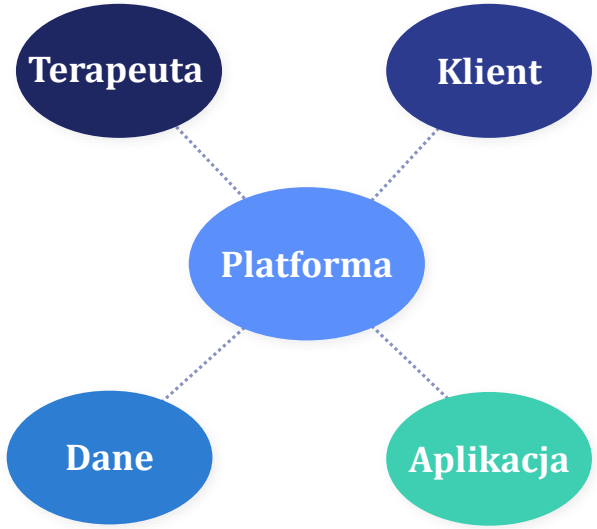
E-terapia jako praktyka i przyszłość pomocy psychologicznej



E-terapia to cały ekosystem pomocy, a nie tylko pojedyncze połączenie

Od definicji i kwalifikacji do praktyki klinicznej, pomiaru, bezpieczeństwa i technologii przyszłości

dr inż. Mateusz Pomianek

DLACZEGO TEMAT JEST WAŻNY WŁAŚNIE TERAZ?

Zbieg czterech niezależnych trendów społecznych i technologicznych

1

Rosnące zapotrzebowanie

Potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego rosną szybciej niż liczba specjalistów.

2

Niedobór specjalistów

Strukturalny deficyt kadr, szczególnie poza dużymi miastami.

3

Normalizacja kontaktu zdalnego

Doświadczenie pandemii znormalizowało sesje wideo jako standard.

4

Cyfryzacja i nowe technologie

Aplikacje, urządzenia mobilne, VR i generatywna AI jako nowe narzędzia.

Presja na zmianę modelu pomocy psychologicznej

To dobry moment, żeby uczyć się tego tematu krytycznie, zanim zrobi to za nas rynek

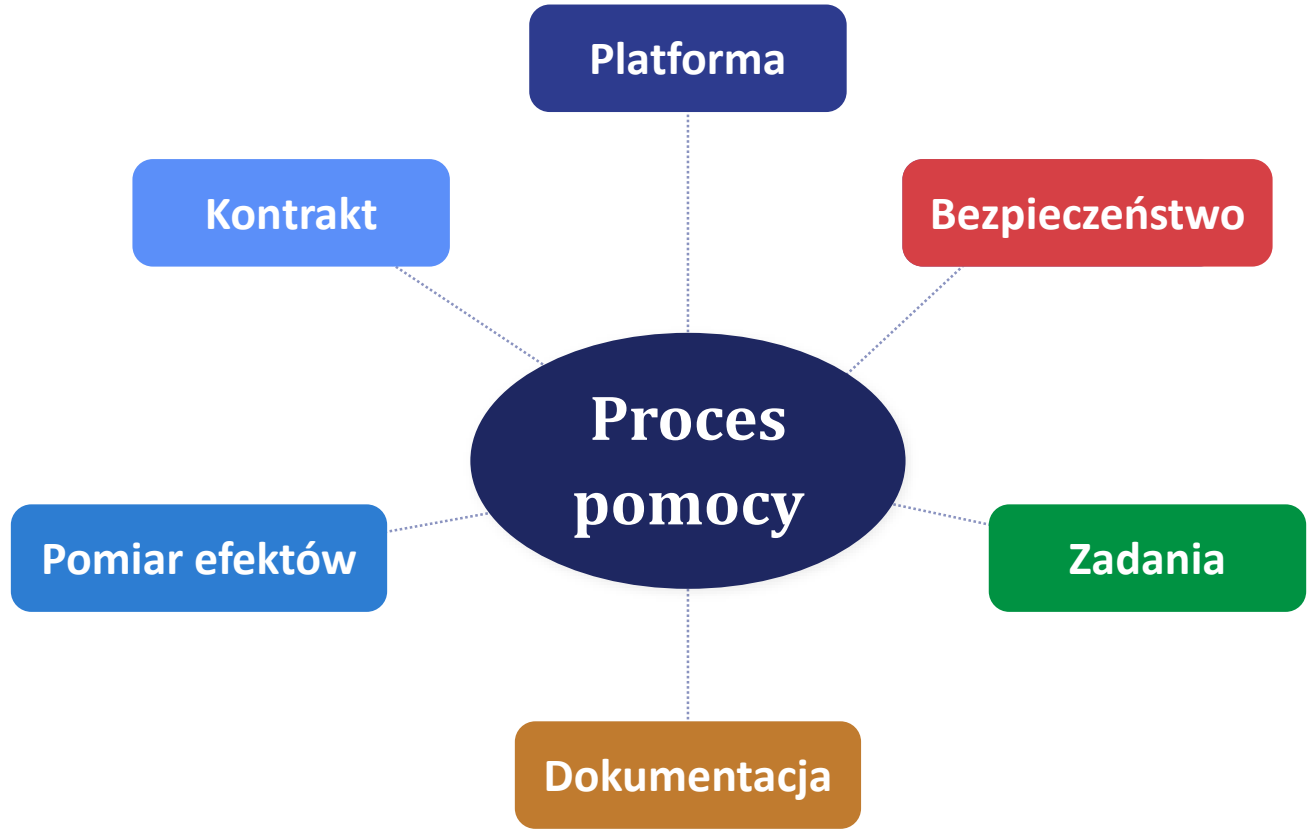
OD TERAPII NA ODLEGŁOŚĆ, DO CYFROWEGO EKOSYSTEMU

Od zamiany kanału do projektowania całego procesu

Rozmowa telefoniczna / wideo

Punkt wyjścia

transformacja



Każdy element systemu wymaga osobnej decyzji klinicznej i organizacyjnej

CZYM JEST E-TERAPIA?

Definicja robocza na potrzeby tego wykładu

Profesjonalna pomoc psychologiczna lub psychoterapeutyczna realizowana całkowicie albo częściowo z wykorzystaniem technologii cyfrowych.

„profesjonalna”

Wyklucza samodzielne korzystanie z aplikacji bez udziału specjalisty.

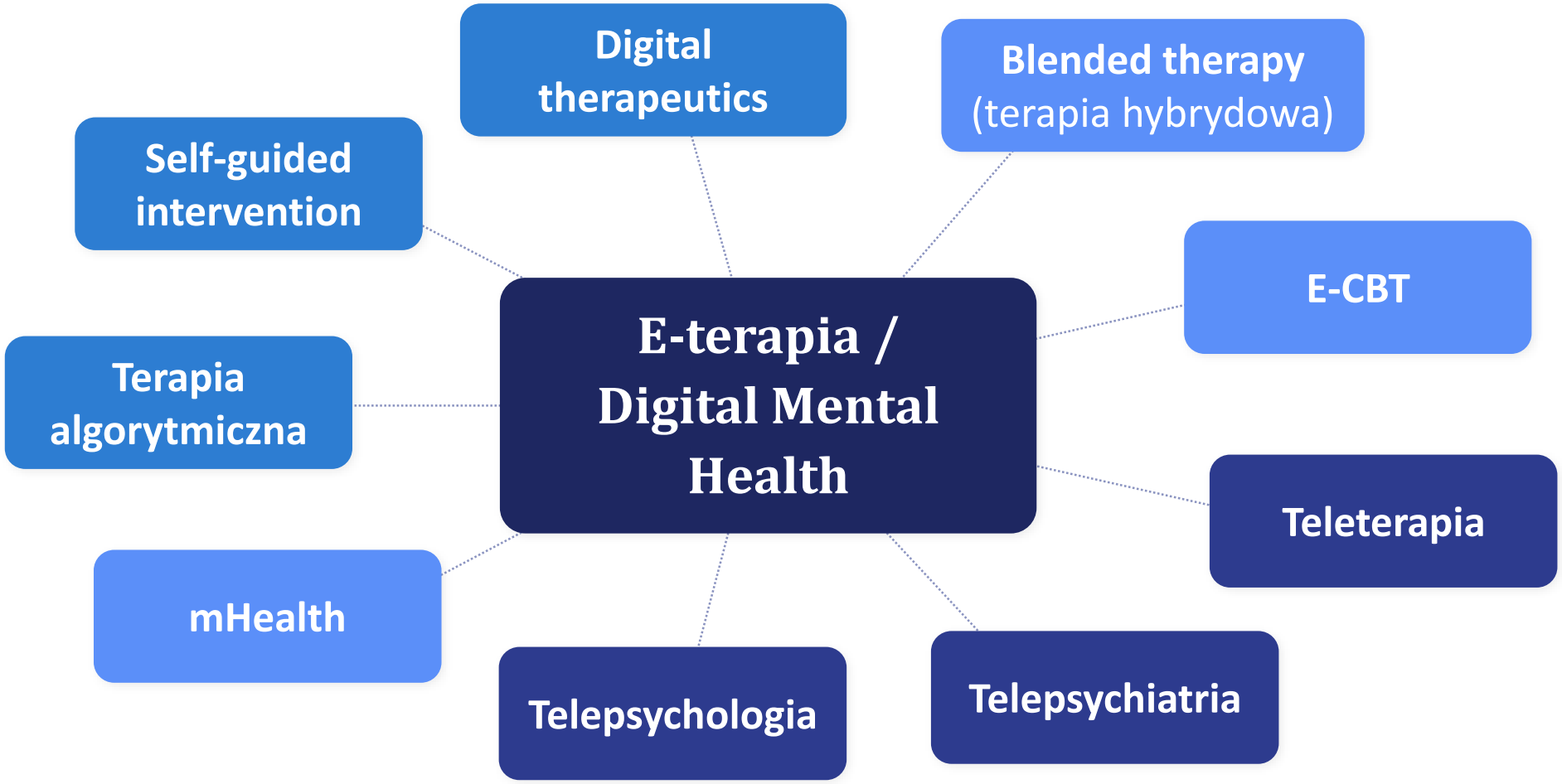
„całkowicie albo częściowo”

Obejmuje zarówno czystą terapię online, jak i modele hybrydowe.



MAPA POJĘĆ

Dziewięć terminów, trzy klastry znaczeniowe



pojęcia kliniczne

pojęcia metodologiczne

pojęcia technologiczne

E-TERAPIA A KLASYCZNA TERAPIA ONLINE

Sesja wideo jest jednym z elementów, nie całością procesu



Jeśli prowadzicie tylko sesje przez kamerę, to korzystacie z najprostszej, najbardziej ograniczonej formy tego, co technologia pozwala dziś zrobić

TYPOLOGIA INTERWENCJI CYFROWYCH

Trzy krzyżujące się osie klasyfikacji

OŚ CZASU

Synchroniczne — Asynchroniczne

OŚ NADZORU

Prowadzone przez terapeutę — Wspomagane — Samopomocowe

OŚ FORMATU

Indywidualne — Grupowe — Hybrydowe — Algorytmiczne

Konkretna interwencja zwykle łączy wartości z wszystkich trzech osi jednocześnie

KANAŁY KOMUNIKACJI

Wybór kanału to decyzja kliniczna, nie tylko techniczna preferencja

Synchroniczne	Asynchroniczne	Wspierające	Monitorujące	Immersyjne
Wideo	E-mail	Aplikacje mobilne	Śledzenie objawów	VR
Audio (telefon)	Formularze	Platformy kliniczne	Dane z urządzeń	AR
Czat na żywo	Dzienniczki cyfrowe			

Który kanał jest właściwy dla tego klienta, w tym momencie?

CO TECHNOLOGIA ZMIENIA W TERAPII?

Siedem wymiarów zmiany, do których wrócimy w dalszych częściach wykładu

1 Obecność psychologiczna

Intensywność poczucia „bycia w kontakcie”

2 Sygnały niewerbalne

Ograniczony kadr, brak mowy ciała

3 Kontrola otoczenia

Terapeuta nie widzi przestrzeni klienta

4 Granice kontaktu

Łatwiejszy dostęp poza sesją

5 Tempo komunikacji

Opóźnienia, przerwy, asynchroniczność

6 Ślad zapisu

Więcej danych zapisanych trwale

7 Odpowiedzialność organizacyjna

Platforma i instytucja jako współodpowiedzialne

KORZYŚCI I KOSZTY CYFROWEJ MEDIACJI

Znaczenie każdego punktu zależy od konkretnego klienta i kontekstu

KORZYŚCI

- Większa dostępność geograficzna
- Elastyczność czasowa
- Niższe bariery wejścia dla części klientów
- Łatwiejsza kontynuacja terapii przy zmianie miejsca zamieszkania/pobytu
- Możliwość częstego monitorowania

KOSZTY / RYZYKA

- Zmęczenie ekranowe *(Zoom fatigue)*
- Ryzyko uproszczenia relacji terapeutycznej
- Zależność od infrastruktury technicznej
- Trudniejsza ocena kontekstu i bezpieczeństwa
- Mniejsza kontrola nad jakością kontaktu

Żadna z tych korzyści i kosztów nie jest absolutna, bo wszystko zależy od klienta, problemu i kontekstu

DLA KOGO E-TERAPIA MOŻE BYĆ SZCZEGÓLNIE UŻYTECZNA?

Sześć grup, dla których zdalność jest realną korzyścią kliniczną

1 Ograniczona mobilność

Bariery fizyczne lub wynikające ze stanu zdrowia

2 Odległość od specjalisty

Małe miejscowości, brak lokalnej oferty pomocy

3 Studenci, ruchliwy tryb życia

Częste zmiany miejsca zamieszkania

4 Lęk społeczny

Łatwiejszy pierwszy kontakt niż wizyta w gabinecie

5 Kontynuacja przy przeprowadzce

Zachowanie ciągłości procesu terapeutycznego

6 Częste monitorowanie

Krótki, regularny kontakt logistycznie niemożliwy stacjonarnie

E-terapia nie jest uniwersalnie lepsza. Jest lepsza dla konkretnych barier i potrzeb.

KIEDY E-TERAPIA MOŻE BYĆ NIEWYSTARCZAJĄCA?

Rozpoznanie przeciwwskazania jest tak samo ważną kompetencją jak prowadzenie terapii

Ostry kryzys suicydalny

Wymaga bezpośredniej, kontrolowanej interwencji

Psychoza

Utrudniona ocena stanu i kontaktu poznawczego przez ekran.

Ciężkie uzależnienie

Aktywna faza dekompensacji

Przemoc domowa

Brak możliwości zapewnienia bezpiecznej rozmowy

Brak prywatności

Niemożność zapewnienia warunków swobodnej wypowiedzi

Niestabilny kontakt techniczny

Łącze, sprzęt lub dostępność uczestnika

Umiejętność rozpoznania, kiedy e-terapia nie jest właściwym wyborem, to kluczowa kompetencja kliniczna

MODEL KWALIFIKACJI KLIENTA

Siedem kryteriów przechodzonych świadomie przy każdym kliencie

1. **Ocena problemu:** rodzaj i charakter zgłaszanej trudności
2. **Nasilenie objawów:** łagodne, umiarkowane, ciężkie
3. **Ocena ryzyka:** suicydalnego, przemocy, dekompensacji
4. **Zdolność do samoregulacji** między sesjami
5. **Kompetencje cyfrowe** i komfort z technologią
6. **Warunki lokalowe** i stabilność łącza
7. **Dostępność lokalnej pomocy** na wypadek eskalacji

Wynik kwalifikacji

↓

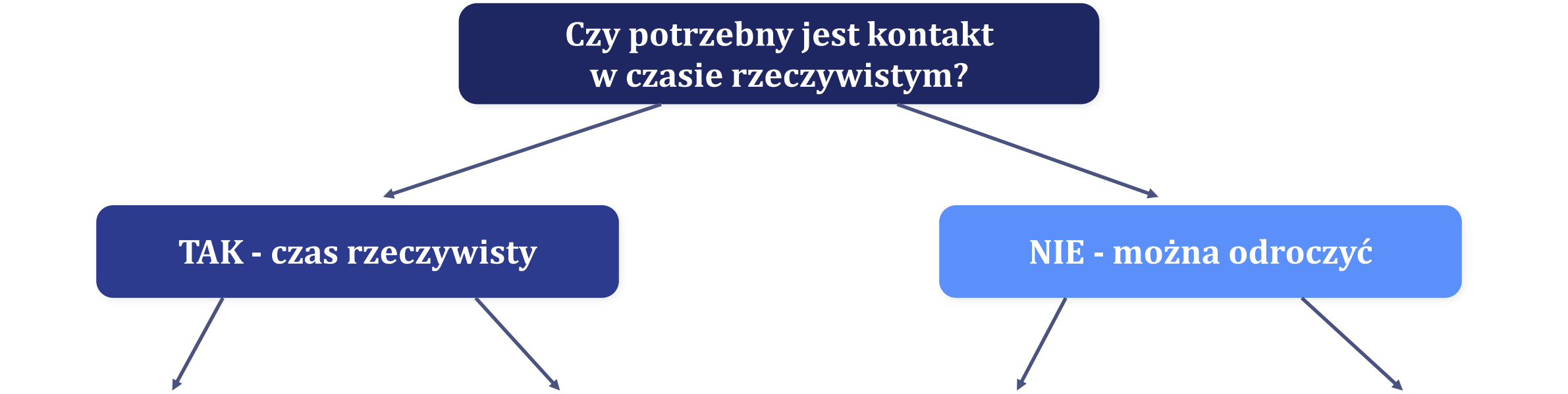
E-terapia

Model hybrydowy

Terapia stacjonarna / skierowanie

DECYZJA O MODALNOŚCI

Wybór kanału wynika z potrzeb, preferencji i poziomu ryzyka, nie z przyzwyczajenia



Wysokie ryzyko → terapia stacjonarna

MODELE PRACY TERAPEUTYCZNEJ ONLINE

Sześć architektur procesu, nie jeden format „terapii online”

Przeniesienie sesji

To, co stacjonarnie, ale przez wideo, bez zmiany struktury

Model mieszany

Sesje zdalne i stacjonarne w jednym procesie

Model zadaniowy

Praca między sesjami, a sesja jako przegląd i planowanie

Psychoedukacyjno-terapeutyczny

Moduły wiedzy połączone z rozmową

Monitorowanie objawów

Częsty, krótki kontakt skoncentrowany na śledzeniu stanu

Opieka stopniowana

Intensywność interwencji rośnie wraz z potrzebą (stepped care)

Wybór modelu, podobnie jak modalności, powinien wynikać z kwalifikacji, a nie tylko z dostępnej technologii.

PRZYGOTOWANIE TECHNICZNE SESJI

Lista kontrolna przed każdą sesją zdalną

Sprzęt

Komputer/tablet, kamera, mikrofon, słuchawki

Łącze internetowe

Stabilność ważniejsza niż maksymalna prędkość

Oświetlenie

Widoczność twarzy, brak światła z tyłu

Platforma

Przetestowana, zgodna z wymogami poufności

Plan awaryjny

Alternatywny kanał - telefon jako backup

Aktualizacje i test kanału

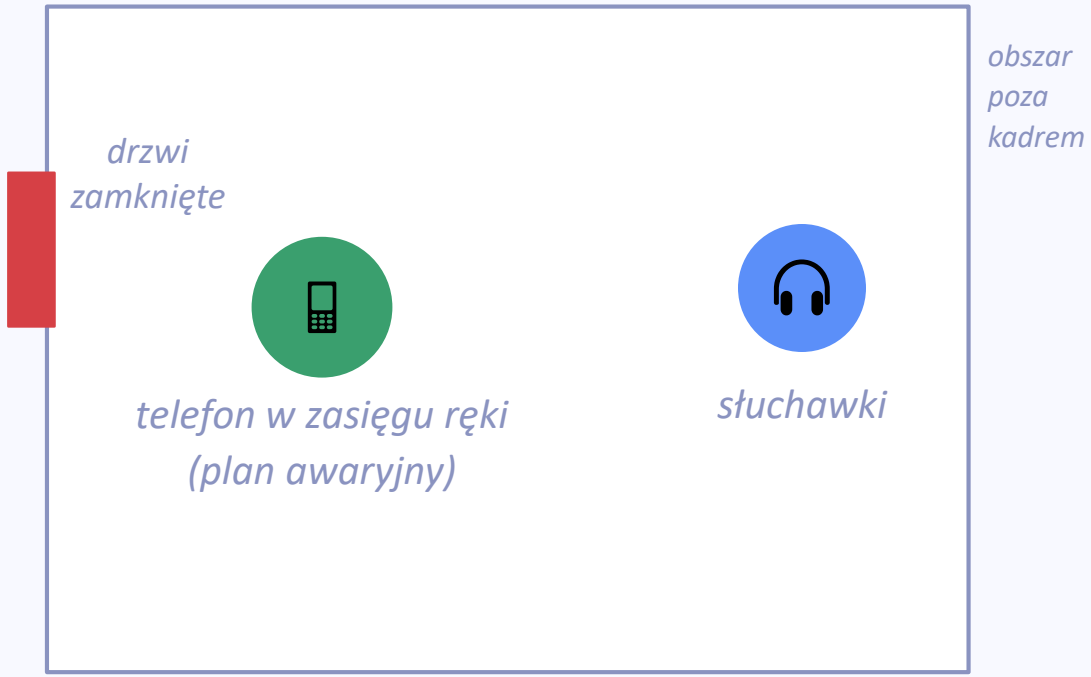
Sprawdzone przed, nie podczas sesji

Przygotowanie techniczne jest częścią profesjonalizmu, podobnie jak przygotowanie gabinetu przed wizytą stacjonarną.

PRZYGOTOWANIE ŚRODOWISKA KLIENTA

Terapeuta nie kontroluje tego środowiska, ale może je uzgodnić i sprawdzić

Schemat środowiska pacjenta



Brak osób trzecich w kadrze i poza nim

Pytania kontrolne na początku sesji

- Czy jest Pan/Pani sam(a) w pomieszczeniu?
- Czy może Pan/Pani mówić swobodnie, głośno?
- Czy ktoś może usłyszeć tę rozmowę z sąsiedniego pomieszczenia?
- Gdzie aktualnie Pan/Pani się znajduje?
- Co zrobi Pan/Pani, jeśli będzie trzeba przerwać połączenie?

PIERWSZA SESJA ONLINE - PROCEDURA

Sformalizowana warstwa proceduralna, której terapia stacjonarna nie wymaga

1. Weryfikacja tożsamości klienta
2. Ustalenie lokalizacji w momencie sesji
3. Zebranie danych kontaktowych
4. Wskazanie osoby alarmowej
5. Zebranie zgód (terapia zdalna, dane, nagrywanie)
6. Ustalenie oczekiwań i ograniczeń kontaktu
7. **Przedstawienie zasad reagowania kryzysowego**

KONTRAKT TERAPEUTYCZNY ONLINE

Więcej elementów procesu musi być wyraźnie spisanych niż w terapii stacjonarnej

KONTRAKT TERAPEUTYCZNY - ŚRODOWISKO CYFROWE

§1 Zakres i kanały kontaktu

Co jest objęte terapią, a co nie.

§2 Czas odpowiedzi

Na wiadomości między sesjami.

§3 Odwoływanie sesji

Zasady przełożenia i odwołania.

§4 Płatności

Sposób, terminy, polityka przy nieobecności.

§5 Nagrywanie sesji

Czy, przez kogo, na jakich zasadach.

§6 Dokumentacja i poufność

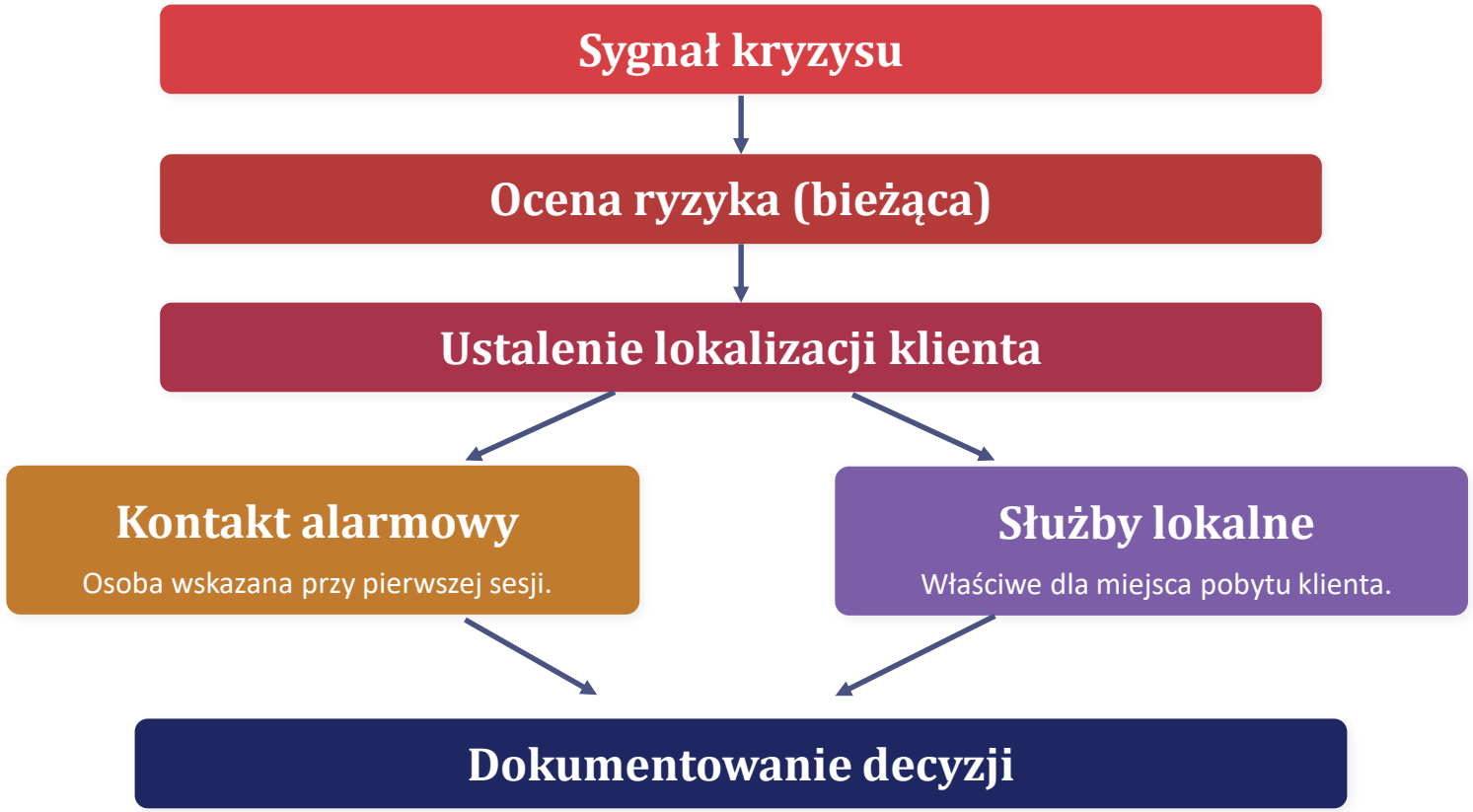
W środowisku cyfrowym.

§7 Sytuacje kryzysowe

Komunikacja między sesjami i reagowanie.

PROTOKÓŁ SYTUACJI KRYZYSOWEJ

Element spinający kwalifikację, kontrakt i przygotowanie sesji



Granice odpowiedzialności terapeuty pracującego zdalnie to ocenić ryzyko i zorganizować pomoc. Musi być on świadomy, że nie jest w stanie fizycznie zapewnić bezpieczeństwa.

RELACJA TERAPEUTYCZNA W ŚRODOWISKU CYFROWYM

To, co się nie zmienia. To, co się zmienia.

Relacja terapeutyczna

fundament pozostaje bez zmian

Większa jawność

Nazywanie intencji wprost, nie domyślanie się

Większa struktura

Jasne ramy zamiast niewerbalnych wskazówek

Metakomunikacja

Rozmowa o samej rozmowie jako narzędzie

Aktywna kontrola kontaktu

Sprawdzanie, czy obie strony „są w kontakcie”

Mechanizm zmiany pozostaje ten sam. Zmienia się sposób budowania i podtrzymywania relacji

BUDOWANIE SOJUSZU TERAPEUTYCZNEGO ONLINE

Sześć technik aktywnego potwierdzania obecności

1 Sprawdzanie rozumienia

„Czy dobrze rozumiem, że…?”

2 Nazywanie przerw technicznych

„Wróćmy do tego, co Pan/Pani mówił/a”

3 Intensywna parafraza

pokazuje, że terapeuta śledzi wypowiedź

4 Częste podsumowania

zamykanie fragmentów rozmowy

5 Eksplicytne nazywanie emocji

„Widzę, że to poruszający temat”

6 Powtarzane uzgadnianie celów

nie tylko na starcie procesu

Sojusz, który stacjonarnie buduje się częściowo automatycznie, online wymaga świadomej, powtarzanej pracy

EMPATIA CYFROWA

Kompensacja ograniczonego kanału niewerbalnego

Ograniczony kanał

- Mimika
- Ton głosu
- Mowa ciała
- Mikroekspresje

widoczne tylko częściowo lub zniekształcone przez kompresję

Precyzyjny język

Wypowiedziana walidacja

Klaryfikacja

Świadome pauzy

Wolniejsze tempo

Pytania metakomunikacyjne

Gdy obserwacja jest niepewna to pytamy wprost: *„co się teraz dzieje?”*, a nie zgadujemy

KONTAKT WZROKOWY I ZACHOWANIE PRZED KAMERĄ

Trzy zasady techniczne o realnym znaczeniu klinicznym

Wysokość kamery

✗ poniżej linii oczu - efekt „patrzenia z góry”

✓ na wysokości oczu - naturalny kontakt

Kadrowanie

✗ przypadkowe, zbyt bliskie lub dalekie

✓ stabilne, widoczność od piersi wzwyż

Ekran vs obiektyw

✗ patrzenie na obraz klienta na ekranie

✓ patrzenie w obiektyw = kontakt wzrokowy

Mimika powinna być nieco bardziej wyrazista, a reakcje wolniejsze.
Kompresja i opóźnienie obrazu spłaszczają subtelne sygnały.

PRACA Z CISZĄ, OPÓŹNIENIEM I ZAKŁÓCENIAMI

Dwa rodzaje ciszy, jedna zasada postępowania

Cisza terapeutyczna

Naturalna przestrzeń do przetworzenia i refleksji - to część procesu, a nie problem.

?

jak rozróżnić w czasie rzeczywistym?

Cisza techniczna

Efekt zerwanego lub niestabilnego połączenia; wymaga aktywnego sprawdzenia.

„Czy mnie Pan/Pani słyszy?”
aktywne sprawdzenie zamiast czekania i zgadywania

Krótka pauza przed odpowiedzią ogranicza nakładanie się głosów przy opóźnieniach transmisji.
Nazwanie zakłócenia wprost zapobiega odczytaniu go jako dystansu emocjonalnego terapeuty.

PRACA Z CIAŁEM I EMOCJAMI ONLINE

Zakres obserwacji jest węższy, a więc pewność interpretacji też

WIDOCZNE W KADRZE

Oddech:	przyspieszenie, spłycenie przy poruszającym temacie
Głos:	ton, tempo, drżenie, zmiany głośności
Mimika:	z zastrzeżeniem ograniczeń jakości obrazu

NIEWIDOCZNE

Dłonie:	napięcie, zaciskanie pięści poza kadrem?
Postawa:	nogi, ułożenie ciała poza widocznym obszarem?
Otoczenie:	kontekst pomieszczenia i osoby poza kadrem?

„Zauważyłem/-am, że głos się zmienił - co się teraz dzieje w ciele?”

gdy obserwacja jest niepewna, pytamy

WIDEOTERAPIA

Najbliższa kontaktowi stacjonarnemu - i najbardziej wymagająca technicznie

ZALETY

- Dostęp do mimiki i części mowy ciała
- Możliwość obserwacji reakcji w czasie rzeczywistym
- Najbliższy odpowiednik kontaktu twarzą w twarz

OGRANICZENIA

- Zmęczenie poznawcze ("Zoom fatigue")
- Ekspozycja domowego otoczenia klienta
- Silna zależność od jakości połączenia

Wymaga najwyższych standardów przygotowania technicznego ze wszystkich modalności

TERAPIA TEKSTOWA

Większa refleksyjność, mniejszy dostęp do tonu

podgląd rozmowy tekstowej

Klient: „OK. Jasne. Zrobię to.”

Terapeuta: „Jak to brzmiało, kiedy Pan/Pani to pisał/a - spokojnie, czy z napięciem?”

ten sam zestaw słów:
żart, sarkazm czy szczery niepokój?

ZALETY

- Większa refleksyjność przed odpowiedzią
- Trwały zapis rozmowy dostępny do ponownego odczytania

OGRANICZENIA

- Brak tonu głosu - utrata bogatego źródła emocji
- Naturalne opóźnienie reakcji
- Wyższe ryzyko błędnej interpretacji intencji

Wymaga szczególnej precyzji języka i częstszej klaryfikacji - nawet w prostych wymianach.

INTERWENCJE ASYNCHRONICZNE

Wypełnienie przestrzeni między sesjami - nie ich zastąpienie



przestrzeń między sesjami

Funkcja to podtrzymanie kontinuum procesu, ale bez rozmywania granic dostępności terapeuty

MIKROINTERWENCJA TEKSTOWA

Projektowanie odpowiedzi terapeutycznej w kanale tekstowym

ĆWICZENIE 1

Materiał

krótka wiadomość klienta przesłana między sesjami (np. o trudnym dniu i narastającym niepokoju).

Zadanie: zaprojektuj odpowiedź uwzględniającą

- ☐ Walidację stanu emocjonalnego
- ☐ Pytanie otwarte rozwijające refleksję
- ☐ Restrukturyzację poznawczą (jeśli adekwatna)
- ☐ Klaryfikację niejasnych elementów
- ☐ Ostrożnie sformułowaną hipotezę roboczą
- ☐ Propozycję zadania lub kroku do sesji

Format pracy

Indywidualnie lub w parach, następnie dyskusja grupowa.

Pytanie kontrolne

Czy każde słowo w tej krótkiej wiadomości pracuje na rzecz relacji i procesu?

E-CBT JAKO NAJLEPIEJ ZBADANY OBSZAR

Cyfrowa terapia poznawczo-behawioralna



E-CBT to **najlepiej zbadany obszar** cyfrowej pomocy psychologicznej

TERAPIA HYBRYDOWA (BLENDED THERAPY)

Oś główna procesu wsparta narzędziami cyfrowymi



praca między sesjami - wypełniona, nie pusta

Materiały dostępne na żądanie · automatyczne przypomnienia · pomiar zintegrowany z procesem

Model łączący siłę kontaktu bezpośredniego z konsystencją wsparcia cyfrowego

TERAPIA GRUPOWA ONLINE

Sześć wyzwań specyficznych dla pracy z grupą zdalną

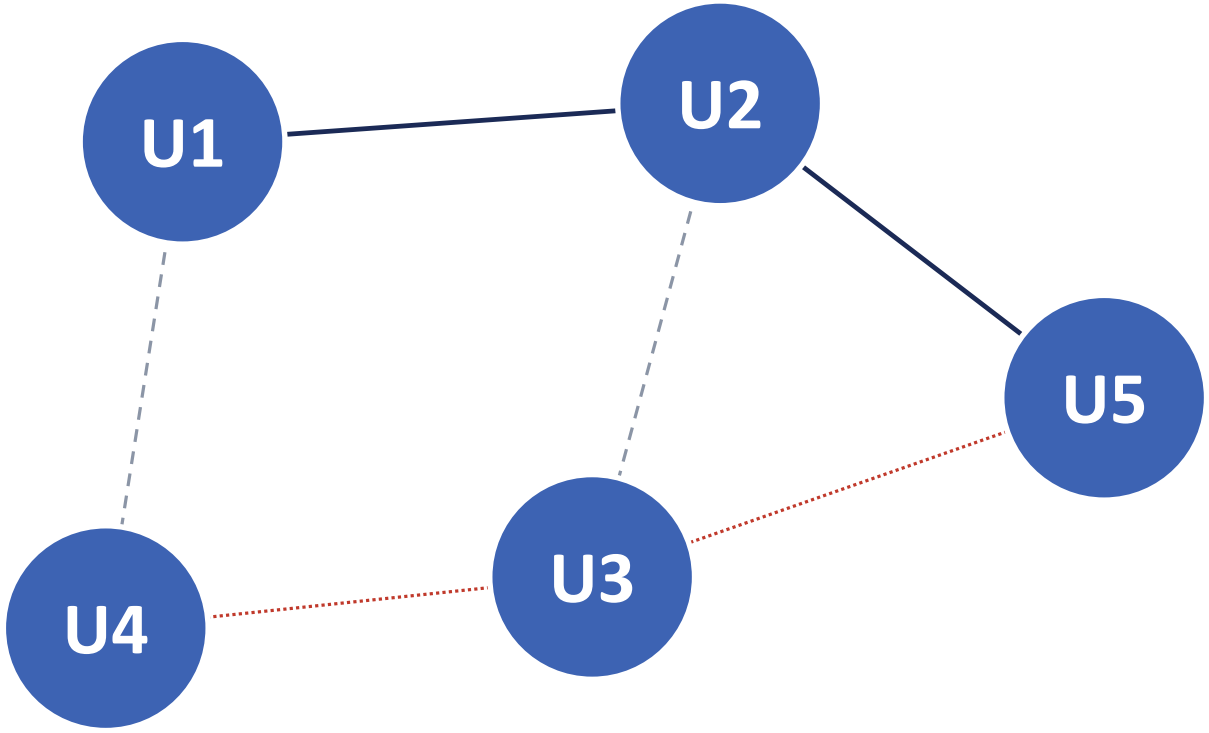


- **Kolejność wypowiedzi -** trudniejsza do naturalnego zarządzania niż w pokoju
- **Moderacja -** wymaga większej aktywności i struktury
- **Cisza w grupie -** niejednoznaczna - trudniej odczytać źródło
- **Bezpieczeństwo -** osoby trzecie poza kadrem każdego uczestnika
- **Zaangażowanie -** mniej sygnałów niewerbalnych do odczytania
- **Jawne reguły -** zastępują to, co stacjonarnie „samo się dzieje”

Grupa stacjonarna ma naturalną dynamikę przestrzenną, z kolei online wymaga jawnych reguł w jej zastępstwie

DYNAMIKA GRUPY ONLINE

Te same zjawiska, węższy zestaw sygnałów



aktywność i zaangażowanie

niejasny status (cisza, mikroprzerwa)

potencjalna koalicja poza sesją

Breakout rooms
(osobne pokoje)

Praca w podgrupach: funkcja bez prostego stacjonarnego odpowiednika. Daje nowe możliwości, ale wymaga przemyślanej struktury powrotu do grupy głównej.

ZASADY BEZPIECZNEJ GRUPY CYFROWEJ

Sześć elementów kompletnego systemu bezpieczeństwa

☐ Regulamin grupy

spisany, znany wszystkim przed pierwszą sesją

☐ Zakaz nagrywania

jasno komunikowany i uzasadniony uczestnikom

☐ Słuchawki jako standard

nie jako opcja, bo to chrona prywatności wszystkich

☐ Kamera włączona

zasada lub wyjątek, uzgodniona z grupą

☐ Prywatne miejsce

warunek wstępny uczestnictwa każdej osoby

☐ Kontrakt poufności

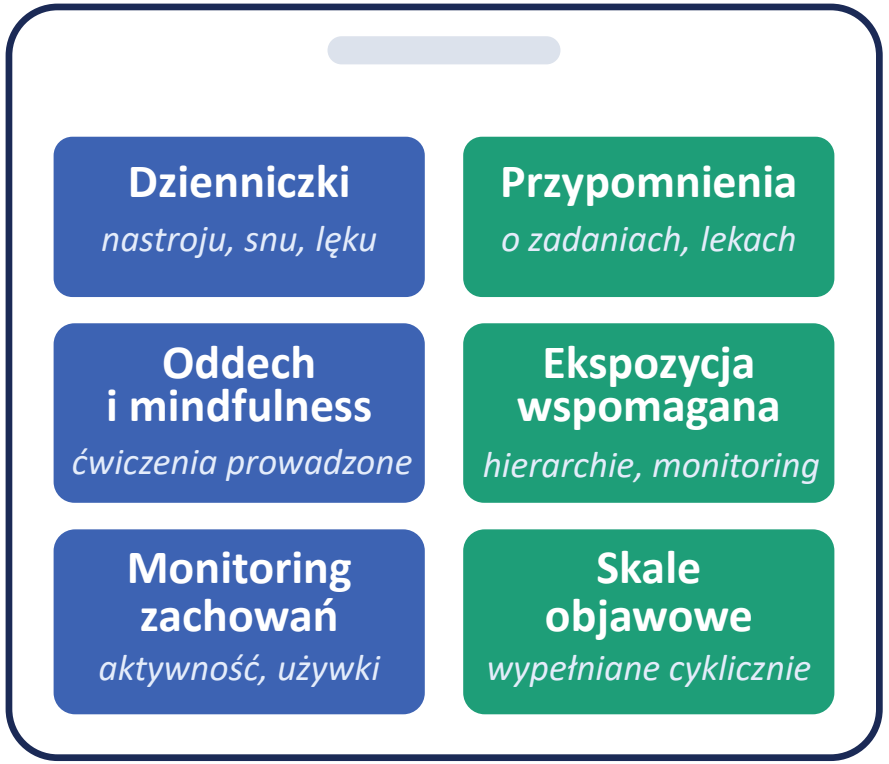
procedura zgłaszania i plan awaryjny

Bezpieczeństwo grupy cyfrowej wymaga więcej sformalizowanych reguł niż grupa stacjonarna

APLIKACJE MOBILNE W ZDROWIU PSYCHICZNYM

Sześć funkcji najczęściej wykorzystywanych w praktyce

Codzienne, krótkie wpisy dają bogatszy obraz przebiegu objawów w czasie niż retrospektywny opis na sesji.



Dane behawioralne z monitoringu uzupełniają samoopis pacjenta, prowadzą do tematu pomiaru efektów.

Element nadzorowanej e-terapii albo czysto samopomocowego użycia - wymaga krytycznej oceny

PLATFORMY INTERNETOWE DO TERAPII

Sześć kryteriów wyboru infrastruktury, nie tylko wygody interfejsu

1 Bezpieczeństwo

szyfrowanie, ochrona przed nieautoryzowanym dostępem

2 Stabilność

jakość połączenia, dostępność serwerów

3 Zgodność prawna

RODO i lokalne regulacje dot. danych medycznych

4 Zarządzanie zgodami

wbudowane w system, nie poza nim

5 Dokumentacja

notatki zgodne z wymogami zawodowymi

6 Konta i eksport danych

przenośność i kontrola klienta nad danymi

Wybór platformy to decyzja o infrastrukturze procesu klinicznego, a nie kwestia wygody interfejsu

PROBLEM JAKOŚCI APLIKACJI MENTAL HEALTH

Popularność i estetyka to nie dowód skuteczności klinicznej

CO WIDAĆ

- Wysokie oceny w sklepie aplikacji
- Atrakcyjny, dopracowany interfejs
- Deklaracje skuteczności w opisie
- Entuzjastyczne cytaty użytkowników

CZEGO NIE WIDAĆ

- Solidnej walidacji klinicznej
- Opublikowanej metodologii badań
- Informacji o ryzyku szkody
- Procedur na wypadek kryzysu

Ryzyko: fałszywe poczucie pomocy przy braku realnego wsparcia - szczególnie w sytuacji kryzysu

JAK OCENIAĆ NARZĘDZIE CYFROWE?

Siedem kryteriów do systematycznego stosowania

1

Cel kliniczny

jasno zdefiniowany problem

2

Grupa docelowa

dla kogo projektowano i na kim testowano

3

Dowody empiryczne

jakość i liczba badań

4

Autorzy, instytucja

kompetencje, konflikt interesu

5

Ryzyko szkody

możliwe negatywne skutki użycia

6

Prywatność danych

co, jak i komu jest przekazywane

7

Procedury kryzysowe

i możliwość usunięcia danych

AUDYT FIKCYJNEJ APLIKACJI

Zastosowanie macierzy oceny do konkretnego przykładu

ĆWICZENIE 2

Materiał

opis fikcyjnej aplikacji do „redukcji stresu i lęku”
wraz z materiałem marketingowym.

Zadanie: oceń narzędzie, analizując

- ☐ Deklarowany cel vs to, co aplikacja robi
- ☐ Czy przywołane dowody są weryfikowalne
- ☐ Czy mechanizm działania ma sens psychologiczny
- ☐ Co wynika z polityki prywatności
- ☐ Ryzyko dla różnych grup użytkowników
- ☐ Przydatność w praktyce klinicznej - werdykt

Format pracy

Małe grupy, z prezentacją wniosków na zakończenie.

Po co to ćwiczenie?

Różne osoby, stosując tę samą macierz, czasem dochodzą do różnych, równie uzasadnionych wniosków.

POMIAR EFEKTÓW W E-TERAPII

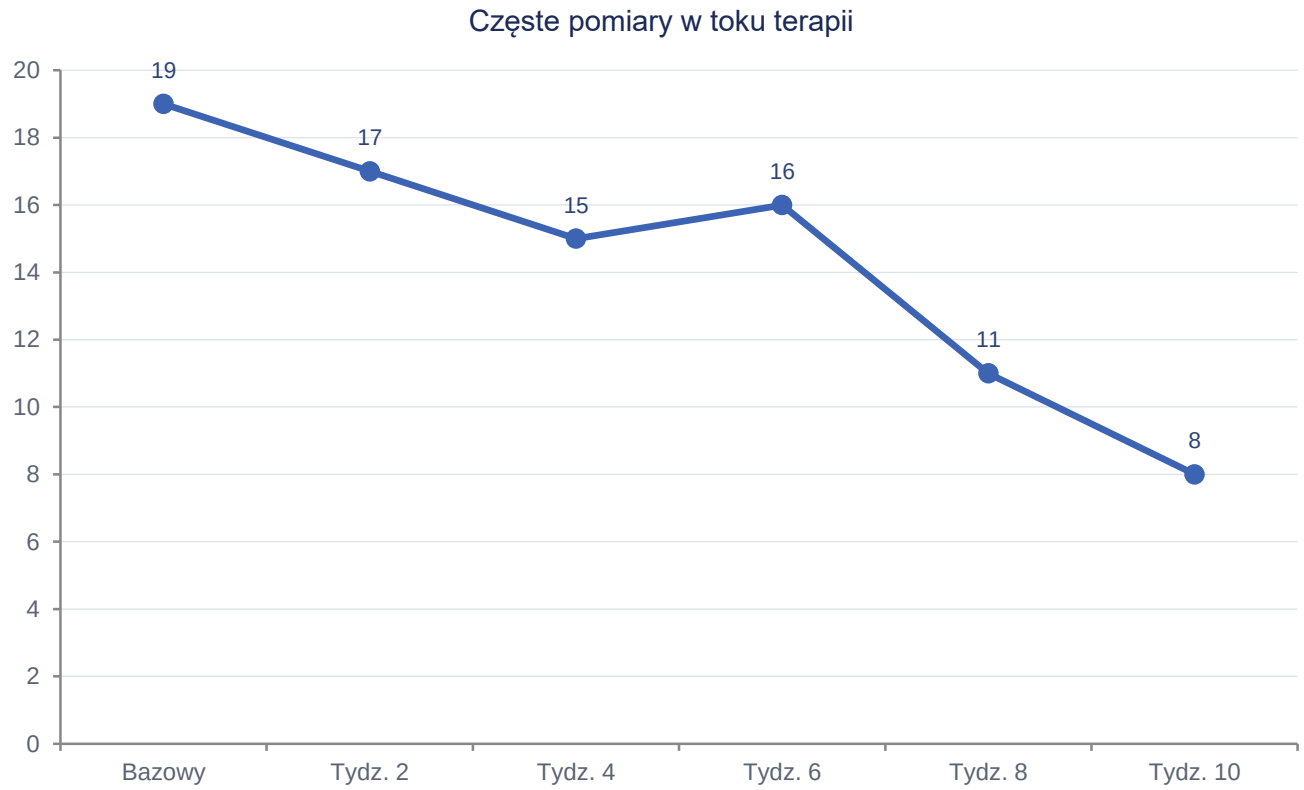
Trajektoria zmiany, nie tylko dwa punkty w czasie

SEKCJA V

Uproszczony model



tylko start i koniec - bez obrazu trajektorii



Wzrost w tyg. 6 → sygnał do modyfikacji planu pomocy

SKALE I DZIENNICZKI CYFROWE

Od narzędzi specyficznych do ogólnych

PHQ-9

nasilenie symptomów depresyjnych

GAD-7

nasilenie symptomów lęku uogólnionego

WHO-5

ogólne samopoczucie psychiczne

DASS-21

depresja, lęk i stres w jednym narzędziu

CORE-OM

ogólny pomiar efektów psychoterapii

Dzienniczki

dane jakościowe uzupełniające skale

Każde narzędzie ma ograniczenia interpretacyjne, ale żadne nie zastępuje całościowej oceny klinicznej

ADHERENCJA I ZAANGAŻOWANIE

Co warto śledzić w przebiegu procesu cyfrowego

Regularność korzystania	z aplikacji lub materiałów między sesjami - widoczna w logach systemowych
Ukończenie modułów	programu psychoedukacyjnego lub terapeutycznego
Wykonywanie zadań	zleconych przez terapeutę - odróżnia brak działania od nieskuteczności techniki
Jakość kontaktu	zaangażowanie podczas samej sesji, niezależne od adherencji do zadań
Rezygnacja (dropout)	wskaźnik często ukryty - klient może po prostu zniknąć z procesu

Niska adherencja jest wskaźnikiem implementacji procesu, a nie etykietą charakterologiczną klienta

CO DECYDUJE O SKUTECZNOŚCI E-TERAPII?

Sześć współdziałających czynników

SKUTECZNOŚĆ

Dopasowanie modalności
do klienta i problemu

Kompetencje terapeuty
- kliniczne i technologiczne

Struktura programu
- jasność celów i etapów

Feedback
- częstotliwość i jakość

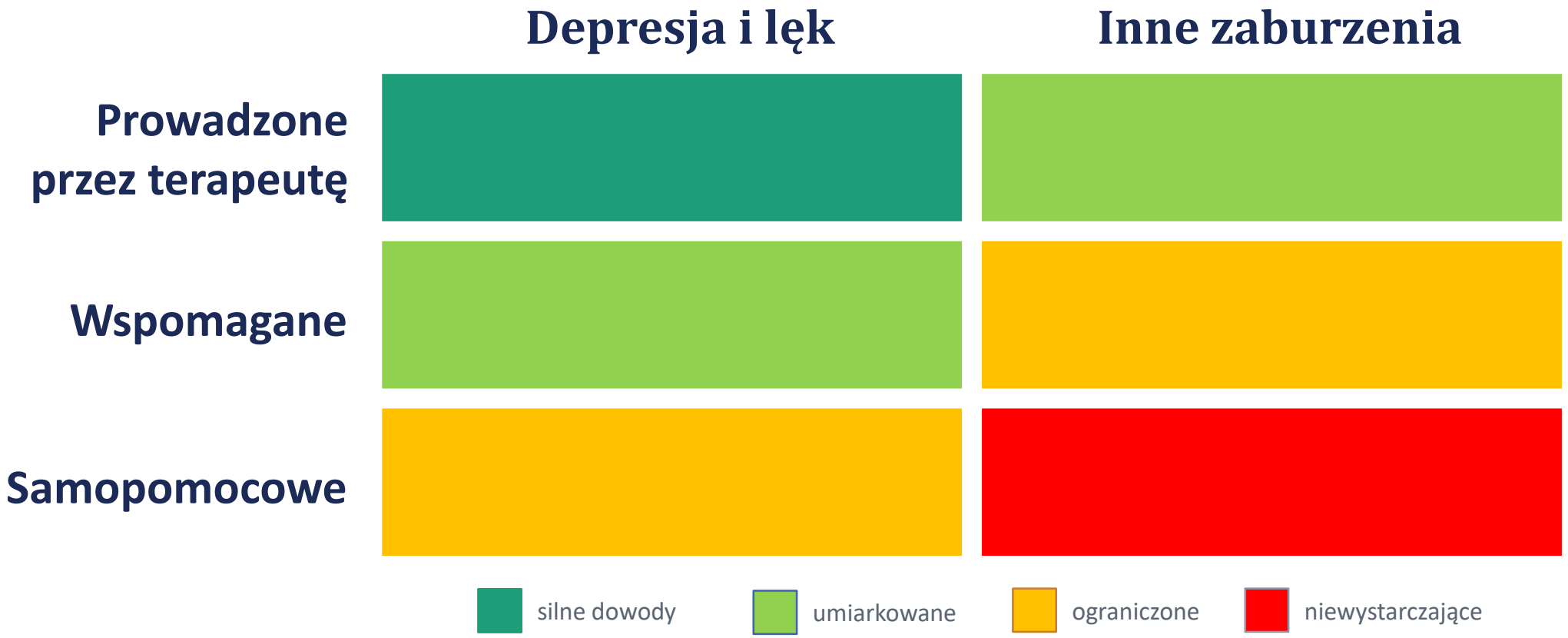
Prostota technologii
- bariera obniża skuteczność

Bezpieczeństwo i monitoring
– stalenie wymagań

Lista kontrolna do projektowania każdego procesu e-terapii

SKUTECZNOŚĆ E-TERAPII - INTERPRETACJA DOWODÓW

Siła dowodów zależy od kontekstu, nie jest jednolita



Właściwa postawa to ostrożny optymizm, a nie entuzjazm i nie odrzucenie

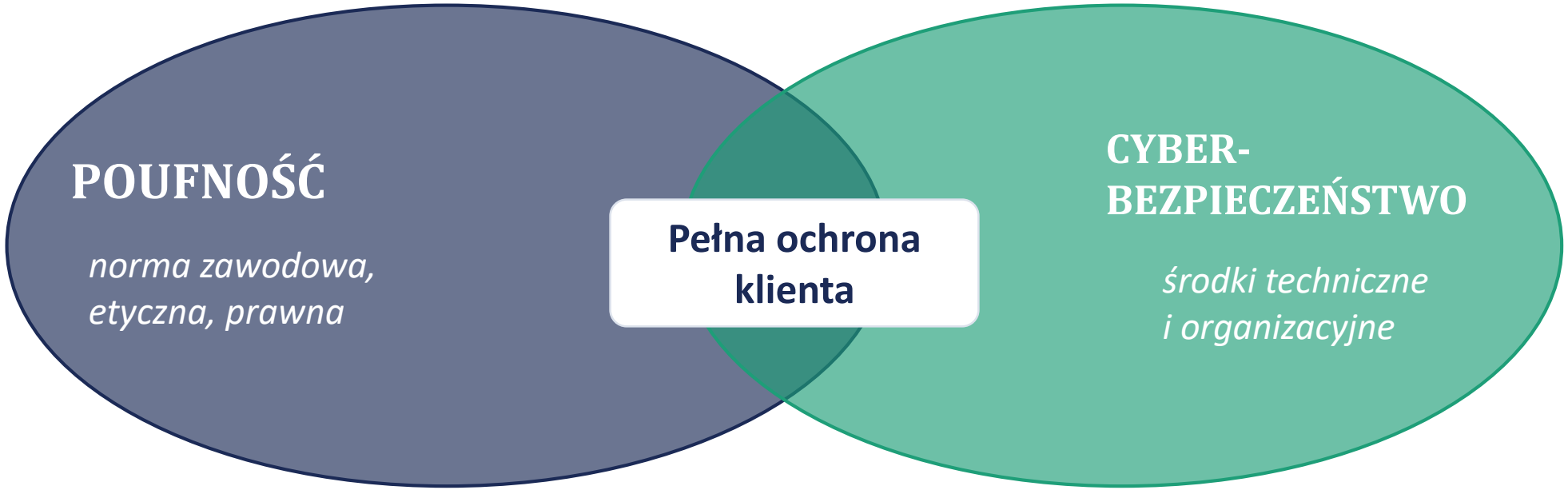
DOKUMENTACJA E-TERAPII

Więcej elementów niż w terapii stacjonarnej

Kanał i czas kontaktu	*każda forma komunikacji z dokładnym zapisem*
Zgody klienta	*zebrane, datowane, dostępne do wglądu*
Problemy techniczne	*odnotowane, gdy wpływają na przebieg sesji*
Zastosowane interwencje	*konkretne techniki, nie tylko ogólny temat sesji*
Zadania, skale, pomiary	*zintegrowane z dokumentacją procesu*
Ryzyka, decyzje kliniczne, działania awaryjne	*wymaga szczególnie szczegółowej dokumentacji, materiał do superwizji i sytuacji spornych*

POUFNOŚĆ A BEZPIECZEŃSTWO TECHNICZNE

Dwa różne pojęcia, dwie różne kompetencje



Przykład rozłączenia 1

Dyskretny terapeuta na niezabezpieczonej platformie - dane mogą wyciekać niezależnie od dobrych intencji

Przykład rozłączenia 2

Bezpieczna platforma, nieostrożna praktyka terapeuty - naruszenie poufności mimo dobrej technologii

MINIMALNY STANDARD BEZPIECZEŃSTWA

Punkt wyjścia, poniżej którego ryzyko jest nieproporcjonalne

☐

Szyfrowanie

komunikacji i przechowywanych danych

☐

Kontrola dostępu

kto i na jakich zasadach ma wgląd

☐

Silne hasła i MFA

uwierzytelnianie wieloczynnikowe

☐

Aktualizacje

regularne łatanie znanych podatności

☐

Testowane kopie zapasowe

nie tylko teoretycznie istniejące

☐

Polityka retencji danych

jak długo i dlaczego przechowujemy

☐

Rozdzielone kanały

prywatne osobno od zawodowych

PRYWATNOŚĆ KLIENTA W PRAKTYCE

Konkretne działania niezależne od jakości platformy

- **Słuchawki klienta**

ochrona przed odsłuchaniem przez osoby trzecie

- **Brak osób trzecich**

w pomieszczeniu podczas sesji

- **Świadoma zgoda**

klient rozumie, na co się zgadza, a nie tylko podpisuje

- **Informowanie o ograniczeniach**

czego dana platforma nie gwarantuje

- **Kontrola nagrywania**

kto, kiedy i na jakich zasadach może nagrywać

- **Dostęp do urządzenia**

kto jeszcze może mieć wgląd w aplikację lub konto

Praktyki niezależne od jakości platformy, czy zabezpieczeń systemowych - odpowiedzialność terapeuty

CYKL ŻYCIA DANYCH TERAPEUTYCZNYCH

Od pozyskania do trwałego usunięcia - siedem etapów



Cykl bez nazwanej **odpowiedzialności** na każdym etapie jest cyklem **bez realnej ochrony klienta**

BARIERY PO STRONIE KLIENTA

Sześć ograniczeń praktycznych, nie tylko brak woli

Wykluczenie cyfrowe

brak dostępu do sprzętu lub stabilnego internetu

Brak prywatnego miejsca

fizycznie nie ma gdzie prowadzić rozmowy

Niskie kompetencje techniczne

trudność w obsłudze nowej platformy

Przeciążenie ekranami

terapia jako kolejne źródło tego samego zmęczenia

Nieufność wobec platform

obawy o prywatność i bezpieczeństwo danych

Trudności z samodyscypliną

mniejsza struktura, niż wizyta stacjonarna

Bariery praktyczne to nie zagrożenia bezpieczeństwa. Dotyczą realnego dostępu, nie tylko motywacji.

BARIERY PO STRONIE TERAPEUTY

Symetryczny zestaw wyzwań, rzadziej dyskutowany

- **Brak szkolenia**

  w zakresie specyfiki pracy zdalnej

- **Trudność oceny ryzyka**

  przy ograniczonym dostępie do kontekstu klienta

- **Niepewność prawna**

  niejasne lub zmieniające się regulacje

- **Zmęczenie pracą zdalną**

  kumulacja sesji wideo bez naturalnych przerw

- **Rozmycie granic kontaktu**

  łatwiejszy, mniej kontrolowany dostęp klienta

- **Nadmierne poleganie na narzędziach**

  technologia zamiast oceny klinicznej

Dwie strony tego samego zjawiska: bariery klienta i terapeuty wzajemnie się wzmacniają

BARIERY ORGANIZACYJNE

Poziom systemowy, wykraczający poza klienta i terapeutę

- **Brak standardów**

niejednolite praktyki między terapeutami i instytucjami

- **Brak procedur awaryjnych**

na poziomie systemowym, nie tylko indywidualnym

- **Niedostateczna superwizja**

specyfiki pracy zdalnej

- **Brak bezpiecznej infrastruktury**

instytucje korzystające z niewłaściwych narzędzi

- **Odpowiedzialność za system niejasna**

kto odpowiada, gdy platforma zawodzi

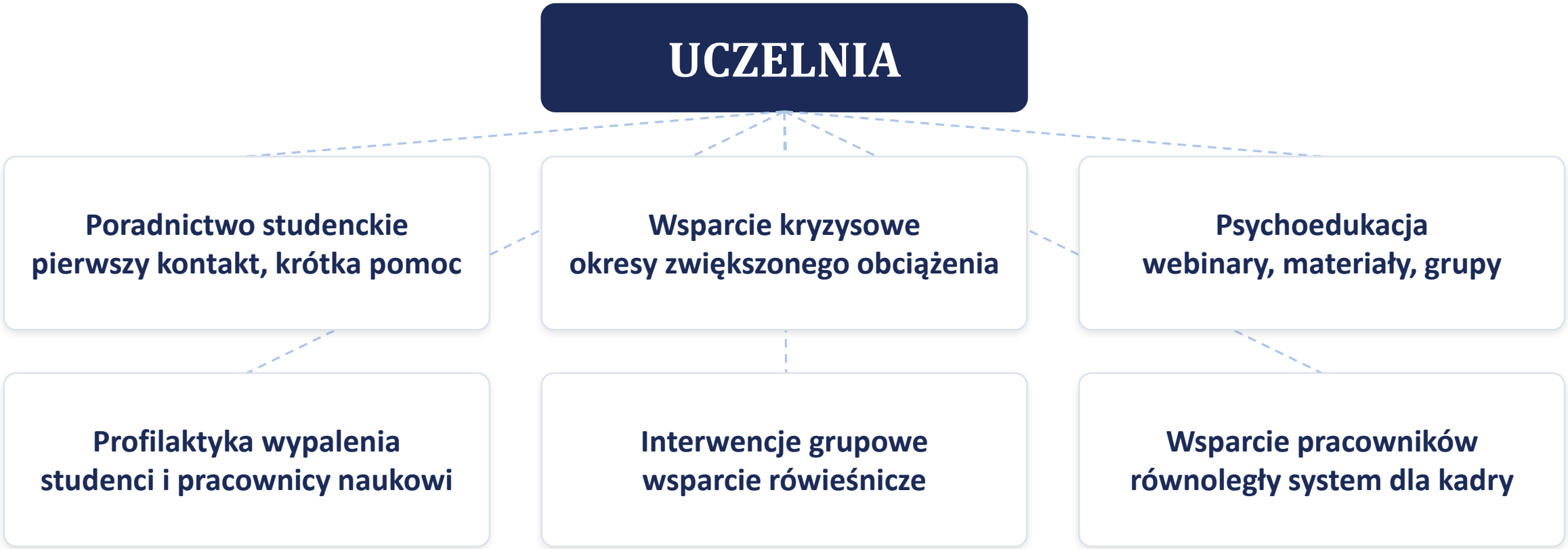
- **Brak standardu dokumentacji**

dla pracy cyfrowej

Te bariery są adresowalne przez świadome projektowanie usługi

E-TERAPIA W INSTYTUCJI AKADEMICKIEJ

Sześć ścieżek wsparcia w środowisku uczelnianym



e-terapia w środowisku akademickim = **Niższy próg wejścia + skalowalność psychoedukacji**

PROJEKTOWANIE USŁUGI E-TERAPII W INSTYTUCJI

Ścieżka użytkownika od pierwszego kontaktu do ewaluacji



Dokumentacja i eskalacja kryzysu są zintegrowane z resztą procesu. Jasno przypisana odpowiedzialność administratora systemu zapewnia, że ktoś konkretny odpowiada za działanie całej infrastruktury.

SUPERWIZJA W E-TERAPII

Sześć funkcji wymagających adaptacji do pracy zdalnej

- **Analiza przypadków online**

  specyfika materiału z sesji zdalnych

- **Granice odpowiedzialności**

  wyjaśniane i testowane w superwizji

- **Praca z kryzysem**

  przegląd decyzji podjętych w sytuacjach kryzysowych

- **Ocena narzędzi cyfrowych**

  używanych przez terapeutę w praktyce

- **Konsultacje techniczne**

  uzupełnienie konsultacji klinicznych

- **Przeciwdziałanie izolacji zawodowej**

  terapeuty pracującego głównie zdalnie

Superwizja chroni i klienta, i terapeutę, dlatego wymaga tej samej adaptacji co sama terapia

KOMPETENCJE TERAPEUTY CYFROWEGO

Siedem wymiarów profilu kompetencyjnego

1

Kliniczne

fundamentalne, niezależnie od kanału

2

Komunikacyjne

specyficzne dla środowiska cyfrowego

3

Prawne

znajomość regulacji dot. pracy zdalnej

4

Technologiczne

obsługa narzędzi, podstawowe problemy

5

Pomiarowe

skale i dane w czasie rzeczywistym

6

Kryzysowe

specyficzne dla pracy na odległość

7

Krytyczna ocena systemów

stała postawa zawodowa, a nie raz zdobyta wiedza

VR I ŚRODOWISKA IMMERSYJNE

Kontrolowane środowisko dla ekspozycji, relaksacji i treningu

- **Ekspozycja**

  kontrolowane środowisko dla lęków i fobii

- **Relaksacja**

  immersyjne środowiska wspierające regulację stanu

- **Hierarchie ekspozycyjne**

  trudne do zrealizowania w realnym świecie

- **Ból i rehabilitacja**

  pole graniczące z psychologią zdrowia

- **Trening umiejętności społecznych**

  bezpieczne, kontrolowane środowisko

- **Kontrola bodźców**

  i bezpieczeństwo uczestnika - kluczowe wszędzie

Możliwość natychmiastowego przerwania sesji jest tak samo ważna, jak sama kontrola intensywności bodźca

CYFROWE FENOTYPOWANIE I MONITORING PASYWNY

Potencjał predykcyjny i podwójne ryzyko

Dane aktywne

ankiety, dzienniczki - świadomie udostępniane

Dane pasywne

sen, ruch, wzorce interakcji ze smartfonem - zbierane w tle

Profil behawioralny

Ryzyko nadinterpretacji

korelacja behawioralna to nie to samo co trafny wniosek kliniczny dla konkretnej osoby

Ryzyko prywatności

dane pasywne ujawniają więcej, niż użytkownik zamierzał ujawnić

AI W E-TERAPII: ZASTOSOWANIA

Siedem obszarów wsparcia

1 **Triage**

wstępna ocena priorytetu zgłoszenia

2 **Psychoedukacja**

generowanie materiałów i personalizacja

3 **Przypomnienia**

dostrojone do wzorców aktywności klienta

4 **Analiza nastroju**

wspomagająca, ale nie diagnostyczna

5 **Personalizacja materiałów**

dostrojonych do konkretnej osoby

6 **Wspomaganie dokumentacji**

transkrypcja, podsumowania

7 **Symulacja rozmów**

trening umiejętności w bezpiecznym środowisku

Każde z tych zastosowań wspomaga pracę kliniczną, ale żadne jej nie zastępuje

AI W E-TERAPII: RYZYKA

Konieczna przeciwwaga do poprzedniego slajdu

1 **Halucynacje**

fałszywe, przekonująco brzmiące informacje

2 **Fałszywa empatia**

językowa imitacja rozumienia bez realnego rozumienia

3 **Bias**

odtwarzanie nierówności obecnych w danych treningowych

4 **Brak klinicznej odpowiedzialności**

system nie odpowiada za skutki odpowiedzi

5 **Ujawnienie danych**

przy przesyłaniu treści sesji do systemów AI

6 **Nadmierne zaufanie**

użytkownika do narzędzia

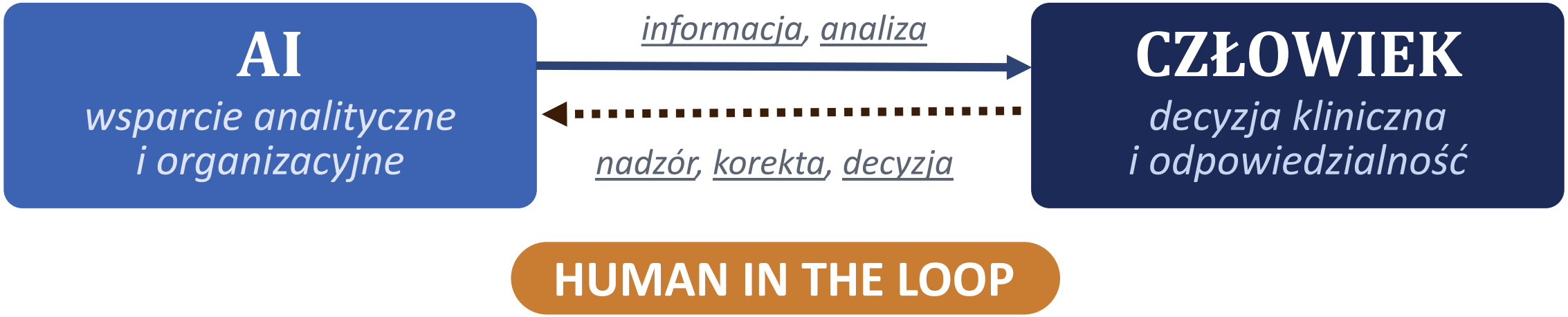
7 **Brak walidacji**

dla populacji, kontekstu kulturowego, zaburzenia

Każde **zastosowanie** niesie odpowiadające mu **ryzyko**.
Odpowiedzialna praktyka wymaga znajomości obu stron

CZŁOWIEK W PĘTLI DECYZYJNEJ

Zasada nadrzędna porządkująca relację AI–klinicysta



HUMAN IN THE LOOP

AI może wspierać

ocenę wstępną · organizację pracy · generowanie materiałów

AI nie powinna przejmować

decyzji klinicznych · interpretacji kontekstu klienta · reakcji kryzysowej

PROJEKT KOŃCOWY: WŁASNY MODEL E-TERAPII

Synteza całego materiału wykładu

PROJEKT GRUPOWY

Zadanie

zaprojektuj usługę e-terapii dla wybranej, (konkretnie) grupy odbiorców.

Elementy projektu

- ☐ Modalność i kanały komunikacji
- ☐ Narzędzia cyfrowe w procesie
- ☐ Kontrakt terapeutyczny
- ☐ Model kwalifikacji klientów
- ☐ Procedury bezpieczeństwa i protokół kryzysowy
- ☐ System pomiaru efektów
- ☐ Zasady wykorzystania AI w procesie

Format pracy

Praca grupowa z prezentacją

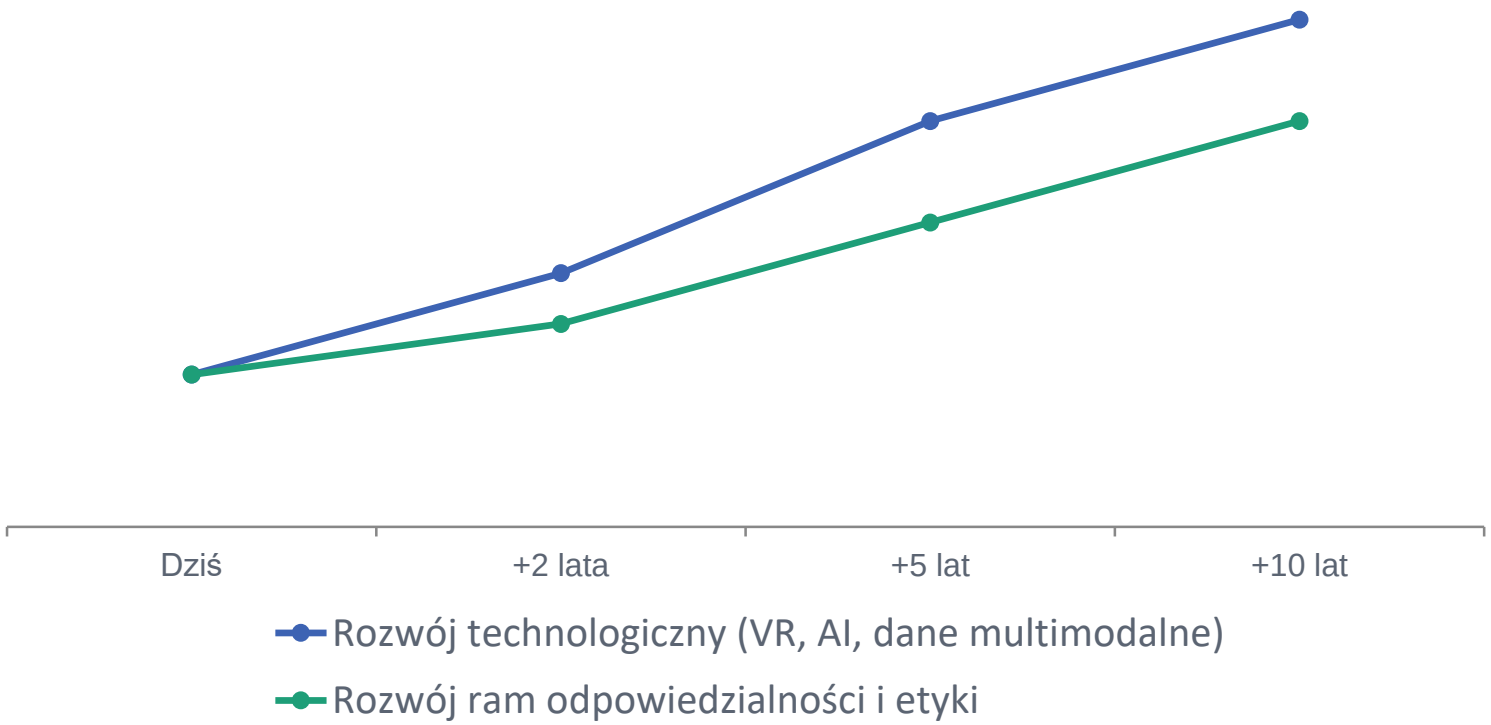
Przykładowe grupy odbiorców

Studenci I roku w adaptacji · osoby z łagodnym lękiem · pracownicy działu w zmianie organizacyjnej

Grupa musi być konkretna - by realnie wpływać na każdą decyzję projektową.

PRZYSZŁOŚĆ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Dwa kierunki rozwoju, które muszą postępować razem



Coraz bardziej dostępne

Modele hybrydowe, terapia adaptacyjna, VR i AI jako standard, nie niszowy dodatek.

Ryzyko rozjazdu

Technologia bez równoległej audytowalności i ochrony autonomii pacjenta to realne zagrożenie.

Rozwój technologiczny i rozwój ram odpowiedzialności **muszą** postępować razem, a nie jeden wyprzedzając drugi

WNIOSKI KOŃCOWE

Technologia nie zastępuje odpowiedzialności

1. **Dostępność -** e-terapia realnie zwiększa dostęp do pomocy psychologicznej
2. **Klinicznie uzasadniona -** wynikająca z kwalifikacji, nie z dostępności technologii
3. **Bezpieczna -** techniczne i kliniczne standardy ochrony klienta
4. **Etyczna -** poufność, zgoda, jasne granice odpowiedzialności
5. **Mierzalna -** systematyczny pomiar efektów, nie założenie skuteczności
6. **Udokumentowana -** pełny ślad decyzji klinicznych i przebiegu procesu

7. Kompetentny specjalista to fundament wszystkich poprzednich warunków

„Technologia nie zastępuje odpowiedzialności - może ją tylko wspierać.”

Pytania

Kto odpowiada za błąd systemu cyfrowego?

A. Terapeuta prowadzący proces
B. Instytucja organizująca usługę
C. Strony zależnie od źródła błędu
D. Producent użytej platformy

Kiedy narzędzie cyfrowe zaczyna współdecydować o terapii?

A. Terapeuta prowadzący proces
B. Instytucja organizująca usługę
C. Strony zależnie od źródła błędu
D. Producent użytej platformy

Jak najlepiej oceniać rzeczywistą poprawę kliniczną?

A. Przez zmianę wyniku skali
B. Przez wzrost regularności pomiaru
C. Przez zmianę funkcjonowania i objawów
D. Przez deklarowaną satysfakcję klienta

Kiedy e-terapia może być uznana za równoważną stacjonarnej?

A. Gdy stosuje tę samą metodę
B. Gdy trwa tyle samo czasu
C. Gdy wyniki są porównywalne w danej populacji
D. Gdy klient preferuje kontakt online

Jak traktować preferencję klienta dotyczącą modalności?

A. Jako decydujące kryterium wyboru
B. Jako kryterium wyłącznie pomocnicze
C. Jako jedno z kryteriów kwalifikacji
D. PJako czynnik niezależny od ryzyka

Co zrobić, gdy zdalność zwiększa dostępność, ale utrudnia ocenę ryzyka?

A. Zwiększyć częstotliwość kwestionariuszy
B. Kontynuować przy zgodzie klienta
C. Przejść na model hybrydowy lub stacjonarny
D. Skrócić odstępy między sesjami

Dlaczego formalna zgoda może nie wystarczyć przy cyfrowym fenotypowaniu?

A. Nie obejmuje danych pasywnych
B. Nie dotyczy danych algorytmicznych
C. Nie gwarantuje zrozumienia przyszłych użyć
D. Nie pozwala na łączenie źródeł

Co najlepiej odróżnia profesjonalną interwencję cyfrową od produktu konsumenckiego?

A. Personalizacja i nowoczesny interfejs
B. Popularność i regularne aktualizacje
C. Dowody skuteczności klinicznej
D. Automatyzacja i łatwa dostępność

Czy większa ilość danych oznacza lepsze rozumienie klienta?

A. Tak, jeśli pomiar jest ciągły
B. Tak, jeśli analiza jest automatyczna
C. Nie, jeśli dane są pozbawione kontekstu
D. Nie, jeśli dane mają charakter ilościowy