

# Voorstelle rondom 'n multimodale diensleweringmodel ter bevordering van geestesgesondheid in Suid-Afrika

*Henry Steel*

---

H.R. Steel, Departement Sielkunde, Universiteit Stellenbosch

---

## **Opsomming**

Die hoë voorkoms van geestesiekte en sielkundige probleme plaas wêreldwyd groot druk op die lewering van doelmatige en kostedoeltreffende geestesgesondheidsdienste. Hierdie artikel voer aan dat die model van individuele psigoterapie en ander verwante vorme van tradisionele dienslewering op geestesgesondheidsgebied in Suid-Afrika uitgebrei behoort te word tot 'n multimodale model waarin andersoortige metodes ook benut word. So 'n multimodale model kan moontlik 'n groter verskeidenheid kliëntepopulasies bereik wat gewoonlik van tradisionele vorme van dienslewering uitgesluit word, en kan sodoende die diensleweringdruk wat toenemende geestesiekte en sielkundige probleme meebring, help verlig. Die artikel bied 'n oorsig van navorsing oor die gebruik van landlyntelefone, die internet, sel- en slimfone, nieprofessionele persone, selfhulp asook die radio en televisie vir geestesgesondheidsverwante dienslewering. Daarna word enkele navorsingsbevindinge bespreek wat bewys dat hierdie metodes doeltreffend aangewend kan word om sielkundige en ander ingrepe te onderneem. Struikelblokke in die ontwikkeling van so 'n multimodale model word ook uitgelig. Die artikel besin voorts oor die haalbaarheid van 'n multimodale model in die lig van die huidige stand van opleiding van professionele praktisyns in Suid-Afrika. In die besonder beklemtoon dié studie die noodsaaklikheid van verdere navorsing in Suid-Afrikaanse verband voordat so 'n multimodale model ontwikkel en in werking gestel kan word. Dit word aanbeveel dat daar moontlik met vrug gekyk kan word na die voorstelle van Chipps e.a. (2012) oor die voorvereistes vir die suksesvolle implementering van 'n telepsigiatriemodel in die Suid-Afrikaanse konteks.

**Trefwoorde:** multimodale model; geestesgesondheid; dienslewering; sielkundige praktykvoering

## **Abstract**

### **Proposals for a multimodal service delivery model to improve mental health in South Africa**

Mental health is an important foundation for the attainment of emotional, intellectual, economic, social and educational well-being. However, the high incidence of mental illness and psychological problems worldwide places a heavy burden on the delivery of purposeful and cost-effective mental health services. This is especially a problem in the South African context. Research has shown that the incidence of mental illness in South Africa is higher than in China, Japan, Nigeria, Germany, Italy and Spain (Williams et al. 2007). Furthermore, it is clear that there is a shortage of manpower in South Africa to deliver the necessary mental health services. Also, mental health professionals are disproportionately located in urban areas. The result is that many people who urgently need treatment do not have access to such services.

In this article the argument is that in the mental health context in South Africa, the model of individual psychotherapy and other related forms of traditional service delivery should undergo a major shift and expansion towards a multimodal model that also includes a variety of other non-traditional methods. Such a multimodal model could reach a wider variety of client populations that are usually excluded from traditional forms of service delivery. This may help reduce the burden of mental illness that is getting heavier as the result of an increase in mental illness and psychological illness.

In the article a review is given of research that has been done on the use of landline telephones, the internet, mobile and smartphones, non-professionals, self-help as well as radio and television to deliver services related to mental health. Some research findings supporting the effectiveness of these methods in delivering psychological and other interventions are discussed.

Most research on the use of landline telephones has been done on interventions to treat depression. In a meta-analytical study Mohr et al. (2008) found that there was a significant decrease in depressive symptoms after psychotherapy via landline telephones.

The internet has been used successfully in the treatment of depression (Andersson and Cuijpers 2009), anxiety disorders (March et al. 2009), eating disorders (Heinicke et al. 2007), social phobias (Berger et al. 2009) and panic disorders (Kiroopoulos et al. 2008). It was expected that around 10 million South Africans will have access to the internet by the end of 2012 (Goldstuck 2012). A large segment of the population can therefore be reached through internet-based interventions.

Besides the internet, the use of mobile phones and smartphones has also increased at a fast rate. Around 29 million South Africans were using mobile phones at the end of 2011 (Hutton 2011). Most research to date has been done on the use of short text messages to do psychological and therapeutic interventions. An example is the study of Bauer et al. (2010) which showed that text messages can be effective for self-monitoring and feedback in the treatment of childhood obesity. The use of smartphones and applications are also on the increase and create new opportunities for therapeutic interventions. The results of a study by

Rizvi et al. (2011) showed that a smartphone application was effective in the treatment of bipolar personality disorder. The application was used to teach clients how to regulate their emotions and to counter negative emotions with immediate positive behaviours. Considerations in the South African context that should be kept in mind are the low levels of technological literacy and language proficiency of prospective clients, especially in the rural areas. The matter is further complicated by the fact that we have 11 official languages. To deliver services in a client's mother tongue is therefore problematic.

There are examples in the literature indicating that non-professional persons can be effective in delivering interventions to promote healthy behaviour in communities. Crosby et al. (2009) showed that short, clinic-based interventions were effective in the promotion of healthy sexual behaviour in young men. The advantages of utilising non-professional persons from the target community are that they are usually able to speak the mother tongue and are readily accepted by the members of the community. According to Hoagwood et al. (2011) parents can also play a role in delivering treatment programmes to other parents and their children, as well as their own children. An example is the study of Turrisi et al. (2009) who showed that the intervention programme implemented by parents was effective in reducing alcohol abuse in college students.

Another mode of service delivery that is common overseas is self-help. Self-help is a set of interventions in which the individual takes control and implements an intervention on his or her own. Self-help interventions use various media, like audio recordings, books, video and the internet, and can reach many individuals at a low cost. There are different models that reflect a continuum of external support, from complete independence, to minimal support and full-time aid from volunteer, semi-professional and professional help (Harwood and L'Abate 2010). Examples of self-help interventions in the South African context are scarce. The South African Federation for Mental Health is a national non-governmental organisation with aims such as assisting individuals and groups in the community to form self-help and support groups as well as disseminating educational material concerning mental well-being.

Radio and television have the potential to reach large segments of the population with intervention programmes. Entertainment education is an example of how to bring about social change on critical issues such as family planning, adult literacy and the prevention of HIV/AIDS. An example of the use of the radio to effect behaviour change is the study of Smith, Downs and Witte (2007). They used a radio drama to change the behaviour intentions of a group of Ethiopians in order to prevent the transfer of the HI virus.

Barriers to the development a multimodal model for delivery of mental health services are highlighted. It is indicated that the present state of training and requirements for doing professional psychological and mental health work may actually interfere with developing and implementing a multimodal treatment model. It will be necessary to do further research in the South African context before such a model can be developed and considered for implementation.

**Keywords:** multimodal model; mental health; service delivery; psychological practice

## 1. Inleiding

Geestesgesondheid is 'n belangrike voorvereiste vir die verwesenliking van emosionele, intellektuele, ekonomiese, sosiale en opvoedkundige welstand. Die betreklik hoë voorkoms van geestesiekte in Suid-Afrika wek egter kommer. Volgens Williams, Herman, Stein e.a. (2007) is daar aanduidings dat die voorkoms van geestesiekte in Suid-Afrika heelwat hoër is as in China, Japan, Nigerië, Duitsland, Italië en Spanje. Die verskil in die voorkoms van geestesiekte tussen Suid-Afrika en Nigerië is veral opmerklik: eersgenoemde toon 'n hoër voorkoms in alle kategorieë buiten distemie, wat in albei lande betreklik min voorkom (Gureje, Lasebikan, Kola e.a. 2006). Wat duidelik is, is die dringende behoefte aan doeltreffende geestesgesondheidsdienste in Suid-Afrika. Daarbenewens het Williams en sy kollegas bevind dat drie uit vier volwassenes in Suid-Afrika by wie geestesiektes gediagnoseer is, oor 'n tydperk van 12 maande geen behandeling ontvang het nie (Williams, Herman, Stein e.a. 2007)

Sielkundige praktykvoering in Suid-Afrika word meestal bedryf volgens 'n individuele model, dit wil sê met die sielkundige en die kliënt in 'n persoonlike terapeutiese verhouding. Volgens Petersen, Flisher en Bhana (2010) berus die opleiding, sosialisering en werksbeskrywing van praktisyns in Suid-Afrika hoofsaaklik op 'n model wat klem lê op individuele remediërende sorg en behandeling, eerder as voorkoming en die algemene bevordering van gesonde gedrag.

Dit laat die vraag ontstaan of die geestesgesondheidssektor oor genoeg hulpbronne beskik om volgens hierdie model doeltreffende dienste te lewer ter bevordering van geestesgesondheid. Volgens Kazdin en Blase (2011) kan die geestesiektelas verlig word slegs indien diegene wat hulp benodig, voldoende menslike hulpbronne tot hul beskikking het. Met *las* word bedoel die persoonlike, sosiale en geldelike eise wat geestesiekte stel. Met *geestesiekte* word bedoel psigiatriese versteurings sowel as kognitiewe, sosiale, emosionele en gedragsfaktore wat tot die belemmering van gesonde gedrag kan bydra. Die geestesiektelas is veral swaar in lae- en middelinkomstelende (Petersen, Lund en Stein 2011).

Aangemelde syfers in die *World Health Atlas* van 2011 (WGO 2011) toon dat die huidige beskikbare menslike hulpbronne om geestesgesondheidsdienste in Afrika te lewer onvoldoende is. Hierdie menslike hulpbronne sluit in sielkundiges, psigiaters, mediese dokters, verpleegsters, maatskaplike werkers, arbeidsterapeute en gemeenskapsgesondheidswerkers wat by geestesgesondheidsinstansies werk. In die algehele geestesgesondheidssektor in Afrika is die getalsverhouding tans 1,7 werkers per 100 000 lede van die bevolking. Dit is die laagste verhouding van alle streke waaroor die Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO) verslag doen (WGO 2011); die hoogste verhouding is in Europa, op 43,9 per 100 000, en die algehele gemiddelde verhouding is 10,7 per 100 000.

Indien daar slegs op sielkundiges en hulle rol in die verligting van die geestesiektelas in Afrika gekonsentreer word, lyk die syfers selfs slegter. Die verhouding in Afrika is 'n skamele 0,04 sielkundiges per 100 000 lede van die bevolking. Hierdie verhouding verswak selfs verder by laerorde sosio-ekonomiese groepe (WGO 2011). In Suid-Afrika is daar ongeveer vier sielkundiges per 100 000 lede van die bevolking.

Sielkundige dienslewering is ook oneweredig versprei, meestal in stedelike gebiede gekonsentreer, en die minste beskikbaar aan die kwesbaarste bevolkingsektore (Williams e.a. 2007).

Dit alles laat die vraag ontstaan of tradisionele (een-tot-een) sielkundige praktykvoering in Suid-Afrika nie met 'n breër model aangevul moet word nie. Dit kan sielkundiges en ander persone in die geestesgesondheidssektor in staat stel om meer mense met 'n behoefte aan sielkundige hulp te bereik. By gebrek daaraan sal die geestesiektelas waarskynlik swaar bly; trouens, dit sal heel moontlik vererger.

In die afgelope paar dekades het die gehalte van ingrepe vir die behandeling van sielkundige probleme wêreldwyd verbeter. Navorsingsgehalte het eweneens toegeneem, en meer klem is geplaas op bewysgegronde behandelingsmetodes (dit wil sê metodes wat sterk op wetenskaplike bewyse steun). Ten spyte hiervan het die voorkoms van geestesiekte egter nié afgeneem nie, en was daar ook nie 'n algemene verbetering in die psigososiale funksionering van die groot internasionale gemeenskap nie (Kazdin en Blase 2011).

Hierdie artikel voer aan dat, ten spyte van vooruitgang in navorsing op die gebied van sielkundige dienslewering, praktisyns in Suid-Afrika nie daarin slaag om geestesiekte in die groter gemeenskap meer effektief te behandel nie. Die oorheersende model van psigoterapie behoort met alternatiewe metodes van sielkundige dienslewering aangevul te word. Volgens die oorheersende model geskied terapie volgens 'n diensleweringmetode wat hoofsaaklik op persoonlike kontak met 'n individu of 'n klein groepie, soos 'n huwelikspaar of gesin, afgestem is (Nathan en Gorman 2007; Weisz en Kazdin 2010). Daarbenewens kan 'n groot deel van die gemeenskap in Afrikalande nie hierdie dienste bekostig nie.

Vervolgens word 'n oorsig gebied van alternatiewe metodes van sielkundige dienslewering wat moontlik 'n groter gedeelte van die bevolking met 'n behoefte aan sielkundige dienste sal kan bereik, en sodoende die geestesiektelas kan verlig.

## **2. Die gebruik van tegnologie**

### **2.1 Landlyntelefone**

Oorsee vind sielkundige ingrepe reeds geruime tyd deur middel van landlyntelefone plaas, wat meebring dat dienste aan 'n groter kliëntenetwerk gelewer kan word. Volgens Hutton (2011) het ongeveer vyf miljoen Suid-Afrikaners toegang tot landlyntelefone. Die meeste telefoon-ingrepe vind gewoonlik in samehang met tradisionele psigoterapie plaas (McKay, Lynch, Shepard en Pettinati 2005; Mohr, Hart, Julian e.a. 2005).

Die meeste navorsing oor die aanwending van landlyntelefone vir sielkundige ingrepe hou met depressiebehandeling verband (Lynch, Tamburrino en Nagel 1997; Miller en Weissman 2002; Mohr e.a. 2005; Mohr, Hart en Marmar 2006; Mohr, Likosky, Bertagnolli e.a. 2000; Sandgren en McCaul 2003; Simon, Ludman, Tutty e.a. 2004; Tutty, Simon en Ludman 2000). In 'n metaontledingstudie het Mohr, Vella, Hart e.a. (2008) bevind dat depressieverwante psigoterapie met behulp van landlyntelefone 'n beduidende afname in

depressiesimptome tot gevolg gehad het. Mohr e.a. (2008) wys egter ook daarop dat die resultate van hierdie metaontleding nie juis lig werp op die profiel van pasiënte wat by telefoonbehandeling kan baat vind of dalk nie vir telefoonbehandeling geskik is nie.

Die Nasionale Kankerinstituut in die VSA het 'n studie gedoen wat die potensiële gebruik van 'n telefoongebaseerde ingreep op gesondheidsielkundige gebied goed illustreer (Lichtenstein, Zhu en Tedeschi 2010). Hierdie ingreep bestaan uit telefoonlyne (sogenaamde *quitlines*) wat in 50 Amerikaanse state beskikbaar gestel word aan kliënte wat wil ophou rook. Inbellers ontvang 'n gestandaardiseerde ingreep met verskeie komponente, soos boodskappe wat vooraf opgeneem is, aktiewe telefoonvoorligting of daaropvolgende oproepe van 'n voorligter. Die doel is om kliënte te motiveer, sosiaal te ondersteun en met vaardighede toe te rus wat hulle in staat sal stel om onttrekkingsimptome te oorkom en sosiale druk om weer te begin rook te weerstaan. 'n Bykomende doelstelling van die ingreep is om kliënte se selfdoeltreffendheid te verhoog ten einde te verseker dat hul pogings om op te hou rook volhoubaar is (Orleans, Schoenbach, Wagner e.a. 1991; Zhu, Tedeschi, Anderson en Pierce 1996). Hierdie telefoongebaseerde ingreep het 'n wye reikwydte in die VSA, asook in verskeie lande in Europa, Asië en die Suidsee-eilande. Alhoewel die inhoud en struktuur van die ingreep van lyn tot lyn wissel, duur die eerste oproep tipies korter as 'n uur, waartydens die kliënt ingelig word oor die aard van die program en daar ooreengekom word oor 'n datum waarop die kliënt sal ophou rook. Daaropvolgende telefoonoproepe duur 10 tot 15 minute elk en geskied oor 'n paar maande (Zhu en Pierce 1995).

'n Verdere interessante bevinding was die betreklik lae uitsaksyfer onder "telefoonkliënte" in vergelyking met die syfer by tradisionele psigoterapie. Dit kan daaraan toegeskryf word dat kliënte dit makliker vind om bloot die telefoon te gebruik eerder as om fisies te moet reis om by die terapeut uit te kom.

Veral vir laerinkomstegroepe in Suid-Afrika hou dié bevinding groot belofte in, aangesien dit daartoe kan bydra dat kliënte langer met hul behandeling sal volhou en terapeutiese ingrepe dus doeltreffender sal wees. Hierdie soort ingreep kan met vrug in Suid-Afrikaanse verband aangewend word, aangesien daar bewyse bestaan dat arm gemeenskappe wat gewoonlik van tradisionele ondersteuningsprogramme uitgesluit word, hetsy weens logistieke of weens ander beperkinge, hiermee bereik kan word (Maher, Rohde, Dent e.a. 2007; Zhu, Wong, Stevens e.a. 2010).

## **2.2 Die internet**

Psigoterapeutiese ingrepe word ook reeds langer as 'n dekade deur middel van die internet onderneem. Verskillende terme word hiervoor gebruik, onder andere *e-terapie*, *aanlyn terapie*, *internet-terapie*, *kuberterapie* en soms ook *e-gesondheid* (Barak, Hen, Boniel-Nissim en Shapira 2008). Alhoewel pogings aangewend is om spesifieke terme te assosieer met aktiwiteite wat meer gefokus is (byvoorbeeld *kuberterapie* wanneer virtuele sagteware gebruik word), was dit nie suksesvol nie en word hierdie terme uitruilbaar gebruik.

Afgesien van die gebruik van spesifieke terme is daar tog sekere faktore wat bepaalde soorte terapeutiese ingrepe oor die internet van mekaar onderskei. Hierdie faktore is:

- Gaan die ingreep met interaktiewe e-kommunikasie tussen terapeut en kliënt gepaard (noem dit e-terapie), of is dit 'n selfhelp-webgebaseerde ingreep (noem dit webterapie)?
- Vind die ingreep in werklike tyd of in vertraagde tyd plaas?
- Watter kommunikasiemetode word gebruik: slegs teksboodskappe of ook videogrepe?
- Is die in plaas op individue of groepe gerig?
- Watter soort terapeutiese benadering word gevolg?

Oor die afgelope paar jaar is internetgebaseerde programme toenemend in die behandeling en voorkoming van sielkundige probleme en geestesiektes gebruik (Carlbring en Andersson 2006; Myers, Swan-Kremeier, Wonderlich e.a. 2004; Patten 2003; Pull 2006). Die voordeel van hierdie programme is dat dit op enige plek en te eniger tyd beskikbaar is om ondersteuning te bied aan persone wat gewoonlik beperkinge ondervind om tradisionele sielkundige sorg te bekom. Daarbenewens gebeur dit dikwels dat persone wat hulp nodig het, te lank wag voordat hulle hulp soek. Internetgebaseerde programme kan sulke persone in 'n vroeër stadium bereik en gepaste ingrepe teen 'n laer koste as tradisionele psigoterapie beskikbaar stel.

Internasionaal is daar reeds heelwat literatuur wat bewys lewer van die suksesvolle gebruik van die internet vir psigoterapeutiese ingrepe, onder andere vir die behandeling van:

- *depressie* (Andersson, Bergström, Hollandäre e.a. 2005; Andersson en Cuijpers 2009; O'Kearney, Gibson, Christensen en Griffiths 2006; Spek, Cuijpers, Nyklıcek e.a. 2008; Perini, Titov en Andrews 2009)
- *angsversteurings* (Kenardy, McCafferty en Rosa 2003 en 2006; March, Spence en Donovan 2009)
- *eetversteurings* (Bruning Brown, Winzelberg, Abascal en Taylor 2004; Heinicke, Paxton, McLean en Wertheim 2007; Zabinski, Angela, Celio e.a. 2003)
- *sosiale fobies* (Berger, Hohl en Caspar 2009; Carlbring, Furmark, Steczko e.a. 2006; Carlbring, Gunnarsdottir, Hedensjo e.a. 2007)
- *paniekversteurings* (Kiropoulos, Klein, Austin e.a. 2008; Kleina, Richards en Austin 2006).

'n Alternatiewe metode om sielkundige ingrepe oor die internet te onderneem, is om selfhelpprogramme te ontwikkel. 'n Voorbeeld hiervan is 'n internetgebaseerde program genaamd MoodGYM (<http://moodgym.anu.edu.au>) wat die Australiese Nasionale Universiteit ontwikkel het. Dié selfhelpprogram pas die beginsels van kognitiewe gedragsterapie toe om depressie te voorkom en te behandel. Dit bestaan uit vyf opeenvolgende, interaktiewe modules wat weekliks beskikbaar gestel word. Alle aspekte van die program word in die sesde week hersien. Geen direkte terapeutiese inset word gelewer nie, maar deelnemers word elke week gebel om vas te stel of hulle die webtuiste besoek het en om verdere besoeke asook die afhandeling van huiswerk aan te moedig. In hulle studie het Christensen, Griffiths en Jorm (2004) bevind dat hierdie program 'n vermindering in wanfunksionele gedrag en depressiesimptome tot gevolg gehad het.

'n Omvattende metaontledingstudie (Barak e.a. 2008) lewer ook sterk bewys dat internetgebaseerde sielkundige dienslewering ewe doeltreffend as die tradisionele model van individuele terapie kan wees. Volgens Barak en sy kollegas het internetgebaseerde dienslewering 'n impakwaarde van .53 ('n gemiddelde impak), wat met dié van individuele psigo-terapie ooreenstem.

Internetgebaseerde programme wat kliënte se individuele behoeftes in ag neem, is ook reeds ontwikkel. 'n Voorbeeld van so 'n program is dié van Bauer, Moessner, Wolf e.a. (2009), wat op vroeë ingryping in, en voorkoming van, eetversteurings afgestem is. Wat hierdie program van baie ander onderskei, is dat dit 'n pasgemaakte strategie volg, waardeur die kliënt se individuele behoeftes die intensiteit van die ingreep bepaal. Vir ernstiger probleme volg die internetgebaseerde program dus meer intense benaderings. Gevolglik word individuele deelnemers se toestand voortdurend gemonitor, sodat hulle bykomende ingrepe kan ontvang indien so 'n behoefte sou ontstaan. Die program volg daarom ook 'n buigsamer benadering as dié van baie ander ingrepe, waar alle deelnemers dieselfde hoeveelheid en intensiteit ondersteuning ontvang (soos 'n vaste aantal sessies per week, met dieselfde intensiteit, en in dieselfde volgorde).

Die volhoubaarheid van behandelingsimpak is 'n groot uitdaging in sielkundige praktykvoering, veral wanneer hulpbronne skaars en duur is, soos in Suid-Afrika. In plaas daarvan om op lang termyn met skaars en duur individuele terapie voort te gaan, kan internetgebaseerde nasorg-ingrepe dus ontwikkel word om die volhoubaarheid van die behandelingsimpak aan te vul. Gulec, Moessner, Mezei e.a. (2011) het so 'n ondersteuningsprogram ontwikkel wat deur navorsing geverifieer is. Dit behels 'n internetgebaseerde ingreep om die terapeutiese impak van behandeling vir die eetversteuring bulimia nervosa ná terapie te laat voortduur. Die ingreep het uit verskillende komponente, soos psigo-opvoeding, selfhulp, portuurgroepondersteuning en voorligting, bestaan. Gulec en haar kollegas meld dat die program bewys gelever het dat buigsame en pasgemaakte internetgebaseerde ingrepe nuttig kan wees om die uitwerking van terapeutiese behandeling vir eetversteurings te laat voortduur. Kliënte het goed op die program gereageer en met die verskillende komponente volhard. Die studie het ook bevestig dat kliënte ná die staking van aktiewe terapeutiese behandeling heterogene ondersteuningsbehoefte ondervind. Die internet leen hom uitstekend daartoe om kostedoeltreffend in hierdie behoeftes te voorsien. Verdere navorsing is egter nodig om die doeltreffendheid van sulke nasorgprogramme in die behandeling van sielkundige probleme en geestesiektes in Suid-Afrikaanse verband te ondersoek.

Die gebruik van die internet om sielkundige ingrepe te onderneem is aanvanklik hewig gekritiseer, onder andere ten opsigte daarvan dat dit nieverbale kommunikasie, soos gesigsuitdrukkinge en lyftaal, in die slag laat bly; dat dit tot probleme met etiese kwessies, vertroulikheid en die hantering van krisissituasies kan lei; dat wetlike aspekte nog nie voldoende aandag ontvang het nie; en dat die opleiding van sielkundiges nie voldoende vir hierdie soort ingrepe voorsiening maak nie (Lester 2006; Wells, Mitchell, Finkelhor en Becker-Blease 2007). Op internasionale vlak is party van hierdie kwelpunte reeds hanteer, soos byvoorbeeld etiese kwessies (Chester en Glass 2006; Grohol 2004), maar in Suid-Afrika moet heelwat werk nog gedoen word, veral ten opsigte van die opleiding van professionele sielkundiges. Tot op hede kry diegene wat hul by Suid-Afrikaanse universiteite



as sielkundiges bekwaam, geen opleiding in alternatiewe metodes van sielkundige dienslewering nie (Gesondheidsberoepsraad van Suid-Afrika 2010).

Volgens Goldstuck (2012) is daar 'n sterk toename in internetgebruik in Suid-Afrika, hoofsaaklik as gevolg van die invloed van selfone en, in die afgelope jaar of twee, 'n toename in die gebruik van slimfone. Die 6,8 miljoen Suid-Afrikane wat teen die einde van 2010 toegang tot die internet gehad het, het slegs 'n jaar later tot 8,5 miljoen aangegroei. Die verwagting was dat hierdie syfer teen die einde van 2012 tot ongeveer 10 miljoen sou kon toegeneem het. Die meeste van hierdie gebruikers verkry internettoegang deur middel van hul selfone en slimfone. 'n Groot gedeelte van die Suid-Afrikaanse samelewing sou dus inderdaad deur internetgebaseerde terapeutiese ingrepe bereik kon word.

### **2.3 Selfone en slimfone**

Selfoongebruik neem teen 'n geweldige tempo toe. In minder as 20 jaar het hierdie tegnologie ontwikkel van skaars en duur tot vryelik beskikbaar en bekostigbaar. Tans het sowat 75% van alle mense wêreldwyd toegang tot 'n selfoon, terwyl selfoontoegang in sommige ontwikkelende lande toegang tot 'n bankrekening, elektrisiteit en selfs skoon water oortref (Lamprecht 2012). Ongeveer 29 miljoen Suid-Afrikane gebruik deesdae selfone – bykans ses keer meer as diegene wat landlyntelefone gebruik (Hutton 2011).

Preziosa, Grassi, Gaggioli en Riva (2009) beklemtoon die volgende belangrike voordele wat selfone vir sielkundige praktykvoering kan inhou:

- Die algemene beskikbaarheid en gebruik van selfone hou aan toeneem, wat beteken dat verskeie individue en groepe vir navorsings- en terapeutiese doeleindes bereik sal kan word.
- Gevorderde multimediategnologieë bespoedig interaktiewe terugvoer, en bevorder sodoende die terapeutiese proses, asook die oordrag van terapieë verworwe vaardighede na die alledaagse lewe.
- Selfone waarborg voorts die onmiddellike beskikbaarheid van tersaaklike inhoud vir die pasiënt se omstandighede.
- Selfone word algemeen as normale gebruiksartikels beskou, wat daartoe kan bydra dat kliënte sielkundige dienslewering deur hierdie medium makliker as die tradisionele soort sielkundige dienslewering sal aanvaar.

Selfs sonder internetgebruik kan selfone en slimfone op alternatiewe maniere vir sielkundige of terapeutiese ingrepe aangewend word. Tot dusver is die algemeenste metode waarvoor daar reeds navorsing onderneem is, die gebruik van kort teksboodskappe (SMS'e). 'n Voorbeeld hiervan is die studie deur Bauer, De Niet, Timman en Kordy (2010), waarin SMS'e suksesvol gebruik is vir selfmonitering en persoonlike terugvoer in die behandeling van vetsug by jong kinders. 'n Positiewe resultaat was dat 67% van die kinders met deelname aan die SMS-ingreep volhard het. Dit stem ooreen met die resultate van vorige navorsing, wat bevind het dat die volhardingsyfer met SMS-gebaseerde monitering beter is as met papiergebaseerde monitering (Shapiro, Bauer, Kordy e.a. 2008). Joyce en

Weibelzahl (2011) bevind op hulle beurt dat studente nie ongeneë is om SMS'e te ontvang nie, en dat sulke boodskappe daartoe kan bydra dat studente wat hulp nodig het, meer gereedelik van 'n instansie se voorligtingsdienste sal gebruik maak.

Bauer, Percevic, Okon e.a. (2003) het 'n SMS-ingreep vir die nasorg van bulimiepatiënte onderneem. Die ingreep, in die vorm van weeklikse terugvoer, is vir ses maande beskikbaar gestel aan pasiënte wat hul psigoterapeutiese behandeling voltooi het. Die terugvoer het bestaan uit 'n kombinasie van gestandaardiseerde boodskappe en persoonlike terugvoer. Die resultate dui daarop dat SMS'e doeltreffend gebruik kan word ter aanvulling van tradisionele psigoterapie in die behandeling van bulimie. Die voordele van so 'n ingreep sluit kostedoeltreffendheid, naamloosheid, 'n groot reikwydte, en veral pasgemaakte aanbieding in. Volgens aanduidings reageer kliënte beter op ingrepe wat op een of ander wyse by hulle individuele behoeftes en eienskappe aangepas is. Trouens, studies bevind dat van die deelnemers ontevrede was met die inhoud van gestandaardiseerde SMS'e wat aan almal gestuur is (Franklin, Waller, Pagliari en Greene 2006; Joo en Kim 2007; Weitzel, Bernhardt, Usdan e.a. 2007).

Matthews, Doherty, Sharry en Fitzpatrick (2008) het op hulle beurt ondersoek ingestel na die moontlike bruikbaarheid van selfone as nuttige en gebruikersvriendelike hulpmiddels om terapeutiese ondersteuningsdienste aan adolessente te lewer. Vir hulle studie het hulle adolessente gevra om selfone te gebruik om van hul gemoedstoestand rekord te hou. Gemoedstoestandmonitering word algemeen gebruik in die terapeutiese behandeling van 'n verskeidenheid toestande, onder meer bipolêrepersoonlikheidsversteuring, aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring en obsessief-kompulsiewe versteuring. Talle studies het al bewys dat gereelde en betroubare gemoedstoestandmonitering 'n positiewe uitwerking op die uitkoms van terapeutiese ingrepe het (Bauer, Rasgon, Grof e.a. 2005; Leverich en Post 1996). Matthews en sy kollegas het bevind dat selfone 'n doeltreffende manier is om adolessente hul gemoedstoestand te laat monitor. Adolessente verkies ook om selfone eerder as die tradisionele papiermetode vir hierdie doel te gebruik. Die selfoon is immers privaat, kostedoeltreffend, gebruiksvriendelik en persoonsgerig.

Die afgelope dekades reeds is die uitbreiding van psigoterapie na 'n kliënt se alledaagse lewe 'n belangrike komponent van die behandeling van geestesiekte en ander sielkundige verstourings. Sodanige uitbreiding behels die inoefening van vaardighede en die afhandeling van take tussen behandelingssessies (Kazantzis en L'Abate 2007). Hierdie take tussen behandelingssessies word algemeen in kognitiewe en gedragsterapie gebruik, waar kliënte huiswerk kry om sekere terapeutiese verworwe vaardighede in te oefen (Kazantzis, Deane en Ronan 2000). Hierdie benadering word nou ook uitgebrei om gesonde gedrag te bevorder en psigososiale ingrepe te onderneem. Heron en Smyth (2010) verwys daarna as ekologiese momentele ingrepe (*ecological momentary interventions*, oftewel *EMIs*). Die kenmerke van EMI's is dat dit ekologies geldig is (word dus in die kliënt se natuurlike omgewing onderneem) en op bepaalde momente in die kliënt se alledaagse lewe geskied, sodat dit in reële tyd (*real time*) asook in die werklike lewe (*real world*) ondersteuning kan bied (Heron en Smyth 2010).

'n Voorbeeld van 'n studie waarin 'n EMI gebruik is om gesonde gedrag te bevorder, is dié deur Rodgers, Corbett, Bramley e.a. (2005), wat ondersoek ingestel het na die doeltreffendheid van 'n selfoon-ingreep om 'n groot steekproef jong rokers te laat ophou rook.

Meer as duisend SMS'e met tersaaklike inligting oor die staking van die rookgewoonte is opgestel. Die inhoud van hierdie boodskappe is aangepas op grond van individuele kliënte se rookgeskiedenis en struikelblokke om op te hou rook. Die tydsberekening vir die versending van die boodskappe is bepaal deur die datum waarop 'n kliënt graag wou ophou rook. Kliënte het vir 'n week voor die ophoudatum vyf boodskappe per dag ontvang, asook vir vier weke daarna. Dan het hulle vir ses maande drie boodskappe per week ontvang. Indien kliënte ondersteuning nodig gehad het, kon hulle die beskikbare nommer bel. Die resultate het getoon dat 28% van die deelnemers ná ses weke ophou rook het, 29% ná 12 weke, en 25% ná 26 weke.

Die meeste selfoongebruikers het ook 'n hegte, byna emosionele band met hul fone, en hou dit heeldyd byderhand. Ook dít maak sinvolle ingrepe moontlik. 'n Nuwe band tussen terapeut en kliënt is immers 'n belangrike voorvereiste vir suksesvolle behandeling (Horvath en Luborsky 1993). Morris (2012) reken dat dieselfde soort vertrouensverhouding wat tussen 'n lewende terapeut en kliënt bestaan, bewerkstellig kan word deur tegnologieë (soos selfone en slimfone) wat gereelde, interaktiewe kommunikasie en konsultasie moontlik maak. In psigoterapie verkry die kliënt egter insig deur 'n dinamiese wisselwerking tussen terapeut en kliënt. Die uitdaging is dus hoe tegnologie aangewend kan word om 'n soortgelyke dinamiese wisselwerking tussen 'n toestel en die kliënt te bewerkstellig (Morris 2012).

Die toenemende gebruik van veelfunksie-slimfone, en die toenemende aantal slimfoontoepassings, bied nuwe moontlikhede om terapeutiese ingrepe te onderneem. Alhoewel die meeste mense in Suid-Afrika gewone selfone gebruik, word slimfone al hoe gewilder en meer bekostigbaar. Volgens Dewar (2011) gebruik ongeveer 15% van die Suid-Afrikaanse bevolking slimfone.

'n Voorbeeld van hoe 'n slimfoongebaseerde toepassing in die behandeling van grenslynpersoonlikheidsversteuring aangewend kan word, is te vinde in die studie van Rizvi, Dimeff, Skutch e.a. (2011). Grenslynpersoonlikheidsversteuring gaan dikwels met middelmisbruik gepaard, en lei tot onstabiliteit in pasiënte se gemoedstoestand, interpersoonlike verhoudings, selfbeeld en gedragsbeheer. Wêreldwyd is die voorkomssyfer van grenslynpersoonlikheidsversteuring ongeveer 6% (Grant, Chou, Goldstein e.a. 2008). Dit is onbekend watter persentasie van die Suid-Afrikaanse bevolking aan grenslynpersoonlikheidsversteuring ly. Suliman, Stein, Williams en Seedat (2008) doen egter verslag dat ongeveer 6,8% van Suid-Afrikaners aan een of ander vorm van persoonlikheidsversteuring ly.

Dialektiese gedragsterapie (DGT) is 'n goedgevestigde en doeltreffende behandelingsmetode vir grenslynpersoonlikheidsversteuring (Linehan 1993 en 2010). Rizvi en sy kollegas het 'n slimfoontoepassing ontwikkel wat as hulpmiddel gebruik kan word om, in samehang met standaard-DGT, kliënte ook met 'n bepaalde vaardigheid, naamlik teenoorgestelde aksie, in hul natuurlike omgewing toe te rus. Hierdie vaardigheid is 'n gedragstegniek wat emosies reguleer en daarop afgestem is om oombliklike negatiewe emosies deur middel van teenoorgestelde gedragswyses teen te werk. Die meeste kliënte het van die toepassing gebruik gemaak en aangedui dat hulle tevrede was met die toepassing en dat dit maklik was om te gebruik. Daar was 'n beduidende afname in die intensiteit van negatiewe emosies, asook in die behoefte om middels te gebruik. Kliënte het ook 'n afname in algemene depressiesimptome aangemeld. Rizvi en sy kollegas het dus tot

die gevolgtrekking gekom dat slimfoontoepassings doeltreffende hulpmiddels kan wees wanneer 'n kliënt nie direkte toegang tot sielkundige dienste het nie. In Suid-Afrika is daar egter nog geen navorsing in hierdie verband onderneem nie.

Op hulle beurt het Morris, Kathawala, Leen e.a. (2010) ook 'n slimfoongebaseerde toepassing ontwikkel. Dié toepassing berus op die beginsels van kognitiewe gedragsterapie ten einde emosionele bewustheid en selfregulering, synde belangrike vaardighede by geestesgesonde individue, by kliënte te bewerkstellig. Die toepassing moedig kliënte aan om daaglik met behulp van 'n raakskerm hul emosies en emosievlakke aan te meld. Dan word terapeutiese oefeninge op grond van kognitiewe gedragsbeginsels verskaf om kliënte hul negatiewe emosievlakke te help reguleer. Na afloop van hul studie het Morris en haar kollegas bevind dat die toepassing tot 'n toename in emosionele bewustheid en beter stresregeringsvaardighede bygedra het.

#### **2.4 Faktore wat tegnologie-gebaseerde terapie kan beïnvloed**

Die doeltreffendheid van ingrepe deur middel van mobiele tegnologie kan deur verskeie faktore beïnvloed word, soos kliënte se ouderdom, tegnologiese geletterdheid en taalvaardigheid, bepaalde etiese aspekte, asook praktykstandaarde.

Wat ouderdom betref, is jonger kliënte gewoonlik meer ontvanklik vir ingrepe deur mobiele tegnologie as ouer kliënte, wat daartoe kan lei dat gedragsverandering wat deur mobiele tegnologie teweeggebring word, meer blywend is by jonger kliënte (Franklin e.a. 2006; Obermayer, Riley, Asif en Jean-Mary 2004; Weitzel e.a. 2007). Daar is egter bewyse dat middeljarige en ouer volwassenes wél ook ontvanklik kan wees vir, en baat vind by, sulke ingrepe (Atienza, King, Oliveria e.a. 2008; King, Ahn, Oliveria e.a. 2008). Die verskaffing van ingrepe deur mobiele tegnologie aan bejaarde persone hou egter unieke uitdagings in ten opsigte van die ontwikkeling van die ingreep, motivering van kliënte, en fisiese beperkinge (Arning en Ziefle 2007; Sterns 2005).

Die vlak van tegnologiese geletterdheid en taalvaardigheid sal ook oordink moet word voordat doeltreffende ingrepe sal kan geskied. In Suid-Afrika kan dit 'n probleem wees, aangesien geletterdheidsvlakke onder veral die laer sosio-ekonomiese groepe swak is. 'n Bykomende probleemgebied is dat daar in Suid-Afrika 11 amptelike landstale is, wat dit moeilik, en in sommige gevalle selfs onmoontlik, maak om dienste in kliënte se moedertaal te lewer. (Dit geld natuurlik ook die tradisionele model van individuele psigoterapie.)

In tradisionele vorme van psigoterapie is praktyk-etiek en -standaarde ook meer voor die hand liggend as in psigoterapie deur middel van moderne tegnologie. In Suid-Afrika swyg die handleiding van die Gesondheidsberoepsraad van Suid-Afrika (Gesondheidsberoepsraad van Suid-Afrika 2010) byvoorbeeld tot dusver nog oor praktyk-etiek en -standaarde ten opsigte van die gebruik van moderne tegnologie. Problematiese aspekte wat aandag verg, sluit die volgende in: Hoe kan die handhawing van volkome vertroulikheid verseker word? Is die ontvanger van psigoterapie deur middel van mobiele tegnologie deurgaans dieselfde kliënt? Hoe kan inligting wat die kliënt elektronies verskaf, veilig bewaar word? Watter vorme van sielkundige probleme of geestesiekte kan deur moderne tegnologie behandel word, en watter nie? Vir watter ouderdomsgroepe is hierdie

soort psigoterapie geskik? Hoe kan daar verseker word dat diensverskaffers wél binne hul kwalifikasieraamwerk en op hul spesialiteitsgebied funksioneer?

### 3. Die benutting van nieprofessionele persone

Die literatuur toon ook dat nieprofessionele persone doeltreffend gebruik kan word vir ingrepe ter bevordering van gesonde gedrag, soos wat etlike studies onder bevolkings van Afro-Amerikaanse afkoms bewys (Eng en Parker 2002). Die kern van sulke intervensiemodelle is dat die nieprofessionele persone wat die ingrepe onderneem, uit die gemeenskap kom wat bedien word, en dus meer geloofwaardig sal wees.

'n Voorbeeld is die studie deur Crosby, DiClemente, Charnigo e.a. (2009), wat ondersoek ingestel het na die doeltreffendheid van 'n kort, kliniekgebaseerde program wat die beoefening van veiliger seks wou bevorder by jong mans wat pas met 'n seksueel oordraagbare siekte gediagnoseer is. 'n Nieprofessionele gesondheidsadviseur wat opgelei is om die intervensie te onderneem, het die program eenmalig vir die proefgroep aangebied. Die adviseur was 'n jong swart man wat in dieselfde gebied as die kliënte grootgeword en gewoon het. Die resultate van die studie het daarop gedui dat, in vergelyking met die kontrolegroep, mans in die proefgroep (i) meer geneig was om aan te meld dat hulle kondome gebruik, (ii) minder geneig was om verdere seksueel oordraagbare siektes op te doen, (iii) aangemeld het dat hulle minder seksmaats gehad het, en ook (iv) minder aan onbeskermdede seksdade meegedoen het. Crosby en sy kollegas het dus tot die gevolgtrekking gekom dat kort, kliniekgebaseerde ingrepe deur nieprofessionele persone moontlik doeltreffend aangewend kan word in die bevordering van gesonder seksuele gedrag.

Die voordele van sulke programme is dat dit kort is en 'n gedeelte van die gemeenskap kan bereik wat gewoonlik van sodanige terapeutiese ingrepe uitgesluit word. In die veelkulturele Suid-Afrikaanse verband kan die benutting van nieprofessionele persone uit die betrokke gemeenskappe moontlik 'n waardevolle bydrae tot ingrepe lewer, aangesien hulle die ingrepe in die teikenkliënte se moedertaal kan aanbied.

Ouers se betrokkenheid by tradisionele kinderpsigoterapie is ook lank reeds standaardprosedure (Weisz 2004). As nieprofessionele persone kan ouers dus ook 'n rol speel in die verskaffing van behandelingsprogramme aan ander ouers en gesinne, asook aan hul eie kinders (Hoagwood, Cavaleri, Olin e.a. 2010). 'n Voorbeeld hiervan is te vinde in die studie deur Turrise, Jaccard, Taki e.a. (2001), wat ondersoek ingestel het na die doeltreffendheid van 'n ingreep om die omvang van drankmisbruik by eerstejaar-kollegestudente te verminder. Ouers is toegerus met 'n handleiding met riglyne en instruksies vir die ingreep, wat in die tyd tussen skoolverlating en die aanvang van kollegeopleiding onderneem is. In vergelyking met 'n kontrolegroep het die studente wat die ingreep ontvang het, beduidend meer positiewe uitkomstige ten opsigte van drankgebruik getoon.

#### 4. Selfhulp

Veral oorsee bestaan die selfhelpbeweging in geestesgesondheid reeds jare lank. Selfhelpingrepe maak onder andere gebruik van mediahulpmiddels soos klankopnames, boeke, video's en die internet. Verskeie selfhelpboeke (ook bekend as biblioterapie) is byvoorbeeld beskikbaar vir 'n verskeidenheid geestesgesondheidsprobleme, waaronder angsversteurings, depressie, eetversteurings, seksuele wanfunksionering, slaapversteurings en alkoholisme (Harwood en L'Abate 2010).

'n Voorbeeld van 'n selfhelpingreep vir paniekversteurings oor die internet is dié van Richards en Alvarenga (2002). Die ingreep bestaan uit vyf modules wat inligting verskaf oor (i) die aard van paniek; (ii) die oorsake en gevolge van paniek; (iii) die kognitiewe, fisiologiese en gedragskomponente van paniek, en die wisselwerking daartussen; (iv) negatiewe selfbeoordeling en katastrofering, en (v) strategieë om paniekaanvalle te hanteer. Richards en Alvarenga het bevind dat deelnemers aan hierdie ingreep 'n beduidende afname getoon het in die gereeldheid van paniekaanvalle, asook in die ervaring van ongemak tydens hierdie aanvalle.

Volgens Harwood en L'Abate (2010) is self- en professionele hulp 'n kontinuum wat strek van een uiterste, waar die persoon volkome onafhanklik optree, sonder enige hulp van 'n professionele persoon, tot die ander uiterste, waar die persoon algeheel afhanklik is van professionele hulp – met 'n verskeidenheid moontlikhede tussen hierdie twee uiterstes. Hulle meen dus dat selfhulp onderverdeel kan word in: (i) selfhulp met weinig indien enige hulp van ander vrywilligers; (ii) selfhulp met deelydse semiprofessionele hulp; (iii) selfhulp met deelydse professionele hulp; (iv) en selfhulp met voltydse professionele hulp. Dit is dus duidelik dat selfhulp moontlik 'n groot rol in die bevordering van geestesgesondheid in Suid-Afrika kan speel, aangesien dit verskeie kliëntepopulasies kan bereik. Verskillende wetenskaplike en professionele dissiplines kan betrek word en persone van verskillende vlakke van professionele opleiding, van professionele persone met akademiese kwalifikasies tot vrywilligers met hoërskoolopleiding, kan benut word.

Die probleem is egter dat daar dikwels 'n gaping tussen privaat praktisyns se werk en selfhulp bestaan. Die meeste praktisyns probeer nie eens om kliënte ná terapie by verdere selfhelpprogramme te betrek wat bedoel is om nuwe, terapeuties verworwe vaardighede te versterk of te ontwikkel nie. Dit is heel moontlik daaraan te wyte dat die professionele opleiding van sielkundiges weinig, indien enige, aandag aan selfhulp skenk (Harwood en L'Abate 2010).

Alhoewel min voorbeelde van selfhelpingrepe in Suid-Afrika gevind kon word, is daar wel die Suid-Afrikaanse Federasie vir Geestesgesondheid (SAFG) wat individue en groepe in die gemeenskap bystaan om selfhelp- en ondersteuningsgroepe te vorm en om opvoedkundige leesstof oor geestesgesondheid en psigiatriese versteurings voor te berei en te versprei (Suid-Afrikaanse Federasie vir Geestesgesondheid 2012). Ondersteuningsgroepe wat onder die sambreel van die SAFG val, sluit in ondersteuningsgroepe vir Asperger-sindroom, outisme, en angs en depressie.

## 5. Radio en televisie

Radio en televisie bied die potensiaal om sekere soorte ingrepe te onderneem en groepe te bereik wat gewoonlik nie met tradisionele terapeutiese benaderings bereik kan word nie. Sosiale verandering kan byvoorbeeld bewerkstellig word deur opvoedkundige beginsels by vermaaklikheidsprogramme op radio of televisie in te sluit. Kwessies wat op hierdie manier aangeroeer kan word, is onder andere gesinsbeplanning, volwassenegeletterdheid, MIV/Vigs-voorkoming, seksopvoeding en ouerleiding (Singhal, Cody, Rogers en Sabido 2003).

'n Voorbeeld van die gebruik van radio om gedragsverandering teweeg te bring is die studie van Smith, Downs en Witte (2007). Hulle het ondersoek ingestel na die invloed van 'n radiodrama op die gedragsvoornemens van 'n groep Ethiopiërs ten opsigte van die voorkoming van MIV-oordrag. Die resultate het getoon dat deelnemers se opvattinge oor hul persoonlike doeltreffendheid in Vigs-voorkoming sterker was, en dus aanleiding gegee het tot die voorneme om minstens een voorkomende gedragswyse te openbaar.

Sanders, Montgomery en Brechman-Toussaint (2000) het weer die invloed van 'n televisiereeks van 12 episodes op ontwrigtende gedrag by jong kinders asook op gesinsaanpassing ondersoek. In vergelyking met 'n kontrolegroep het ouers in die proefgroep beduidend minder ontwrigtende gedragswyses by hul kinders opgemerk en self ook beduidend hoër vlakke van bekwaamheid as ouers ervaar. Hierdie positiewe uitkomst is ses maande ná die ingreep steeds aangemeld.

## 6. Die multimodale model en professionele opleiding

Hierdie artikel voer aan dat die tradisionele individuele model van psigoterapie in Suid-Afrika tot 'n multimodale model uitgebrei behoort te word. Aangesien individuele psigoterapie steeds die standaardmetode vir die verskaffing van sielkundige en geestesgesondheidsdienste in Suid-Afrika is, is die uitdaging om van hierdie dienslewingsmodel as uitgangspunt na 'n multimodale model te beweeg. So 'n model kan ook ander, nietradisionele metodes van dienslewering insluit en groter gedeeltes van verskillende bevolkings bedien.

Chipps, Ramlall en Mars (2012) het voorstelle gemaak as voorvereistes vir die suksesvolle implementering van 'n telepsigiatriemodel in die Suid-Afrikaanse konteks. Voordat met die ontwikkeling van 'n multimodale model vir die sielkunde begin word, kan daar moontlik met vrug na hierdie voorstelle gekyk word. Dit sluit in:

1. 'n Situasionele ontleding en behoeftebepaling.
2. 'n Evaluering van die uitvoerbaarheid, volhoubaarheid, voordele en nadele van die model.
3. Strategiese beplanning vir die implementering van die model.
4. Evaluering van infrastruktuur.

5. Kosteprojektsies.
6. Opleiding van alle betrokkenes ten einde die model te kan ondersteun.
7. Monitering en beplanning vir die evaluering van die effektiwiteit van die model.

Om 'n multimodale model van dienslewering in Suid-Afrikaanse geestesgesondheidsverband te verwesenlik, is verdere navorsing egter noodsaaklik om, net soos op die gebied van m-gesondheid (Van Heerden, Tomlinson en Swartz 2012), 'n grondslag van empiriese bewyse te lê wat die doelmatigheid en kostedoeltreffendheid van hierdie soort ingrepe sal ondersteun. In Suid-Afrika kan sulke navorsing natuurlik eers onderneem word indien 'n multimodale model van dienslewering 'n werklikheid word. Die professionele opleiding van studente in die geestesgesondheidssektor (sielkunde, psigiatrie, maatskaplike werk) maak egter nie tans vir so 'n model voorsiening nie. Problematiese aspekte is die kwessie van akkreditasie, asook beheer oor wie watter dienste mag lewer.

In die sielkunde word die diensleweringmodel grootliks deur die akkreditasie van professionele opleidingsprogramme bepaal. 'n Multimodale model wat ook ander diensleweringmetodes benewens tradisionele psigoterapie insluit, is nie 'n akkreditasievereiste van die Gesondheidsberoepsraad van Suid-Afrika nie (Gesondheidsberoepsraad van Suid-Afrika 2010). Indien navorsers nuwe diensleweringmodelle sou ontwikkel, is daar dus geen waarborg dat hierdie modelle in die praktyk toegepas sal word nie.

In 'n multimodale model kan ingrepe ook moontlik onderneem word deur nieprofessionele persone wat nie by die Gesondheidsberoepsraad van Suid-Afrika geregistreer is nie. Dít hou weer bepaalde implikasies vir toesig oor, en beheer van, sodanige ingrepe in. Aan die een kant is dit noodsaaklik dat streng beheer oor die standaard van professionele dienslewering gehandhaaf word, maar aan die ander kant sal die Gesondheidsberoepsraad moet voorsiening maak vir kategorieë van nieprofessionele dienslewering, hetsy onder toesig van professionele praktisyns of van die Beroepsraad self.

## 7. Samevatting

Die hoofklem van hierdie artikel is dat die gebruik van mobiele tegnologie en ander nietradisionele metodes vir die verskaffing van sielkundige en geestesgesondheidsdienste voortaan 'n belangrike rol kan speel om die geestesiektelas in Suid-Afrika te verlig. Op internasionale mediese gebied het die begrippe e-gesondheid (*e-health*) en m-gesondheid (*m-health*) reeds ingang gevind, met laasgenoemde as produk van eersgenoemde. E-gesondheid behels tradisionele aanlyn of lessenaar telemediese stelsels, terwyl m-gesondheid die net wyer span om ook draadlose en mobiele tegnologie soos sel- en slimfone in te sluit (Kyriacou, Pattichis, Pattichis e.a. 2007). Van die moontlike voordele wat in die m-gesondheidstelsel opgemerk word, kan eweneens vir geestesgesondheid geld. Dít sluit in (i) die vinnige verskaffing van kritieke sorg oor geografiese grense heen; (ii) buigsame en vinnige toegang tot kundige voorligting; (iii) interaktiewe konsultasie en kommunikasie; (iv) toenemende bemagtiging met, en beter bestuur van, kundigheid, veral in



landelike en diensarm gebiede; (v) persoonlike monitering van vroeë waarskuwingstekens of simptome van 'n verskeidenheid toestande; en (vi) voortdurende monitering om gesonde gedragswyses aan te moedig.

## Bibliografie

- Andersson, G., J. Bergström, F. Hollandäare, P. Carlbring, V. Kaldö en I. Ekselius. 2005. Internet-based self-help for depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187:456–61.
- Andersson, G. en P. Cuijpers. 2009. Internet-based and other computerised psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38:196–205. DOI:10.1080/16506070903318960.
- Arning, K. en M. Ziefle. 2007. Understanding age differences in PDA acceptance and performance. *Computers in Human Behavior*, 23:2904–27.
- Atienza, A., A. King, B. Oliveria, D. Ahn en C. Gardner. 2008. Using hand-held computer technologies to improve dietary intake. *American Journal of Preventative Medicine*, 34:514–8.
- Barak, A., L. Hen, M. Boniel-Nissim en N. Shapira. 2008. A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26:109–60.
- Barlow, D.H. (red.). 2011. *The Oxford handbook of clinical psychology*. New York: Oxford University Press.
- Bauer S., J. de Niet, R. Timman en H. Kordy. 2010. Enhancement of care through self-monitoring and tailored feedback via text messaging and their use in the treatment of childhood overweight. *Patient Education and Counseling*, 79:315–9.
- Bauer S., M. Moessner, M. Wolf, S. Haug en H. Kordy. 2009. ES[S]PRIT - an Internet-based programme for the prevention and early intervention of eating disorders in college students. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3):327–36.
- Bauer, S., R. Percevic, E. Okon, R. Meermann en H. Kordy. 2003. Use of text messaging in the aftercare of patients with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 11:279–90.
- Bauer, M., N. Rasgon, P. Grof, L. Gyulai en T. Glenn. 2005. Does the use of an automated tool for self-reporting mood by patients with bipolar disorder bias the collected data? *Medscape General Medicine*, 7(21):1–7.

- Berger, T., E. Hohl en F. Caspar. 2009. Internet-based treatment for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65(10):1021–35.
- Bruning Brown, J., A.J. Winzelberg, L.B. Abascal en C.B. Taylor. 2004. An evaluation of an Internet-delivered eating disorder prevention program for adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 35:290–6.
- Carlbring, P. en G. Andersson. 2006. Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, 22:545–53.
- Carlbring, P., T. Furmark, J. Steczko, L. Ekselius en G. Andersson. 2006. An open study of Internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via e-mail for social phobia. *Clinical Psychologist*, 10:30–8.
- Carlbring, P., M. Gunnarsdottir, L. Hedensjo, G. Andersson, L. Ekselius en T. Furmark. 2007. Treatment of social phobia: Randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *British Journal of Psychiatry*, 190:123–8.
- Chester, A. en C.A. Glass. 2006. Online counseling: A descriptive analysis of therapy services on the Internet. *British Journal of Guidance and Counselling*, 34:145–60.
- Chippis, J., S. Ramlall en M. Mars. 2012. A telepsychiatry model to support psychiatric outreach in the public sector in South Africa. *African Journal of Psychiatry*, 15:264–70.
- Christensen, H., K.M. Griffiths en A.F. Jorm. 2004. Delivering interventions for depression by using the Internet: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328(7):265–8.
- Crosby, R., R.J. DiClemente, R. Charnigo, G. Snow en A. Troutman. 2009. A brief, clinic-based, safer sex intervention for heterosexual African American men newly diagnosed with an STD: A randomized controlled trial. *American Journal of Public Health*, 99:S96–S103.
- Dewar, C. 2011. Trial wireless intelligence analysis.  
<http://www.wirelessintelligence.com/analysis/2012/05/operators-see-smartphones-beginning-to-dominate-handset-sales> (16 Julie 2012 geraadpleeg).
- DiClemente, R.J., R.A. Crosby en M. Kegler (reds.). 2009. *Emerging theories in health promotion practice and research*. San Francisco, Kalifornië: Jossey-Bass Wiley.
- Eng, E. en E. Parker. 2002. Natural helper models to enhance a community's health and competence. In DiClemente e.a. (reds.) 2009.
- Franklin, V.L., A. Waller, C. Pagliari en S.A. Greene. 2006. A randomized controlled trial of Sweet Talk, a text-messaging system to support young people with diabetes. *Diabetic Medicine*, 23:1332–8.

- Gesondheidsberoepsraad van Suid-Afrika (HPCSA). 2010. *Handbook for intern psychologists and accredited institutions*. Pretoria.  
[http://www.hpcsa.co.za/downloads/psychology/intern\\_psychology\\_hand\\_book.pdf](http://www.hpcsa.co.za/downloads/psychology/intern_psychology_hand_book.pdf)  
(16 Julie 2012 geraadpleeg).
- Goldstuck, A. 2012. Number of South African Internet users grows.  
<http://www.timeslive.co.za/local/2012/05/10/number-of-south-african-internet-users-grows>  
(10 Mei 2012 geraadpleeg).
- Grant, B.F., S.P. Chou, R.B. Goldstein, B. Huang, F.S. Stinson, T.D. Saha en S.M. Smith. 2008. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4):533–45.
- Grohol, J.M. 2004. Online counseling: A historical perspective. In Kraus e.a. (reds.) 2010.
- Gulec, H., M. Moessner, A. Mezei, E. Kohls, F. Túry en S. Bauer. 2011. Internet-based maintenance treatment for patients with eating disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(6):479–86.
- Gureje, O., V.O. Lasebikan, L. Kola en V.A. Makanjuola. 2006. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well Being. *British Journal of Psychiatry*, 188:465–71.
- Harwood, T.M. en L. L'Abate. 2010. *Self-help in mental health: A critical review*. New York: Springer.
- Heinicke, B.E., S.J. Paxton, S.A. McLean en E.H. Wertheim. 2007. Internet-delivered targeted group intervention for body dissatisfaction and disordered eating in adolescent girls: A randomized controlled trial. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(3):379–91.
- Heron, K.E. en J.M. Smyth. 2010. Ecological momentary interventions: Incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments. *British Journal of Health Psychology*, 15:1–39.
- Hoagwood, K.E., M.A. Cavaleri, S.S. Olin, B.J. Burns, E. Slaton, D. Gruttadaro en R. Hughes. 2010. Family support in children's mental health: A review and synthesis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13:1–45.
- Horvath, A.O. en L. Luborsky. 1993. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4):561–73.
- Hutton, J. 2011. Mobile phones dominate in South Africa. *Telecoms, Nielsen Southern Africa*. <http://blog.nielsen.com/nielsenwire/global/mobile-phones-dominate-in-south-africa>  
(27 Junie 2012 geraadpleeg).

- Joo, N. en B. Kim. 2007. Mobile phone short message service messaging for behaviour modification in a community-based weight control programme in Korea. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13:416–20.
- Joyce, D. en S. Weibelzahl. 2011. Student counseling services: Using text messaging to lower barriers to help seeking. *Innovations in Education and International Teaching*, 48(3):287–99.
- Kazantzis, N., F. Deane en K. Ronan. 2000. Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7:189–202.
- Kazantzis, N. en L. L'Abate. 2007. Introduction and historical overview. In Kazantzis en L'Abate (reds.) 2007.
- Kazantzis, N. en L. L'Abate (reds.). 2007. *Handbook of homework assignments in psychotherapy: Research, practice, and prevention*. New York: Springer Science and Business Media, LLC.
- Kazdin, A.E. en S.L. Blase. 2011. Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6(1):21–37.
- Kenardy, J., K. McCafferty en V. Rosa. 2003. Internet-delivered indicated prevention for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(3):279–89.
- . 2006. Internet-delivered indicated prevention for anxiety disorders: Six-month follow-up. *Clinical Psychologist*, 10:39–42.
- King, A.C., D.K. Ahn, B.M. Oliveria, A.A. Atienza, C.M. Castro en C. Gardner. 2008. Promoting physical activity through hand-held computer technology. *American Journal of Preventive Medicine*, 34:138–42.
- Kiropoulos, L.A., B. Klein, D.W. Austin, K. Gilson en C. Pier. 2008. Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8):1273–84.
- Kleina, B., J.C. Richards en D.W. Austin. 2006. Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37:213–38.
- Kraus, R., J. Zack en G. Stricker (reds.). 2010. *Online counseling: A handbook for mental health professionals*. San Diego, Kalifornië: Elsevier Academic Press.
- Kyriacou, E., M.S. Pattichis, C.S. Pattichis, A. Panayides en A. Pitsillides. 2007. M-health e-emergency systems: Current status and future directions. *IEEE Antennas and Propagation Magazine*, 49(1):216–31.
- Lamprecht, I. 2012. Groei in selfoon-gebruik bring golf van opheffing. *Die Burger*, 18 Julie, bl. 16.

- Lester, D. 2006. E-therapy: Caveats from experiences with telephone therapy. *Psychological Reports*, 99:894–6.
- Leverich, G.S. en R.M. Post. 1996. Life charting the course of bipolar disorder. *Current Review of Mood and Anxiety Disorders*, 1:48–61.
- Lichtenstein, E., S.H. Zhu en G.J. Tedeschi. 2010. Smoking cessation quitlines: An underrecognized intervention success story. *American Psychologist*, 65(4):252–61.
- Linehan, M.M. 1993. *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- . 2010. *Dialectical behavior therapy (DBT): Where are we now?* Referaat gelewer by die 1ste internasionale kongres oor grensgevalpersoonlikheidsafwykings, Berlyn, Duitsland.
- Lynch, D.J., M.B. Tamburrino en R. Nagel. 1997. Telephone counseling for patients with minor depression: Preliminary findings in a family practice setting. *Journal of Family Practice*, 44:293–8.
- Maher, J.E., K. Rohde, C.W. Dent, M.J. Stark, B. Pizacani, M.J. Boysun en P.L. Yepsassis-Zembrou. 2007. Is a statewide tobacco quitline an appropriate service for specific populations? *Tobacco Control*, 16(1):65–70.
- March, S., S.H. Spence en C.L. Donovan. 2009. The efficacy of an Internet-based cognitive-behavioral therapy intervention for child anxiety disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(5):474–87.
- Matthews, M., G. Doherty, J. Sharry en C. Fitzpatrick. 2008. Mobile phone mood charting for adolescents. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(2):113–29.
- McKay, J.R., K.G. Lynch, D.S. Shepard en H.M. Pettinati. 2005. The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 62:199–207.
- Miller, L. en M. Weissman. 2002. Interpersonal psychotherapy delivered over the telephone to recurrent depressives. A pilot study. *Depression and Anxiety*, 16:114–7.
- Mohr, D.C., S.L. Hart, L. Julian, C. Catledge, L. Honos-Webb, L. Vella en E.T. Tasch. 2005. Telephone-administered psychotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 62:1007–14.
- Mohr, D.C., S.L. Hart en C.M. Marmar. 2006. Telephone-administered cognitive-behavioral therapy for the treatment of depression in a rural primary care clinic. *Cognitive Therapy and Research*, 30:29–37.
- Mohr, D.C., W. Likosky, A. Bertagnolli, D.E. Goodkin, J. Van Der Wende en P. Dwyer. 2000. Telephone-administered cognitive-behavioral therapy for the treatment of depressive symptoms in multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68:356–61.

- Mohr, D.C., L. Vella, S. Hart, T. Heckman en G. Simon. 2008. The effect of telephone-administered psychotherapy on symptoms of depression and attrition: A meta-analysis. *Clinical Psychology (New York)*, 15(3):243–53.
- Morris, M. 2012. Motivating change with mobile: Seven guidelines. *Interactions*, 19(3):26–31.
- Morris, M.E., Q. Kathawala, T.K. Leen, E.E. Gorenstein, F. Guilak, M. Labhard en W. Deleeuw. 2010. Mobile therapy: Case study evaluations of a cell phone application for emotional self-awareness. *Journal of Medical Internet Research*, 12(2):e10.  
DOI: 10.2196/jmir.1371.
- Myers, T.C., L. Swan-Kremeier, S. Wonderlich, K. Lancaster en J.E. Mitchell. 2004. The use of alternative delivery systems and new technologies in the treatment of patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 36:123–43.
- Nathan, P.E. en J.M. Gorman (reds.). 2007. *A guide to treatments that work*. 3de uitgawe. New York: Oxford University Press.
- Obermayer, J., W. Riley, O. Asif en J. Jean-Mary. 2004. College smoking-cessation using cell phone text messaging. *Journal of American College Health*, 53:71–8.
- O’Kearney, R., M. Gibson, H. Christensen en K.M. Griffiths. 2006. Effects of a cognitive-behavioural Internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: A school-based controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35:43–54.
- Orleans, C.T., V.J. Schoenbach, E.H. Wagner, D. Quade, M.A. Salmon, D.C. Pearson en B.H. Kaplan. 1991. Self-help quit smoking interventions: Effects of self-help materials, social support instructions, and telephone counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59:439–48.
- Patten, S.B. 2003. Prevention of depressive symptoms through the use of distance technologies. *Psychiatric Services*, 54:396–8.
- Perini, S., N. Titov en G. Andrews. 2009. Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for depression: Randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(6):571–8.
- Petersen, I., A.J. Flisher en A. Bhana. 2010. *Afterword: Cross-cutting issues central to human and economic development in low resourced contexts*. In Petersen, Bhana, Flisher e.a. (reds.) 2010.
- Petersen, I., A. Bhana, A.J. Flisher, L. Swartz en L. Richter (reds.). 2010. *Promoting mental health in scarce-resource contexts. Emerging evidence and practice*. Kaapstad: RGN Uitgewery.
- Petersen, I., C. Lund en D.J. Stein. 2011. Optimizing mental health services in low-income and middle-income countries. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(4):318–23.

- Preziosa A., A. Grassi, A. Gaggioli en G. Riva. 2009. Therapeutic applications of the mobile phone. *British Journal of Guidance and Counselling*, 37(3):313–25.
- Pull, C.B. 2006. Self-help Internet interventions for mental disorders. *Current Opinions in Psychiatry*, 19:50–3.
- Richards, J.C. en M.E. Alvarenga. 2002. Extension and replication of an Internet-based treatment program for panic disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31(5):41–7.
- Rizvi, S.L., L.A. Dimeff, J. Skutch, D. Carroll en M.M. Linehan. 2011. A pilot study of the DBT coach: An interactive mobile phone application for individuals with borderline personality disorder and substance use disorder. *Behavior Therapy*, 42:589–600.
- Rodgers, A., T. Corbett, D. Bramley, T. Riddell, M. Wills en R.-B. Lin. 2005. Do u smoke after txt? Results of a randomised trial of smoking cessation using mobile phone text messaging. *Tobacco Control*, 14:255–61.
- Sanders, M.R., D.T. Montgomery en M.L. Brechman-Toussaint. 2000. The mass media and the prevention of child behavior problems: The evaluation of a television series to promote positive outcomes for parents and their children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(7):939–48.
- Sandgren, A.K. en K.D. McCaul. 2003. Short-term effects of telephone therapy for breast cancer patients. *Health Psychology*, 22:310–5.
- Shapiro, J.R., S. Bauer, H. Kordy, R.M. Hamer, D. Ward en C.M. Bulik. 2008. Use of text messaging for monitoring sugar-sweetened beverages, physical activity, and screen time in children: A pilot study. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 40:385–91.
- Simon, G.E., E.J. Ludman, S. Tutty, B. Operskalski en M. Von Korff. 2004. Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292:935–42.
- Singhal, A., M.J. Cody, E.M. Rogers en M. Sabido (reds.). 2003. *Entertainment-education and social change: History, research and practice*. Mahwah, New Jersey: Erlbaum.
- Smith, R.A., E. Downs en K. Witte. 2007. Drama theory and entertainment education: Exploring the effects of a radio drama on behavioral intentions to limit HIV transmission in Ethiopia. *Communication Monographs*, 74(2):133–53.
- Spek, V., P. Cuijpers, I. Nyklicek, N. Smits, H. Riper, J. Keyzer en V. Pop. 2008. One-year follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years. *Psychological Medicine*, 38:635–9.
- Sterns, A. 2005. Curriculum design and program to train older adults to use personal digital assistants. *Gerontologist*, 45:828–34.

- Suid-Afrikaanse Federasie vir Geestesgesondheid (SAFG). 2012. Our goals. <http://www.safmh.org.za/about.htm#goals> (18 September 2012 geraadpleeg).
- Suliman S., D.J. Stein, D.R. Williams en S. Seedat. 2008. DSM-IV personality disorders and their axis I correlates in the South African population. *Psychopathology*, 41:356–64.
- Turrise, R., J. Jaccard, R. Taki, H. Dunnam en J. Grimes. 2001. Examination of the short-term efficacy of a parent intervention to reduce college student drinking tendencies. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4):366–72.
- Tutty, S., G. Simon en E. Ludman. 2000. Telephone counseling as an adjunct to antidepressant treatment in the primary care system. A pilot study. *Effective Clinical Practice*, 3:170–8.
- Van Heerden, A., M. Tomlinson en L. Swartz. 2012. Point of care in your pocket: A research agenda for the field of m-health. *Bulletin of the World Health Organization*, 90:393–4. DOI:10.2471/BLT.11.099788.
- Weisz, J. 2004. *Psychotherapy for children and adolescents: Evidence-based treatments and case examples*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Weisz, J.R. en A.E. Kazdin (reds.). 2010. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. 2de uitgawe. New York: Guilford Press.
- Weitzel, J., J. Bernhardt, S. Usdan, D. Mays en K. Glanz. 2007. Using wireless handheld computers and tailored text messaging to reduce negative consequences of drinking alcohol. *Journal on Studies of Alcohol and Drugs*, 68:534–7.
- Wells, M., K.J. Mitchell, D. Finkelhor en K.A. Becker-Blease. 2007. Online mental health treatment: Concerns and considerations. *CyberPsychology and Behavior*, 10:453–9.
- WGO (Wêreldgesondheidsorganisasie). 2011. *Mental Health Atlas 2011*. Genève, Switserland: WHO Publishers.
- Williams, D.R., A. Herman, D.J. Stein, S.G. Heeringa, P.B. Jackson, H. Moomal en R.C. Kessler. 2007. Twelve-month mental disorders in South Africa: Prevalence, service use and demographic correlates in the population-based South African Stress and Health Study. *Psychological Medicine*, 38:211–20.
- Zabinski, M.F., A. Angela, M. Celio, J. Jacobs, J. Manwaring en D.E. Wilfley. 2003. Internet-based prevention of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11:183–97.
- Zhu, S.H. en J.P. Pierce. 1995. A new scheduling method for time-limited counseling. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26:624–5.
- Zhu, S.H., G.J. Tedeschi, C.M. Anderson en J.P. Pierce. 1996. Telephone counseling for smoking cessation: What's in a call? *Journal of Counseling & Development*, 75:93–102.



Zhu, S.H., S. Wong, C. Stevens, D. Nakashima en A. Gamst. 2010. Use of a smokers' quitline by Asian language speakers: Results from 15 years of operation in California. *American Journal of Public Health*. Spesiale aanlyn uitgawe. DOI:10.2105/AJPH.2009.168385.