2010;65:13-20.
71. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *Br J Psychiatry* 2005;186: 11-7.
72. Silfvernagel K, Carlbring P, Kåbo J et al. Individually tailored internet-based treatment of young adults and adults with panic symptoms: a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 2012;14:e65.
73. Titov N, Andrews G, Johnston L et al. Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2010;48:890-9.
74. Carlbring P, Maurin L, Törngren C et al. Individually tailored internet-based treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2010;49:18-24.
75. Titov N, Dear BF, Schwencke G et al. Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Behav Res Ther* 2011;49:441-52.
76. Andersson G, Estling F, Jakobsson E et al. Can the patient decide which modules to endorse? An open trial of tailored Internet treatment of anxiety disorders. *Cogn Behav Ther* 2011;40:57-64.
77. Stallard P, Richardson T, Velleman S. Clinicians' attitudes towards the use of computerized cognitive behaviour therapy (cCBT) with children and adolescents. *Behav Cogn Psychother* 2010;38:545-60.
78. Mohr DC, Siddique J, Ho J et al. Interest in behavioral and psychological treatments delivered face-to-face, by telephone, and by internet. *Ann Behav Med* 2010;40:89-98.
79. Wootton BM, Titov N, Dear BF et al. The acceptability of Internet-based treatment and characteristics of an adult sample with obsessive compulsive disorder: an Internet survey. *PLoS One* 2011;6:e20548.
80. Gun SY, Titov N, Andrews G. Acceptability of Internet treatment of anxiety and depression. *Australasian Psychiatry* 2011;19:259-64.
81. Hadjistavropoulos HD, Thompson MJ, Klein B et al. Dissemination of therapist-assisted internet cognitive behaviour therapy: development and open pilot study of a workshop. *Cogn Behav Ther* 2012;41:230-40.
82. Dever Fitzgerald T, Hunter PV, Hadjistavropoulos T et al. Ethical and legal considerations for internet-based psychotherapy. *Cogn Behav Ther* 2010;39:173-87.
83. Nordgreen T, Standal B, Mannes H et al. Guided self-help via Internet for panic disorder: dissemination across countries. *Comp Human Behav* 2010;26:592-6.
84. Berger T, Andersson G. Internetbasierte psychotherapien: Besonderheiten und empirische evidenz. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2009;59:159-70.
85. Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry* 2011;23:318-27.
86. Hedman E, Ljótsson B, Lindfors N. Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2012;12:745-64.
87. Beatty L, Lambert S. A systematic review of internet-based selfhelp therapeutic interventions to improve distress and diseasecontrol among adults with chronic health conditions. *Clin Psychol Rev* 2013;33:609-22.
88. Wagner B, Schulz W, Knaevelsrud C. Efficacy of an Internet-based intervention for posttraumatic stress disorder in Iraq: a pilot study. *Psychiatry Res* 2012;195:85-8.
89. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL et al. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry* 2014;13:56-67.
90. Craske MG, Rose RD, Lang A et al. Computer-assisted delivery of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary-care settings. *Depress Anxiety* 2009;26:235-42.

DOI 10.1002/wps.20083