

Monika Olga Jańczak, Lidia Cierpiałkowska, Dominika Górská

## O wdrażaniu praktyki opartej na dowodach i tolerowaniu niepewności w psychoterapii – praktyczny przewodnik


### Implementing evidence-based practice while embracing uncertainty in psychotherapy – a practical guide

Zakład Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej, Wydział Psychologii i Kognitywistyki, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań, Polska

Adres do korespondencji: Monika Olga Jańczak, Zakład Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej, Wydział Psychologii i Kognitywistyki UAM, ul. Szamarzewskiego 89, 61-263 Poznań, e-mail: mmarszal@amu.edu.pl

Faculty of Psychology and Cognitive Sciences, Adam Mickiewicz University in Poznań, Poznań, Poland

Correspondence: Monika Olga Jańczak, Faculty of Psychology and Cognitive Sciences, Adam Mickiewicz University in Poznań, Szamarzewskiego 89, 61-263 Poznań, Poland, e-mail: mmarszal@amu.edu.pl

 <https://doi.org/10.15557/PIPK.2026.0015>

#### ORCID iDs

1. Monika Olga Jańczak <https://orcid.org/0000-0002-5739-1124>

2. Lidia Cierpiałkowska <https://orcid.org/0000-0002-3365-9851>

3. Dominika Górská <https://orcid.org/0000-0001-5804-8128>

#### Streszczenie

**Wprowadzenie i cel:** W ostatnich dekadach badania dostarczyły wielu użytecznych dla praktyki klinicznej i terapeutycznej informacji na temat efektywności różnych modalności psychoterapii oraz znaczenia swoistych i wspólnych czynników leczących w osiąganym zmianie. Artykuł jest adresowany głównie do praktykujących psychoterapeutów, zastanawiających się nad efektywnością własnej pracy terapeutycznej w kontekście wyników badań. Autorki dzielą się w nim wiedzą i refleksjami nad tym, co rzeczywiście wiadomo na podstawie badań, a co pozostaje w obszarze niepewności, a także jak unikać nadinterpretacji w ocenie skuteczności terapii. **Materiał i metody:** Przedstawiono znaczenie refleksji nad założeniami ontologicznymi i epistemologicznymi leżącymi u podstaw metodologii badań nad psychoterapią, omówiono definicje i wskaźniki zmiany terapeutycznej, a także pokazano, że badania nad psychoterapią są zróżnicowane i każde z nich odślania inne aspekty oraz procesy zmiany zachodzące u pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi. **Wyniki:** Podkreślono konieczność integrowania wyników badań z oceną kliniczną i preferencjami pacjenta oraz wskazano ryzyko wynikające z mechanicznego stosowania zaleceń opartych wyłącznie na danych empirycznych. Pomimo ogromnych wysiłków badawczych i klinicznych badacze oraz terapeuci wciąż poszukują nowych rozwiązań. Nadzieje pokłada się w personalizacji leczenia oraz w równoległe udoskonalanych metodach badania psychoterapii, którym – w przekonaniu autorek – powinno zawsze towarzyszyć refleksyjne podejście do obszarów niepewności, stanowiących nieodłączny element praktyki terapeutycznej. **Wnioski:** Autorki stoją na stanowisku, że badania stanowią niezbędne wsparcie dla praktyki klinicznej, ale powinny być interpretowane w zakresie ich trafności, z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z właściwości pacjenta oraz osobistych cech terapeuty, które poznaje poprzez autoanalizę, własną terapię i superwizję. Tolerowanie niepewności okazuje się kluczową kompetencją w praktyce psychoterapeuty.

**Słowa kluczowe:** skuteczność psychoterapii, zmiana w psychoterapii, badania *efficacy*, badania *effectiveness*, psychoterapia oparta na dowodach

#### Abstract

**Introduction and objective:** In recent decades, research has generated a substantial body of clinically relevant knowledge about the effectiveness of psychotherapy and the role of both specific and common therapeutic factors in facilitating change. This article is intended for practicing psychotherapists seeking to assess the effectiveness of their clinical work in light of current research. We reflect on what is empirically supported, what remains uncertain, and how to avoid overinterpreting findings when evaluating therapeutic outcomes. **Materials and methods:** We highlight the need to consider the ontological

and epistemological assumptions underlying different research methodologies. We also examine how therapeutic change is defined and measured, emphasizing that psychotherapy research is diverse and different studies illuminate various aspects of change in patients with different disorders. We advocate integrating scientific knowledge with clinical judgment and patient preferences, while warning against the uncritical application of guidelines based solely on empirical data. **Results:** Despite substantial progress, many questions remain open. Hopes are placed in the treatment personalisation and advancement of methods for studying psychotherapy, which – in our view – should always be accompanied by a reflective approach to areas of uncertainty that constitute an inherent element of therapeutic practice. **Conclusions:** We argue that research provides necessary support for clinical practice, but should be interpreted in light of its methodological limitations, patient characteristics, and the therapist's personal qualities, which are best understood through self-reflection, personal therapy, and supervision. The capacity to tolerate uncertainty emerges as a key therapeutic competence.

**Keywords:** psychotherapy outcomes, change in psychotherapy, efficacy research, effectiveness research, evidence-based psychotherapy

## WPROWADZENIE

**W** ostatnich dekadach zgromadzono ogromną wiedzę na temat efektywności psychoterapii w odniesieniu do różnych podejść terapeutycznych, nie tylko w zakresie swoistych i wspólnych czynników leczących, ale również cech i właściwości terapeutów oraz pacjentów, które mogą wzmacniać lub osłabiać skuteczność interwencji terapeutycznych. Wiedza ta jest wykorzystywana w służbie podnoszenia jakości i skuteczności psychoterapii, chociaż bywa też używana w sposób uproszczony czy fasadowy – nie tyle po to, żeby lepiej dopasować terapię do zgłaszanego przez osobę problemu, ile po to, aby ograniczyć możliwość dialogu między specjalistami i ogłosić zwycięstwo jednej szkoły nad innymi (zob. np. Leichsenring *et al.*, 2018). Wprawdzie wydawało się, że epoka wyścigów o palmę pierwszeństwa między nurtami psychoterapii została zakończona wraz z werdyktem ptaka Dodo: „wszyscy wygrali, wszystkim należy się nagroda” (Luborsky *et al.*, 1975; Westra, 2023), ale w praktyce jej echa nadal wyraźnie pobrzmiwają.

Charakter niniejszego artykułu jest edukacyjny. Jako jego autorki chcemy zaprosić Czytelników – przede wszystkim praktykujących psychoterapeutów i psychoterapeutki – do wspólnej refleksji nad tym, co rzeczywiście wiadomo na podstawie badań, co dopiero zaczyna się wyłaniać z danych, a co wciąż pozostaje w obszarze niepewności. Analizujemy w nim kilka głównych zagadnień, które – jak zakładamy – pomogą lepiej zrozumieć wyniki aktualnych badań i występujące między niektórymi z nich sprzeczności, a także łatwiej dostrzec czynione w niektórych publikacjach niezasadnione nadinterpretacje lub generalizacje. Psychoterapeuci, mając rzetelne podstawy do coraz większego poczucia pewności co do źródeł i czynników wpływających na efektywność psychoterapii, równocześnie konfrontują się z różnymi obszarami niepewności, które sprzyjają pojawieniu się tendencji do uproszczeń lub zaprzeczania owym niejasnościom. Na poczucie pewności w dużej mierze wpływa wiedza pochodząca z wielu badań nad efektywnością psychoterapii, która tworzy wiarygodne podstawy dla praktyki terapeutycznej opartej na dowodach.

Jednocześnie wśród klinicystów i terapeutów obserwuje się tendencję do nietolerowania wieloznaczności i niedocenia-  
nia refleksyjności w postępowaniu diagnostycznym oraz terapeutycznym, co prowadzi do podejmowania błędnych decyzji i proponowania osobie zgłaszającej się po pomoc nieskutecznych procedur terapeutycznych (Spring i Neville, 2016; Willig, 2019). Nie ma takiej psychoterapii (ani takiego terapeuty), która jest skuteczna w leczeniu wszystkich zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Sensowne i odpowiedzialne budowanie przez terapeutów własnego stanowiska na temat skuteczności oddziaływań terapeutycznych wymaga zadania sobie kilku ważnych pytań i sformułowania rzetelnych odpowiedzi na podstawie współczesnej wiedzy teoretycznej i empirycznej, które być może pozwolą upewnić się lub zrewidować własne przekonania oraz odkryć nieuniknione obszary niepewności.

## JAKA JEST UŻYTECZNOŚĆ WIEDZY NAUKOWEJ DLA SPECJALISTY PRAKTYKA?

### **W swojej praktyce należy korzystać z wyników badań naukowych, zawsze jednak w sposób refleksyjny**

Praktyka psychologiczna oparta na dowodach (*evidence-based practice*, EBP) to podejście pozwalające na integrowanie najlepszych możliwych wyników naukowych z doświadczeniem klinicznym, uwzględniającym kontekst indywidualnych właściwości pacjenta, jego kultury i osobistych preferencji (Levant i Hasan, 2008). Korzystanie przez terapeutę z wiedzy pochodzącej z EBP stanowi niezbędny element pracy klinicznej, przynoszący korzyści zarówno pacjentowi, jak i terapeutę. Pozwala to na zwiększenie skuteczności terapii, minimalizację ryzyka oraz optymalizację procesu osiągania zmian i efektów leczenia. W praktycznym zastosowaniu wyników badań szczególnie istotne staje się pytanie o ich użyteczność kliniczną, czyli o to, czy terapeuta będzie wystarczająco dociekliwy w poszukiwaniu odpowiedniej wiedzy o efektywnych procedurach i strategiach postępowania terapeutycznego, które uwzględniłyby z jednej strony jego

własne umiejętności i możliwości zawodowe, a z drugiej – właściwości pacjenta. W konkretnych badaniach nad efektywnością psychoterapii powinno oceniać się zarówno istotność statystyczną (np. różnice między mierzonym kwestionariuszem samoopisowym nasileniem objawów depresji na początku i na końcu psychoterapii), jak i istotność kliniczną (np. spostrzeganą przez pacjenta różnicę w relacjach społecznych) na podstawie wybranych kryteriów i ich wskaźników (Cuijpers, 2019; Lambert i Ogles, 2009). Kryteria i wskaźniki zmiany istotnej klinicznie wywodzące się z psychopatologii obejmują zmniejszenie nasilenia lub ustąpienie objawów oraz związanego z nimi cierpienia, natomiast w ramach poszczególnych modalności psychoterapii definiuje się je także poprzez intrapsychiczne kryteria zdrowia psychicznego. Wielu badaczy podkreśla, że o użyteczności badań nad zmianą w terapii decyduje przede wszystkim istotna klinicznie poprawa – zarówno w zakresie redukcji objawów, jak i na poziomie leżących u ich podstaw mechanizmów intrapsychicznych. Sama redukcja symptomów nie może być zatem jedynym kryterium skuteczności terapii (por. np. Deklaracja Marburska – Rief *et al.*, 2024 lub ustalenia The International Consortium for Health Outcomes Measurement – Prevolnik Rupel *et al.*, 2021). Równie ważne są badania nad mechanizmami zmiany, poprawą jakości życia, długofalowymi efektami leczenia i uwarunkowaniami kontekstowymi. Wiedza o skuteczności interwencji, która ma jedynie wartość statystyczną, a nie znajduje zastosowania wobec konkretnej osoby w kontekście wyjątkowości, niepewności czy konfliktu wartości (Willemsen, 2022) lub okazuje się nieadekwatna ze względu na wpływ czynników społeczno-kulturowych, traci – przynajmniej na obecnym etapie jej konceptualizacji – swoje praktyczne znaczenie. W tym sensie wyizolowana wiedza o skuteczności leczenia jest dla praktyki nieużyteczna, dopóki nie przekłada się na zmianę kliniczną.

Jest wiele powodów, dla których należy łączyć praktykę psychoterapeutyczną nie tylko z teorią, ale i z wiedzą pochodzącą z badań naukowych. Korzystanie z wyników badań daje szansę na rzetelne i trafne postępowanie i podejmowanie decyzji diagnostycznych oraz możliwości korzystania z procedur i interwencji bazujących nie tyle na osobistych preferencjach terapeuty, ile na szerokim oglądzie efektywnych i dostępnych możliwości leczenia. Ta wiedza stanowi niezbędne uzupełnienie doświadczenia klinicznego terapeuty, wspierając podejmowanie trafnych decyzji i umożliwiając świadczenie pomocy na najwyższym możliwym poziomie (Cook *et al.*, 2017). W idealnych warunkach korzystanie z wyników badań prowadzi do oszczędności czasu, pieniędzy i zasobów oraz minimalizuje ryzyko, ponieważ chroni przed stosowaniem nieskutecznego, a czasem nawet szkodliwego leczenia. Refleksyjne korzystanie z wiedzy pochodzącej z badań empirycznych jest złożoną umiejętnością, wymagającą nauki, ale wartą podjęcia tego wysiłku. Przyjmując perspektywę terapeuty poszukującego empirycznej literatury naukowej

w celu lepszego poradzenia sobie z trudnością w procesie psychoterapii konkretnego pacjenta, warto rozważyć perspektywy opisane przez nas w dalszej części artykułu jako konceptualna mapa zawierająca refleksje i wskazówki, które mogą być użyteczne w poruszaniu się po badaniach nad skutecznością psychoterapii.

## **JAKIE ZAŁOŻENIA ONTOLOGICZNE I EPISTEMOLOGICZNE LEŻĄ U PODSTAW BADAŃ NAD EFEKTYWNOŚCIĄ PSYCHOTERAPII?**

### **Od tego, jak rozumie się naturę człowieka i sposób nabywania wiedzy o świecie, zależy, jak będzie się prowadzić i interpretować badania nad psychoterapią**

Gdy uznano, że terapia nie jest sztuką, a interdyscyplinarną nauką stosowaną, terapeuta zaś nie jest artystą, a osobą wykonującą zawód wymagający określonego kształcenia i praktykowania, pojawiły się różne modele kompetencji psychologów, klinicystów i terapeutów. W tych modelach uwzględnia się nie tylko wiedzę i umiejętności zapewniające rzetelne postępowanie diagnostyczne i formułowanie różnych typów diagnozy psychologicznej (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Blais i Hopwood, 2017; Handler i Meyer, 1998; Sugarman, 1991), ale także kompetencje związane z udzielaniem pomocy w postaci poradnictwa i terapii. Modele kompetencji psychoterapeutów wskazują na konieczność dysponowania przez adepta szeroką wiedzą o zdrowiu psychicznym, umiejętnością posługiwania się procedurami i strategiami terapeutycznymi oraz zdolnościami interpersonalnymi, a także gotowością do refleksji i monitorowania własnych stanów psychicznych doświadczanych w relacji z pacjentem (France *et al.*, 2008). Willig (2019) uważa, że bycie skutecznym terapeutą to nie tylko poszerzanie wiedzy i umiejętności w zakresie terapii, ale również rozwijanie świadomości i refleksji zarówno na temat własnej praktyki i jej efektów, jak i wpływu „wyznanego” stanowiska ontologicznego i epistemologicznego na pracę terapeutyczną. Podobnie jak badacze, terapeuci powinni z jednej strony rozwijać świadomość własnych założeń dotyczących natury człowieka i świata oraz poznawać przekonania pacjenta w tym zakresie (ontologia), a z drugiej być świadomi zarówno własnych, jak i pacjenta przekonań na temat tego, czym jest prawdziwa wiedza oraz jak można ją zdobywać, czyli jak porozumiewać się w temacie cierpienia i oczekiwanej zmiany w procesie terapii (epistemologia). Założenia ontologiczne na temat natury człowieka oraz epistemologiczne o tym, jak można poznawać, nabywać wiedzę i wyjaśniać jego funkcjonowanie, stanowią rdzeń każdej modalności terapii, z którymi identyfikuje się terapeuta w procesie kształcenia, niekoniecznie będąc świadomym, jak wpływa to na jego rozumienie i poznanie oraz na podejmowane decyzje diagnostyczne i terapeutyczne.

## **Metodologia i interpretacja badań nad efektywnością psychoterapii oraz zmianami zachodzącymi u pacjenta są ściśle związane z założeniami ontologicznymi na temat natury człowieka, w tym rozumieniem zdrowia i zaburzeń psychicznych**

Jeśli rozumienie pacjenta i jego funkcjonowania wywodzi się z założeń filozofii pozytywistycznej i realizmu empirycznego, to terapeuta kieruje się zasadami obiektywizmu i logiki dedukcyjnej. Gdy wywodzi się natomiast z konstruktywizmu lub konstrukcjonizmu społecznego, który w skrajnej postaci zakłada, że jednostka nie ma dostępu do rzeczywistości, a jedynie ją konstruuje, to terapeuta koncentruje się na mentalnych procesach wytwarzania rzeczywistości przez pacjenta w różnych kontekstach społecznych (Raskin, 2002; Richert, 2003; Zwierzdzyński, 2012). O ile realizm empiryczny i niektóre założenia konstruktywizmu są obecne w psychologii i psychopatologii pozytywistycznej, o tyle konstrukcjonizm społeczny i lingwistyczny najbardziej uwidocznił się w terapiach systemowej i feministycznej oraz studiach genderowych (Cierpiałkowska, 2006; Józefik, 2016), a także w terapiach narracyjnych (Richert, 2003; Soroko, 2008). Najogólniej rzecz biorąc, w koncepcjach tych przyjmuje się, że konstrukty, takie jak zdrowie i zaburzenia psychiczne, są wytworem mentalnych procesów zamkniętego układu nerwowego lub dyskursu społecznego, a rzeczywistość jest nie tylko doświadczana za pomocą języka, ale także przez język konstruowana, a umysł nadaje jej formę narracji, opisu i interpretacji (Józefik, 2016; McAdams i Janis, 2004; Soroko, 2008). Tak więc w ujęciu konstruktywizmu społecznego zdrowie psychiczne jest konstruktem społeczno-mentalnym – narracją tworzoną pod wpływem (lub naciskiem) społeczeństwa i kultury, zinternalizowaną przez jednostkę. W ujęciu pozytywistycznym i pragmatyzmu empirycznego zdrowie stanowi „byt mentalny” (Guyon *et al.*, 2018), poznawany na podstawie badań empirycznych oraz wskaźników biologicznego, psychologicznego i społecznego funkcjonowania jednostki. Jak łatwo się domyślić, oba podejścia różnią się zasadniczo stawianymi pytaniami badawczymi i metodologią badań, a uzyskane wyniki badań nad efektywnością terapii są trudne do porównania. I tak w podejściu pozytywistycznym, odwołującym się do realizmu empirycznego, zdrowie psychiczne traktuje się jako realny byt i stawia pytania na przykład o obiektywne uwarunkowania zdrowia, zależności między czynnikami ryzyka oraz zasobami indywidualnymi i środowiskowymi, które mogą je chronić lub zwiększać zagrożenie jego utraty. Ponadto badania najczęściej są prowadzone z udziałem dużych grup uczestników i mają charakter ilościowy, a ich wyniki poddaje się analizom statystycznym, podkreślając wagę ich replikowalności. Natomiast w podejściu konstruktywistycznym stawia się ogólne pytania na przykład o przeżywanie i doświadczanie zdrowia, o doświadczanie społecznych nacisków i ograniczeń dotyczących zdrowia (np. czym jest dla ciebie zdrowie?, jak go doświadczasz/je przeżywasz?).

Badania te mają charakter głównie jakościowy, a uzyskany materiał (narracje) poddaje się analizie fenomenologicznej, poszukując indywidualnej i uzgodnionej społecznie symboliki i znaczeń (Anderson i Goolishian, 1992; Carr, 1998). W terapii narracyjnej pacjent/klient jest zachęcany do zakwestionowania (dekonstrukcji) zinternalizowanych konstruktorów zdrowia psychicznego i konstruowania takich definicji siebie i zdrowia, jakie są mu bliższe (Carr, 1998). Ostatecznie wybór ontologicznych założeń wyznacza ramy metodologii badań i decyduje o tym, jakie wnioski uznaje się za ważne dla rozumienia skuteczności psychoterapii.

### **JAK DEFINIOWANA JEST ZMIANA W PSYCHOTERAPII?**

#### **Zmiana w psychoterapii bywa definiowana na wiele sposobów, co wynika zarówno z przyjętych założeń teoretycznych i praktycznych danej modalności terapeutycznej, jak i metodologii badań – w szczególności z rodzaju stawianych pytań i sposobu operacjonalizacji wskaźników zmiany**

Celem każdej psychoterapii jest osiągnięcie uzgodnionej między pacjentem a terapeutą zmiany w obszarze intrapsychicznym lub zachowania, która prowadzi do poprawy funkcjonowania psychicznego i większego dobrostanu niż przed rozpoczęciem terapii. Zmiana terapeutyczna to konstruktor o różnych znaczeniach, co jest szczególnie widoczne w zależności od tego, czy opisuje się ją jako proces zachodzący w interakcji terapeuty z pacjentem, oparty na określonym mechanizmie zmiany, czy też jako cząstkowy bądź końcowy efekt terapii. Może więc odnosić się zarówno do samego procesu zmiany w relacji terapeutycznej, aktywowanego dzięki określonym technikom, strategiom czy procedurom, jak i do rezultatów tych oddziaływań, przejawiających się w zmianach na poziomie intrapsychicznym lub behawioralnym. Badania skoncentrowane na opisanie procesu zmian, w tym badania nad mediatorami pozwalające identyfikować mechanizmy leżące u podstaw obserwowanych efektów, odpowiadają na inne pytania badawcze niż te dotyczące wyników terapii rozumianych jako efekt konkretnych interwencji. Obecne badania nad procesem zmiany najczęściej eksplorują pytania o dynamikę przebiegu relacji między terapeutą i pacjentem, zwłaszcza uwarunkowania siły przymierza terapeutycznego i jego wpływu na osiągnięte przez pacjenta zmiany (np. Cierpiałkowska, 2023; Kazdin, 2009). Rzadziej prowadzi się badania stosunkowo trudne do realizacji, chociaż bardziej obiecujące dla poznania przebiegu zmiany w terapii, które koncentrują się na mikroanalizach sekwencji, czyli chronologicznego ciągu reakcji pacjenta na kolejne interwencje terapeuty. Zidentyfikowane sekwencje „interwencja – reakcja pacjenta” i ich efekty w postaci obserwowanej u pacjenta zmiany lub jej braku wyjaśniają, jak przebiega zmiana w procesie terapii

i co stanowi o jej istocie. Niestety, nadal dominują badania typu interwencja–wynik, w których proces i istota zmiany pozostają w „czarnej skrzynce” (Clarkin *et al.*, 2015; Elliott, 2010).

Przegląd badań nad zmianą jako efektem oddziaływań terapeutycznych wskazuje, że jest to bardzo złożony konstrukt, analizowany i definiowany w zależności od przyjętej perspektywy oraz kryteriów. W modalnościach psychoterapii opartych na założeniach pozytywizmu i realizmu empirycznego zmiana jest definiowana na różne sposoby – wykorzystuje się zarówno pojedyncze wskaźniki, jak i zestawy wskaźników odnoszących się do następujących poziomów zmian w obszarze zdrowia psychicznego:

- Pozytywna bądź negatywna definicja zdrowia – w psychologii zdrowia i pozytywnej ocenia się poczucie szczęścia oraz zadowolenia, w psychologii klinicznej i psychiatrii – brak objawów zaburzenia psychicznego oraz cierpienia.
- Zmiana w zachowaniach, funkcjonowaniu jednostki w różnych sferach życia i rolach społecznych charakterystycznych dla określonego okresu rozwoju w cyklu życia.
- Zmiana na poziomie intrapsychoicznym, która obejmuje trzy wymiary: strukturalny (czyli zmiany w zakresie cech lub aspektów osobowości), funkcjonalny (odnoszący się do wzajemnych zależności między tymi cechami lub aspektami) i dynamiczny (czyli dotyczący stałości lub zmienności aktywowanych pod wpływem czynników zewnętrznych lub wewnętrznych różnych aspektów osobowości jako przejawów zdrowia).
- Zmiana: (a) na poziomie biologicznym i funkcjonowania mózgu (np. tendencja do aktywacji różnych szlaków neuroprzekaznikowych, częstota pojawiania się fal delta o wysokiej amplitudzie i częstotliwości 1–4 Hz czy cech temperamentu); (b) na poziomie środowiska, w jakim osoba funkcjonowała od dzieciństwa (np. odejście z rodziny przemocowej); (c) na poziomie intrapsychoicznym – reprezentacji mentalno-afektywnych czy aspektów osobowości (np. zmiana w hierarchii aktywowanej w relacjach reprezentacji więzi z pozabezpiecznej na bezpieczną).

Poza pytaniem o istotę zmiany i jej różne postaci istotne jest również uwzględnienie, że w jej definiowanie może być zaangażowanych kilka podmiotów indywidualnych i społecznych, a zmiana bywa inaczej rozumiana w zależności od tego, kto ją ocenia. W trójstronnym modelu zdrowia psychicznego i efektywności psychoterapii (Stricker, 2012; Strupp i Hadley, 1977) podkreśla się konieczność uwzględnienia trzech perspektyw, tj. pacjenta, terapeuty i społeczeństwa (rodziny oraz np. instytucji i firm ubezpieczeniowych). Każda z tych grup opiera się bowiem na innych kryteriach i wskaźnikach zdrowia psychicznego oraz efektów leczenia. Co więcej, powstało pytanie, którymi kryteriami należy się kierować w ocenie efektów leczenia oraz o czym świadczą i jak należy rozumieć wyniki badań wskazujące na sprzeczności lub zgodności między trzema podmiotami w ocenie osiągniętych zmian. Pacjenci oczekiwali zmiany w postaci poczucia dobrostanu i stabilizacji w pełnieniu ról

społecznych, rodzina i firmy ubezpieczeniowe – większej adaptacji i sprawniejszego funkcjonowania w rolach społecznych oraz przewidywalności zachowań, a profesjonalności stosując wskaźniki obiektywne, przykładowo zmiany na poziomie osobowości, i subiektywne, na przykład lepsze samopoczucie. Wynika z tego, że ocena efektów psychoterapii musi uwzględniać wielość perspektyw i kryteriów, a samo pojęcie zmiany wymaga interpretacji w odniesieniu do podmiotu, który jej dokonuje (por. Cuijpers, 2019).

### **Zmiana terapeutyczna może być badana zarówno jako pojedynczy aspekt, cecha osobowości lub konkretny objaw, jak i jako zestaw powiązanych ze sobą wskaźników objawowo-strukturalnych**

Efekty psychoterapii konceptualizowanych w podejściu pozytywistycznym, czyli terapii poznawczo-behawioralnej (*cognitive behavioural therapy*, CBT), psychoterapii psychodynamicznej, terapii humanistycznej i różnych terapiach integracyjnych, koncentrują się na pomiarze bardzo zróżnicowanych wskaźników. Każde z tych podejść charakteryzuje się własną epistemologią w rozumieniu zdrowia i zaburzeń, a ponadto odmiennie je opisuje i wyjaśnia – zarówno na poziomie przejawów w funkcjonowaniu jednostki, jak i w wymiarze strukturalno-dynamicznym i epigenetycznym. Na przykład w CBT na poziomie opisowym często szacuje się zdolności adaptacyjne jednostki w zmieniającym się otoczeniu, natomiast w psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (*transference-focused psychotherapy*, TFP) ocenia się zdolność do miłości, w tym seksualnej, a także zdolność do pracy i odpoczynku. Na poziomie strukturalno-dynamicznym w podejściu CBT bada się zmiany w zakresie nieadaptacyjnych przekonań i zniekształceń w odbiorze informacji, natomiast w TFP – różne aspekty osobowości, na przykład poczucie tożsamości, zdolność do testowania rzeczywistości czy kontrolę impulsów agresywnych i seksualnych. Badanie zmian na poziomie intrapsychoicznym, zwłaszcza strukturalnym, jest trudniejsze i bardziej wyrafinowane niż badanie poprawy objawowej. Tymczasem przy ocenie skuteczności terapii należy uwzględniać poprawę w obu perspektywach – objawowej i strukturalnej. Stwierdzono na przykład, że pacjenci z zaburzeniami lękowo-depresyjnymi leczeni tylko objawowo cechują się krótszymi okresami remisji i częstszymi nawrotami (por. Leichsering *et al.*, 2018). Jeśli badania ograniczają się jedynie do oceny zmian w nasileniu lub występowaniu objawów, istnieje większe prawdopodobieństwo, że uzyskane efekty są przeceniane z powodu błędów systematycznych w procedurze badawczej i uprzedzeń (*bias*) w interpretacji wyników, co potwierdzają metaanalizy skuteczności terapii skoncentrowanych na redukcji objawów (Cuijpers, 2019). Efekty leczenia analizuje się nie tylko w odniesieniu do pojedynczych wskaźników, lecz także w oparciu o zestawy złożonych miar zmian obserwowanych na różnych etapach procesu terapeutycznego. Pojedyncza zmiana jako efekt

psychoterapii jest tylko fragmentem szerokiego krajobrazu zmian, które mogą być badane lub pominięte w konkretnym badaniu, dlatego jej umieszczenie w szerokim kontekście innych pożądaných zmian zapobiega zniekształceniom poznawczym w ocenie skuteczności psychoterapii. Na przykład International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) (Prevolnik Rupel *et al.*, 2021) opisał standardowy zestaw wyników leczenia pacjentów z zaburzeniami osobowości, który obejmuje cztery szerokie grupy kryteriów, w tym zdrowie psychiczne (np. myśli samobójcze, dysregulacja emocjonalna), zachowanie (np. samookaleczenie, impulsywność), funkcjonowanie (np. interpersonalne, dbanie o siebie) i zdrowienie (np. jakość życia, poczucie przynależności).

Obecnie weryfikacje empiryczne efektów psychoterapii koncentrują się przede wszystkim na: (1) analizie procesu zmian w różnych modalnościach, ze szczególnym uwzględnieniem interakcji między strategiami specyficznymi i wspólnymi oraz ich wpływu na pojawianie się na kolejnych etapach pożądaných zjawisk oraz na ostateczny efekt terapii (Crits-Christoph i Gibbons, 2021; Wampold i Imel, 2015); (2) skuteczności strategii i procedur danej modalności terapeutycznej w pracy z nowymi grupami pacjentów – odmiennymi niż te, wobec których terapia była dotychczas stosowana – pod względem wieku, płci, środowiska społeczno-kulturowego czy rodzaju diagnozy (np. badania nad zastosowaniem dialektycznej terapii behawioralnej w leczeniu problemów innych niż zaburzenie osobowości borderline) (por. Dubose *et al.*, 2019); (3) zmianie skuteczności znanej i zweryfikowanej w pewnym zakresie modalności terapii po wprowadzeniu do standardowych strategii i procedur nowych oddziaływań terapeutycznych (np. w CBT bada się znaczenie dołączenia technik redukcji stresu opartych na uważności u osób z zaburzeniami lękowymi lub depresją) (MacKenzie i Kocovski, 2016) i (4) skuteczności wybranych konfiguracji strategii i interwencji terapeutycznych wywodzących się z różnych modalności terapii i znajdujących zastosowanie w różnych terapiach integracyjnych (np. Zarbo *et al.*, 2016).

Perspektywa pacjentów potwierdza konieczność myślenia o efektach terapii jako złożonych i wielowymiarowych. Zavis i wsp. (2025), korzystając z metaanalizy obejmującej 177 badań jakościowych nad doświadczeniem pacjentów (Ladmanová *et al.*, 2025), przyporządkowali wyodrębnione kategorie zmiany trzem nadrzędnym obszarom. Obszary te – według badaczy – odpowiadają trzem podstawowym celom psychoterapii: zdolności do miłości (rozumianej jako poprawa relacji z samym sobą i z innymi, charakterystyczna dla podejść psychodynamicznych i systemowych), pracy (czyli rozwijania umiejętności radzenia sobie, typowego dla CBT) oraz sensu (związanego ze stabilnością emocjonalną i poszukiwaniem znaczenia, akcentowanego w podejściach humanistycznych i opartych na uważności). Zdaniem autorów wskazuje to na zgodność celów psychoterapii z tym, co pacjenci uważają za najistotniejsze efekty leczenia i co może stanowić punkt wyjścia do zintegrowanego, całościowego

rozumienia zmiany w psychoterapii. Należy jednak podkreślić, że z perspektywy konkretnego pacjenta ostateczną miarą skuteczności terapii jest to, czy terapia pomogła mu dokonać zmiany, której oczekuje – jeśli zmianę obserwuje jedynie terapeuta, a nie potwierdza jej pacjent, prawdopodobnie jest to skutek sprzeczności między realizowanymi przez obie strony celami terapii. Nierzadkie są sytuacje rozbieżności pomiędzy przekonaniem terapeuty o zastosowaniu optymalnej, zgodnej z protokołem interwencji czy procedury a uzyskanymi niesatysfakcjonującymi rezultatami, czyli brakiem poprawy, a nawet rezygnacją pacjenta z terapii. Gdy nie wystarcza zasobów do refleksji nad źródłem niepowodzeń, pojawia się rozczarowanie i zniechęcenie do dalszego zgłębiania zagadnienia. Tymczasem właśnie refleksyjne podejście i tolerowanie niepewności w krytycznych momentach psychoterapii pozwala traktować trudności jako naturalny element procesu, wymagający ponownej konceptualizacji i twórczej adaptacji technik do specyfiki pacjenta czy dynamiki relacji terapeutycznej (np. Constantino *et al.*, 2013, 2020; Owen i Hilsenroth, 2014).

### **JAKĄ WIEDZĘ O SKUTECZNOŚCI PSYCHOTERAPII UZYSKUJEMY NA PODSTAWIE BADAŃ I JAKIE KOMPETENCJE SĄ POTRZEBNE, BY Z NICH KORZYSTAĆ?**

#### **EBP obejmuje trzy różne komponenty i relacje pomiędzy nimi, a nie jeden – wyłącznie wyniki badań nad skutecznością metody**

Podążając ścieżkami wyznaczonymi przez medycynę, w Amerykańskim Towarzystwie Psychologicznym sformułowano definicję praktyki psychologicznej opartej na dowodach, która składa się z trzech elementów. Według niej EBP to integracja najlepszych dostępnych wyników badań (element nr 1) z kompetencjami klinicznymi specjalisty (element nr 2) w kontekście indywidualnych cech pacjenta, jego preferencji, pochodzenia kulturowego i kontekstu zgłoszenia się po pomoc (element nr 3).

Wyniki badań obejmują wiele obszarów, od których zależy skuteczność psychoterapii, w tym metodę (zastosowanie konkretnej interwencji), relację terapeutyczną (np. znaczenie przymierza terapeutycznego), cechy pacjenta (np. poziom mentalizowania) i osobę terapeuty (np. zdolność do prowadzenia rozmów o załamaniu przymierza lub oporze). Badania prowadzone są w każdym z tych obszarów, najczęściej rozłącznie, przez różne zespoły badawcze, które rzadko łączą kilka z nich (np. Keefe *et al.*, 2021; Wibbelink *et al.*, 2022), a do pełnej integracji tej ogromnej wiedzy wciąż jest daleko. W konsekwencji skutkuje to brakiem jasnych wskazań i spójnej konceptualizacji, w jaki sposób skutecznie integrować trzy kluczowe elementy EBP. Co więcej, w dyskursie społecznym na pierwszy plan wysuwają się zwykle dane empiryczne na temat metody jako główny wyznacznik naukowości i wiarygodności interwencji (American

Psychological Association, 2021; Berg, 2019; Willemsen, 2022), a „wyniki badań” często oznaczają wyłącznie skuteczność metody, przy pomijaniu wyników badań nad czynnikami wspólnymi, w tym nad cechami i kompetencjami psychoterapeuty oraz preferencjami i właściwościami pacjenta.

Z perspektywy psychoterapeuty i jego kompetencji badania skupiają się z jednej strony na oszacowaniu, jakie znaczenie dla efektywności oddziaływań mają jego kompetencje swoiste, wynikające z uczenia się wybranej modalności psychoterapii, oraz jego kompetencje interpersonalne i komunikacyjne, a z drugiej – na ustaleniu wpływu interakcji kompetencji terapeuty z cechami i właściwościami pacjenta oraz ich znaczenia dla przebiegu relacji i przymierza terapeutycznego. Przykładem mogą być metaanalizy związków między przymierzem terapeutycznym a wynikami leczenia (Flückiger *et al.*, 2018), a także badania wskazujące na korzyści płynące z naprawy jego zakłóceń (Eubanks *et al.*, 2018). Pomimo solidnych dowodów ocena przymierza wciąż nie jest powszechna zarówno w programach kształcenia klinicznego, jak i w praktyce terapeutycznej. Również szkolenia ukierunkowane bezpośrednio na pracę z przymierzem terapeutycznym należą do rzadkości.

Z perspektywy pacjenta i jego różnych właściwości wyniki badań obejmują ogromną wiedzę na temat skuteczności psychoterapii osób z różnymi problemami czy zaburzeniami psychicznymi lub zaburzeniami zachowania. Sporo wiadomo o znaczeniu dla efektywności psychoterapii zmiennych socjodemograficznych i społeczno-kulturowych, cechach i właściwościach osobowościowych (np. stylu więzi), a także przebiegu leczenia i historii ujawniających się trudności (np. historii choroby, pierwszego zachorowania, współwystępowania innych zaburzeń niż aktualnie dominującego lub rozpoznawanego przez pacjenta, częstości nawrotów czy historii podejmowanego leczenia i przerwanych procesów leczenia) (np. Constantino *et al.*, 2018; Piper *et al.*, 2011).

Ważnym zadaniem psychoterapeuty prowadzącego konkretny proces jest identyfikowanie tych różnych obszarów, z których pochodzą wyniki badań, i weryfikowanie, które z nich, w jakim momencie relacji terapeutycznej, wobec jakiego pacjenta należy uwzględnić i zastosować.

**Potrzebne są zróżnicowane typy badań, aby odpowiadać na różne pytania kliniczne, a pełny obraz można uzyskać, tylko uwzględniając wiele z nich**

Ewaluacja i stosowanie wyników badań stanowią jedną z kluczowych kompetencji klinicysty, jednak zadanie to nie jest proste w obliczu różnorodności typów badań, ich zróżnicowanej wiarygodności i złożoności metodologicznej, a także często pojawiających się niespójności czy wręcz sprzeczności wniosków. Rozwijaniu tej kompetencji sprzyja znajomość statusu poszczególnych rodzajów badań, ich ograniczeń oraz możliwości zastosowania w konkretnej

relacji terapeutycznej. W badaniach naukowych funkcjonuje hierarchia dowodów, będąca próbą odpowiedzi na pytanie, jaki typ badań należy uznać za najbardziej wiarygodny w ocenie skuteczności psychoterapii, i chociaż taki system ma wartość porządkującą, to ma też poważne ograniczenia. Na szczycie hierarchii znajdują się randomizowane badania kontrolowane (*randomised controlled trial*, RCT) oraz ich syntezy, czyli metaanalizy i metaanalizy metaanaliz (*umbrella reviews*). Niżej plasują się inne rodzaje badań, m.in. obserwacyjne, jakościowe i studia przypadków. Tymczasem jednym z coraz częściej obalanych mitów badań nad psychoterapią jest uznawanie RCT za jedyny i rozstrzygający sposób pomiaru skuteczności psychoterapii. Ten mit ma swój początek w publikacji Cochrane'a (1972), w której zaproponowano nowy standard dla praktyki medycznej: podejmowanie decyzji klinicznych w oparciu o wyniki RCT. Badania te traktowano jako metodę wolną od błędów systematycznych i uprzedzeń (*bias*), które mogłyby zniekształcać wnioskowanie kliniczne. Celem randomizacji jest porównanie dwóch (lub więcej) grup możliwie jak najbardziej podobnych pod względem wszystkich istotnych zmiennych, z których jedna otrzymuje daną interwencję, a pozostałe pełnią funkcję grup kontrolnych. Dzięki temu można przypisać zaobserwowane różnice w wynikach właśnie działaniu testowanej interwencji. Z czasem jednak okazało się, że badania typu *efficacy* (eksplanacyjne), prowadzone w ściśle kontrolowanych warunkach, nie są wystarczające do realizacji szerszego celu, jakim jest formułowanie praktycznych zaleceń dotyczących tego, jaką psychoterapię należy zaproponować konkretnemu pacjentowi w określonym kontekście klinicznym (Cierpiałkowska, 2016). Wynika to z ograniczonych możliwości generalizowania wyników takich badań, ponieważ warunki RCT często znacząco odbiegały od realiów codziennej praktyki terapeutycznej i tym samym charakteryzowały się niską trafnością zewnętrzną. Choć w teorii wiele podejść może być skutecznych w pracy w sprzyjających warunkach, w praktyce kluczowe znaczenie mają szczegóły – różnice nie tylko między pacjentami, ale także między terapeutami. Wiadomo, że skuteczność terapeuty różni się indywidualnie (terapeuci różnią się między sobą) i interindywidualnie (ten sam terapeuta może osiągać różną skuteczność w pracy z różnymi pacjentami) (Werbart *et al.*, 2018) – jednak badania typu *efficacy* rzadko uwzględniały tę zmienność. W odpowiedzi na te ograniczenia zaczęto rozwijać badania pragmatyczne (*effectiveness*) w warunkach naturalnych, które uwzględniają nie tylko skuteczność interwencji, lecz także jej opłacalność, dostępność zasobów ludzkich oraz realne możliwości implementacji wyników badań w zróżnicowanych warunkach klinicznych. Rozróżnienie między *efficacy* a *effectiveness* podkreśla istotną różnicę między badaniami prowadzonymi w ściśle kontrolowanych warunkach a ich zastosowaniem w praktyce klinicznej – o ile w badaniach typu *efficacy* celowe upraszczanie złożoności jest metodologicznie uzasadnione, o tyle przenoszenie takich uproszczeń na codzienną pracę terapeutyczną może prowadzić do pogorszenia

jakości opieki. Innymi słowy, interwencje określone jako „skuteczne” w modelu *efficacy* mogą wykazywać różną efektywność w zależności od kontekstu ich zastosowania. Obecnie, zgodnie z formułowanymi w środowisku rekomendacjami (Kramer et al., 2022; Rief et al., 2024), najnowsze RCT coraz częściej odchodzą od dawnego, uproszczonego modelu i obejmują nie tylko znacznie bardziej zróżnicowane populacje pacjentów, ale także coraz bardziej złożone strategie metodologiczne (np. Abeditehrani et al., 2025; Briganti et al., 2024). Coraz silniej akcentuje się również podejście transdiagnostyczne i procesowe (Dalglish et al., 2020; Hayes et al., 2017), co sprawia, że nowe generacje RCT nie tylko testują skuteczność interwencji, lecz także pozwalają na badanie mechanizmów zmiany i czynników kontekstowych. Choć ten kierunek rozwoju jest obiecujący, pozostaje to wciąż wczesny etap akumulacji tego rodzaju dowodów, a dotychczasowe badania – prowadzone według wcześniejszych, uproszczonych modeli – cechują się ograniczoną przydatnością w formułowaniu praktycznych rekomendacji klinicznych.

Kolejnym istotnym elementem dyskusji o wadze zróżnicowanych dowodów w badaniach nad psychoterapią jest przejście od podejścia nomotetycznego (bazującego na uogólnieniach wynikających z badania dużych grup) do idiograficznego (skoncentrowanego na badaniu indywidualnego pacjenta i trajektorii zmiany). O ile badania na dużych próbach dostarczają wiedzy o średnich efektach, o tyle każdy klinicysta podejmuje decyzje wobec konkretnego pacjenta – a nie uśrednionego „statystycznego przypadku”. Wyniki badań grupowych nie mogą więc być mechanicznie przenoszone na jednostkę bez ryzyka błędów wnioskowania (tzw. *ecological fallacies*) (Schwarzbach et al., 2025). To właśnie indywidualne historie pacjentów – z ich wyjątkowymi uwarunkowaniami genetycznymi, temperamentalnymi, osobowościowymi, somatycznymi i środowiskowymi – ukazują złożoność procesu terapeutycznego. Dlatego coraz częściej prowadzi się badania śledzące indywidualny przebieg zmiany u pojedynczych pacjentów oraz identyfikujące podgrupy osób podążających różnymi ścieżkami zdrowienia, także w kontekście badań randomizowanych (np. Abeditehrani et al., 2025; Baelemans et al., 2025). W odpowiedzi na te potrzeby wykorzystuje się nowe, bardziej złożone metody badawcze, takie jak badania dziennikowe (*diary studies*) i studia przypadków (*case studies*), a także podejścia idiograficzne i sieciowe (np. *personal-social-network analysis*) (np. Cain et al., 2025; Meehan et al., 2023). Ma to również związek ze wzrastającą świadomością ograniczeń wynikających z dominacji metod ilościowych nad jakościowymi w badaniach dotyczących psychoterapii, co początkowo wynikało z naśladowania modelu nauk medycznych i utrzymywało wąskie rozumienie badań naukowych, skoncentrowane głównie na przewidywaniu, kontroli i testowaniu statystycznym, zgodnie z założeniami realizmu empirycznego. Obecnie coraz wyraźniej podkreśla się konieczność integrowania metod ilościowych i jakościowych, aby uzyskać pełniejszy obraz efektów terapii, w tym także z perspektywy

subiektywnych doświadczeń pacjentów (Levitt et al., 2025). W środowisku naukowym trwa debata nad tym, jak obecnie powinna wyglądać hierarchia dowodów w badaniach nad psychoterapią. Na przykład Levitt i wsp. (2025) proponują odejście od modelu hierarchicznego na rzecz pluralistycznej, cyrkularnej koncepcji wiedzy, w której badania jakościowe nie tylko „ilustrują”, lecz także inicjują proces naukowego poznania skuteczności psychoterapii. W tym ujęciu badania te traktuje się jako równorzędne i niezbędne do interpretacji badań nad skutecznością psychoterapii, ponieważ dostarczają danych o procesach i znaczeniach, których nie da się uchwycić w badaniach ilościowych.

Reasumując, specjalista praktyk nie może opierać się wyłącznie na wynikach badań typu *efficacy*. Ich nowsze wersje – wzbogacone o bardziej złożone strategie metodologiczne, podejście transdiagnostyczne i procesowe – dostarczają dziś cennej wiedzy o skuteczności psychoterapii oraz mechanizmach zmiany, są to jednak podejścia stosunkowo nowe i dopiero rozpoczyna się proces akumulacji tego rodzaju dowodów, co ogranicza możliwość formułowania jednoznacznych wniosków dla praktyki klinicznej. Dla pełnego obrazu konieczne jest więc równoległe uwzględnianie badań typu *effectiveness*, prowadzonych w warunkach naturalistycznych, a także badań jakościowych czy studiów przypadków. Hierarchia dowodów, od lat stanowiąca podstawę rekomendacji dla EBP, wymaga dziś pewnej rekonceptualizacji – a przynajmniej stosowania z większą ostrożnością i świadomością jej ograniczeń.

### **Wciąż mierzymy się z brakiem integracji między nauką a praktyką**

W rzeczywistości *science-to-practice gap*, czyli niezadawalający transfer między badaniami naukowymi a praktyką, nadal jest znaczącym wyzwaniem, ograniczającym wykorzystanie pełnego potencjału EBP (Lilienfeld, 2019; Schwarzbach et al., 2025; Willemsen, 2022). Przejście od koncepcji terapii o potwierdzonej skuteczności (*empirically supported treatments*) do EBP miało być krokiem w stronę bardziej inkluzywnego modelu najlepszej praktyki klinicznej, tymczasem wiele problemów dotyczących integracji badań i praktyki pozostało nadal nierozwiązanych (Berg, 2019). Być może odpowiedzią na ten dylemat jest kolejne przejście od EBP do *evidence-informed practice*. Ostatecznie dystans dzielący naukę – tak jak jest definiowana w ramach EBP – od praktyki terapeutycznej nadal pozostaje znaczny: na obecnym etapie badania mogą wspierać terapeutę w codziennej pracy, ale rzadko udzielają jednoznacznej odpowiedzi na pytanie „co mam zrobić teraz z tym pacjentem?” (por. Leibovich i McCarthy, 2025). W tym kontekście coraz większe znaczenie zyskują podejścia partycypacyjne, które zakładają ścisłą współpracę badaczy z praktykami i angażowanie osób z doświadczeniem własnym jako ekspertów (np. Chevance et al., 2020). Dzięki temu pytania badawcze mogą być lepiej dostosowane do realnych potrzeb pacjentów i środowiska terapeutycznego oraz bardziej osadzone

w rzeczywistych warunkach klinicznych (np. Renneberg *et al.*, 2024). Takie inicjatywy sprzyjają rozwojowi wiedzy przydatnej zarówno dla nauki, jak i praktyki, a ich nadrzędnym celem pozostaje poprawa jakości i dopasowania metod leczenia. Włączanie praktyków i pacjentów w proces badawczy zwiększa trafność oraz kliniczną użyteczność wyników, a także ułatwia wdrażanie i wzmacnia społeczne oddziaływanie prowadzonych badań. Coraz częściej traktuje się je jako element standardu wysokiej jakości badań nad skutecznością i mechanizmami psychoterapii (Rief *et al.*, 2024).

### **Wyniki badań mogą być pomocne tylko wtedy, gdy są dobrze użyte przez psychoterapeutę korzystającego ze stale rozwijanych kompetencji klinicznych**

Wobec braku integracji na poziomie badań połączenie ich wyników z cechami pacjenta i kompetencjami terapeuty może być dokonane wyłącznie przez specjalistę, dlatego każdy praktyk musi wejść w rolę eksperta i samodzielnie ocenić te trzy aspekty podczas planowania interwencji. Jeśli ta wewnętrzna integracja w umyśle psychoterapeuty zostanie pominięta, istnieje ryzyko uproszczonego stosowania EBP, ograniczającego się do mechanicznego wdrażania wyników badań – bez uwzględnienia kontekstu konkretnego pacjenta i refleksji nad własnymi kompetencjami klinicznymi. Dlatego to właśnie ocena ekspercka staje się niezbędna, aby przekładać najlepsze dostępne dowody z badań na praktykę terapeutyczną. Nauka formułuje uogólnione twierdzenia opisujące efekty, natomiast to praktyk interpretuje i stosuje te wyniki w konkretnym kontekście klinicznym, korzystając także z innego rodzaju kompetencji. Poza tym, jak wynika z przytoczonej definicji EBP, w procesie leczenia należy uwzględnić wartości i preferencje pacjenta, który powinien być aktywnie zaangażowany w podejmowanie decyzji dotyczących leczenia i ustalania celów terapii. Wymóg ten dodatkowo podkreśla różnicę między efektywnością metod a ich użytecznością kliniczną w indywidualnych przypadkach, ponieważ możliwości zastosowania określonej interwencji u pacjentów o złożonym obrazie klinicznym lub przy oczekiwaniach niemożliwych do uzgodnienia (np. leczenie objawów zaburzeń emocjonalnych bez uwzględnienia uzależnienia) mogą być ograniczone.

### **W STRONĘ PERSONALIZACJI**

#### **Nie tyle, która modalność jest skuteczniejsza, ile *What works for whom?*\* (Co pomaga komu?) i dlaczego?**

Głosy niezadowolonych terapeutów z użyteczności dostępnych wyników badań w praktyce terapeutycznej skłoniły

\* *What Works for Whom?* to tytuł książki Petera Fonagy'ego i Anthony'ego Rotha wydanej w 2005 roku.

badaczy do poszukiwania rozwiązań, które odpowiadałyby na oczekiwania praktyków. Pojawiają się różne koncepcje i modele badań skoncentrowanych na personalizacji (nazywane też badaniami skoncentrowanymi na pacjencie), które próbują wyjść poza napięcie między standaryzowanymi modelami terapii a indywidualnymi potrzebami pacjenta. Personalizacja leczenia zakłada dopasowanie interwencji do wyjątkowych cech i kontekstu społecznego konkretnej osoby, zamiast stosowania „jednego modelu dla wszystkich”. Generalnie w zależności od obszaru zainteresowań i metodologii można wyodrębnić dwa kierunki badań, które mają optymalizować efekty i proces leczenia indywidualnych pacjentów.

Pierwszy kierunek próbuje zidentyfikować moderatory i mediatory, które mogą wpływać na wyniki terapii o potwierdzonej skuteczności. Moderatory to zmienne obecne przed rozpoczęciem leczenia, które wpływają na jego efekt końcowy i pozwalają na zidentyfikowanie pacjentów, którzy z wysokim prawdopodobieństwem odniosą korzyść lub nie skorzystają z określonego rodzaju terapii. Z kolei mediatory wyjaśniają, w jaki sposób interwencja prowadzi do zmiany – są podstawą identyfikacji mechanizmów zmiany i kluczowych elementów procesu terapeutycznego. Obecnie prowadzi się badania i tworzy nowe modele w celu odpowiedzi na pytania, jaki wpływ na skuteczność mają moderatory i jak mediatory modyfikują proces terapii (Huibers *et al.*, 2021; Spielmanns i Flückiger, 2018). Nadal jednak dysponujemy ograniczoną wiedzą na temat moderatorów i mechanizmów zmiany leżących u podstaw skutecznych interwencji psychoterapeutycznych, a odpowiedzią na te ograniczenia jest modyfikacja metodologii badań tak, aby lepiej adresować te kluczowe pytania. Postuluje się między innymi: (a) określenie wpływu czynników socjodemograficznych (np. wieku, płci, pochodzenia etnicznego, niepełnosprawności) na skuteczność i wdrażanie interwencji oraz identyfikację warunków, w których dane interwencje przynoszą pozytywne lub ograniczone efekty (pytanie o moderatory); (b) poszukiwanie transdiagnostycznych mechanizmów zmiany (pytanie o mediatory); (c) rozwój bazy dowodów wspierającej decyzje terapeutyczne dostosowane do indywidualnych cech pacjenta i (d) opracowanie metod umożliwiających analizę interakcji między kontekstem społecznym a przebiegiem terapii (Kramer *et al.*, 2022). Choć dotychczasowe wyniki wydają się obiecujące, to ze względu na wysokie wymagania metodologiczne, złożoność założeń i koszty liczba tego typu badań jest wciąż ograniczona (Fuentes i Nutt Williams, 2017). Badane grupy powinny być wystarczająco liczne, by z odpowiednią mocą statystyczną analizować moderatory i mediatory zmiany, a aby to umożliwić, potrzebne są szeroko zakrojone, wielośrodkowe projekty badawcze, które wiążą się często z wysokimi kosztami, co stanowi istotną barierę finansową i organizacyjną. Równocześnie coraz częściej stosuje się zaawansowane plany badawcze, na przykład badania nad mechanizmami zmiany z perspektywy integracyjnej, obejmującej zarówno aspekty psychologiczne, jak i biologiczne korelaty

procesu leczenia oraz wykorzystanie złożonej metodologii do pomiaru efektów terapii, na przykład pomiarów podłużnych – *ecological momentary assessment* i *experience sampling methodology*, a także szczegółowych pomiarów sieci społecznych *personal-social-network* (Stadel *et al.*, 2024), czy metod ukierunkowanych na swoiste trudności pojawiające się w terapii oraz studiów przypadków, które pozwalają uchwycić złożoną dynamikę indywidualnych procesów terapeutycznych.

Drugi kierunek to badania skoncentrowane na analizach istotnych pozytywnych lub negatywnych zdarzeń (zdarzenie rozumiane jest jako konkretna interwencja lub jakieś zdarzenie w relacji terapeutycznej) w procesie terapii, które są wskazywane przez pacjentów, terapeutów i obserwatorów. Badania takie mają zazwyczaj charakter jakościowy lub mieszany, jakościowo-ilościowy (Elliot, 2010; Hill i Norcross, 2023) i nawiązują do metodologii badań partycypacyjnych. Po zidentyfikowaniu zdarzeń pozytywnych lub negatywnych analizuje się sekwencje reakcji pacjenta na interwencje terapeuty, najczęściej w kontekście interpersonalnym, powiązanych z fluktuacją przymierza terapeutycznego. Analiza ciągów interwencja–reakcja oraz ich pożądaných i niepożądaných efektów wskazuje, jaki chronologiczny przebieg interwencji i w jakich grupach pacjentów wpływa na naprawę przymierza, a jaki prowadzi do dalszych zakłóceń przymierza, w tym niekiedy do jego załamania i wypadnięcia pacjenta z terapii (Eubanks *et al.*, 2018, 2019).

Oba kierunki badań pozwalają lepiej opisać i objaśnić złożoność procesów terapeutycznych, co zwiększa szanse na uzyskanie trwałych, znaczących i pożądaných zmian. Zgodnie z myślą stojącą za ideą personalizacji każda psychoterapia działa, ale przynosi inne rezultaty u pacjentów o różnym stanie zdrowia psychicznego (np. u osób z jednym rozpoznaniem lub współwystępowaniem innych zaburzeń) lub żyjących w różnych warunkach społeczno-kulturowych. Przed nami wciąż długa droga do pełnego zrozumienia, co i jak działa w psychoterapii, dla kogo i dlaczego – nasza wiedza na temat tych procesów pozostaje fragmentaryczna i wymaga dalszych, skomplikowanych badań.

### **Wyniki badań empirycznych są wskazówką do refleksyjnego zastosowania w konkretnej parze pacjent–terapeuta, ale nie są gwarancją powodzenia terapii**

Wyniki badań nad zmianą terapeutyczną (w zakresie, w jakim mogą być generalizowane) stanowią ogólne wskazówki dotyczące maksymalizowania szans powodzenia psychoterapii, jednak automatycznie nie gwarantują skutecznego procesu terapeutycznego w kontekście danej pary pacjent–psychoterapeuta. Przedkładanie wyników badań empirycznych nad wnikliwą obserwacją zakresu zmiany lub jej braku u pacjenta (co odnosi się do kompetencji klinicznych terapeuty) zwiększa ryzyko niepowodzenia z powodu błędów poznawczych terapeuty (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Wyniki badań stanowią

podstawę planowania interwencji, jednak nie dają pewności co do efektu jej wprowadzenia. Z tego powodu ważne jest ich refleksyjne przetwarzanie w umyśle terapeuty, a nie przyjmowanie w sposób dosłowny i konkretny, co zakłada pracę z pacjentem wymagającą tolerowania niepewności.

### **Metodologiczne i statystyczne kompetencje czasem nie wystarczą, gdy spotykamy lukę w badaniach, ważną okazuje się refleksyjność i tolerancja niepewności**

EBP zakłada, że specjalista rozumiejący wartość różnych wyników badań wykorzystuje najlepsze dostępne dowody naukowe jako punkt wyjścia, a nie jako jedyny wyznacznik planowania interwencji. Psychoterapie oparte na dowodach należy traktować raczej jako „mapę” możliwych dróg leczenia, z których terapeuta wybiera odpowiednią, uwzględniając indywidualne dyspozycje i sytuację pacjenta. Jednocześnie sztywne stosowanie protokołów może prowadzić do niepożądaných efektów, dlatego zaleca się model „elastyczności w ramach wierności” (*flexibility within fidelity*), w którym terapeuci trzymają się podstawowych zasad terapii, ale dostosowują techniki do konkretnego przypadku. Jest to szczególnie ważne w sytuacjach, w których nie mamy wystarczających danych, żeby formułować jasne zalecenia, na przykład jeśli badania skuteczności pomijają pacjentów z zaburzeniami współistniejącymi, z chorobą somatyczną, osoby z grup mniejszościowych, a także pacjentów w trudnej sytuacji życiowej lub zmagających się z poważnymi stresorami, to podważa to skuteczność interwencji w tych populacjach. Dlatego tak ważne pozostaje podstawowe szkolenie w zakresie EBP i systematyczne aktualizowanie wiedzy klinicznej. W procesie kształcenia psychoterapeutów warto uwzględnić nie tylko solidne wprowadzenie do badań naukowych i metodologii, lecz także aktywne wspieranie współpracy pomiędzy badaczami a praktykami. Taka współpraca umożliwia wymianę doświadczeń, wzajemne uczenie się oraz przenikanie wiedzy klinicznej i naukowej, a także prowadzenie dialogu, który z jednej strony uwzględnia realia codziennej pracy terapeutycznej, a z drugiej pomaga w formułowaniu istotnych i użytecznych w praktyce pytań badawczych. Ponad wszystko jednak kluczową kompetencją, jaką powinno wspierać szkolenie w zakresie badań naukowych, jest zdolność do tolerowania niepewności – jako nieodłącznego elementu pracy terapeutycznej.

### **WNIOSKI KOŃCOWE**

Celem tego tekstu była próba pokazania, w jaki sposób specjalista praktyk powinien i może świadomie, krytycznie i refleksyjnie korzystać z wyników badań naukowych w codziennej pracy klinicznej. Najważniejsze elementy takiej refleksyjnej analizy badań przedstawiono w tab. 1. Kluczowe jest tu sprecyzowanie, na jakie pytanie w kontekście terapii konkretnego pacjenta terapeuta chce uzyskać odpowiedź – co pozwala określić, na które aspekty badania powinien

<b>Kluczowe obszary refleksji istotne dla praktyka przy interpretacji badań nad skutecznością psychoterapii</b>
Psychoterapeut(k)a na etapie kwalifikowania pacjenta do najbardziej efektywnej terapii doświadcza trudności w pracy z pacjentem i w związku z tym poszukuje badań na temat skuteczności interwencji.
<b>KROK 1 – Określenie pytania klinicznego</b>
Doprecyzuj problem kliniczny: co z poniższych dominuje lub w jakich proporcjach wszystkie aspekty są ważne w napotykanym trudnościach? <ul style="list-style-type: none"> <li>• niewystarczające dostosowanie strategii/technik i ich sekwencji do problemu pacjenta;</li> <li>• cechy po stronie pacjenta (np. typ diagnozy, uporczywe objawy, współwystępowanie zaburzeń, ambiwalencja wobec celu terapii, różne poziomy mentalizacji, preferencje);</li> <li>• czynniki relacyjne (np. załamanie przymierza, negatywne przeniesienie, ryzyko <i>drop outu</i>, niedopasowanie w parze terapeuta–pacjent);</li> <li>• kompetencje terapeuty (np. elastyczność, refleksyjność, responsywność);</li> <li>• nieuwzględniony kontekst społeczno-kulturowy, w jakim na co dzień funkcjonuje pacjent.</li> </ul> <b>→ Poszukaj badania, które uwzględni rozpoznany problem kliniczny.</b>
<b>KROK 2 – Analiza założeń teoretycznych badania na temat skuteczności psychoterapii</b>
Jakie założenia ontologiczne i epistemologiczne leżą u podstaw badania i interpretowania wyników? <ul style="list-style-type: none"> <li>• pozytywistyczne (realizm empiryczny) → badania odkrywają rzeczywistość zdrowia psychicznego i rządzące nim prawa na podstawie obiektywnych pomiarów efektów;</li> <li>• konstrukcjonistyczne → badania odkrywają świat konstruktów społeczno-lingwistycznych zdrowia psychicznego, na podstawie analizy narracji terapeuta konstruuje i/lub rozpoznaje indywidualne i uzgodnione społecznie znaczenia zdrowia.</li> </ul> <b>Czy te założenia są spójne z twoim podejściem terapeutycznym i kontekstem pacjenta?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tak → możesz przejść do następnego kroku.</li> <li>– Nie → rozbieżność założeń ontologicznych oraz epistemologicznych badania i twojego podejścia nie pozwala skorzystać z otrzymanych wyników.</li> </ul>
<b>KROK 3 – Identyfikacja typu badania</b>
Jakiego typu jest analizowane badanie? <ul style="list-style-type: none"> <li>• RCT/metaanaliza → wysoka kontrola, możliwe ograniczenia trafności zewnętrznej;</li> <li>• badanie naturalistyczne (<i>effectiveness</i>) → większa zgodność z praktyką, mniejsza kontrola zmiennych;</li> <li>• badanie jakościowe/<i>case study</i> → bogaty kontekst, ograniczona możliwość generalizacji.</li> </ul> <b>Czy badana grupa odpowiada charakterystyce twojego pacjenta i czy możesz spodziewać się podobnej efektywności?</b> <p>Jakie istotne czynniki/zmienne nie zostały uwzględnione w badaniu i wymagają dalszego poszukiwania badań lub refleksji nad efektami leczenia?</p>
<b>KROK 4 – Definicja i wskaźniki zmiany</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Czy zmiana została opisana wyłącznie w kategoriach istotności statystycznej (np. obniżenie nasilenia objawów w kwestionariuszu), czy też uwzględniono znaczenie kliniczne, takie jak poprawa codziennego funkcjonowania czy obniżenie doświadczanego cierpienia?</li> <li>• Czy w badaniu uwzględniono różne perspektywy oceny zmiany – pacjenta, terapeuty, a także innych obiektywnych wskaźników funkcjonowania (np. liczba hospitalizacji)?</li> <li>• Jakie narzędzia zostały użyte do pomiaru – czy to tylko kwestionariusze samoopisowe czy także metody bardziej złożone (np. wywiad kliniczny, metoda dziennikowa)?</li> <li>• Na ile te wskaźniki zmiany mają znaczenie dla tego pacjenta – czy odnoszą się do obszarów, które są dla niego ważne i stanowią realny, doświadczany przez niego cel terapii?</li> </ul>
<b>KROK 5 – Ocena trafności i ograniczeń analizowanego badania</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trafność zewnętrzna – czy warunki badania, charakterystyka uczestników i sposób prowadzenia terapii są porównywalne do sytuacji twojego pacjenta? Jeśli różnice są znaczące (np. wiek, współwystępujące zaburzenia, kontekst kulturowy), interpretacja wyników wymaga większej ostrożności.</li> <li>• Moderatory i mediatory – czy uwzględniono moderatory i mediatory zmiany? Jak mogły zostać pominięte, a mają znaczenie u pacjenta?</li> <li>• Czy to badanie uwzględnia związki między swoistymi czynnikami leczącymi dla konkretnej modalności psychoterapii i czynnikami wspólnymi, takimi jak relacja i przymierze terapeutyczne, które są wyznaczone cechami pacjenta i terapeuty?</li> <li>• Ograniczenia – jakie słabości badania wskazują same autorki i autorzy w sekcji „Limitations”? Do jakiego fragmentu rzeczywistości można odnieść konkluzje i czego badanie nie obejmuje?</li> </ul>
<b>KROK 6 – Triangulacja źródeł informacji</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Triangulacja w zakresie wyników różnych badań. Czy masz dostęp do różnych rodzajów badań w tym temacie? <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nie → poszukaj dodatkowych źródeł lub danych. Nie opieraj się na jednym badaniu. Sprawdź w interesującym cię obszarze kilka różnych rodzajów badań z różną metodologią.</li> </ul> </li> <li>• Triangulacja w zakresie zestawienia wyników badań z refleksją kliniczną oraz danymi dotyczącymi konkretnego pacjenta.</li> </ul>
<b>KROK 7 – Wstępna decyzja terapeutyczna</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integracja danych: połącz uzyskane informacje z badań z własną refleksją kliniczną i danymi dotyczącymi pacjenta, zanim przejdziesz do decyzji terapeutycznej i wyboru interwencji.</li> <li>• Czy skorzystasz z gotowego protokołu odpowiadającego sytuacji pacjenta (w zakresie interwencji dopasowanej do problemu w ramach paradygmatu lub w zakresie czynników wspólnych – problemów np. z przymierzem terapeutycznym)? <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tak → zastosuj z elastycznością (<i>flexibility within fidelity</i>). Polegaj raczej na rozumieniu mechanizmów zmiany niż automatycznym wdrażaniu technik.</li> <li>– Nie → adaptuj strategię, łącząc wiedzę z badań, refleksję kliniczną, supervizję oraz wyjątkowe cechy i preferencje pacjenta.</li> </ul> </li> </ul>
<b>KROK 8 – Monitorowanie i modyfikacja: analiza przebiegu procesu zmian w kontekście oczekiwanych reakcji pacjenta</b>
<p>Monitoruj postępy i dostosowuj interwencje w zależności od reakcji pacjenta w ciągu sekwencji interwencji. Zastanów się nad tym, jak można rozumieć reakcje pacjenta w kontekście wprowadzonych interwencji.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jakże są reakcje pacjenta na ciąg interwencji i strategię charakterystyczne dla konkretnej modalności terapii?</li> <li>• Czy, jakie i jak często w procesie terapii pojawiają się zdarzenia pożądane i zakłócające proces zmiany oraz jakie nadajesz im znaczenie?</li> <li>• Jakże interwencje lub strategię terapeutyczne na określonym etapie terapii budzą wątpliwości, czy zastanawiasz się nad ich modyfikacją lub negujesz ten kierunek działań w związku z jego zakłócającym działaniem na pacjenta?</li> </ul> <p>Uwzględniaj interwencje adresujące czynniki wspólne. Reaguj na zakłócenia przymierza terapeutycznego i zmieniające się cele terapii.</p> <p><b>Jeśli pacjent nie odpowiada na interwencje w oczekiwany sposób, systematycznie wracaj do Kroku 1., czyli stawiania pytania klinicznego w kontekście EBP.</b></p>

Tab. 1. Kluczowe obszary refleksji istotne dla praktyka przy interpretacji badań nad skutecznością psychoterapii – podsumowanie

<b>KROK 9 – Tolerowanie niepewności</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ostatecznie rozstrzygnięcie, czy wyniki badań są dopasowane do danego procesu psychoterapeutycznego, zachodzi w umyśle psychoterapeuty/eksperta w trakcie przetwarzania wielu informacji i doświadczeń, nie w tekście artykułu prezentującego owe wyniki.</li> <li>• Jeśli dane są niejednoznaczne lub niewystarczające, nie rezygnuj z refleksji przedwcześnie. Rozwijaj zdolność utrzymywania refleksyjnej postawy w obliczu niepewności i braku jednoznacznych wskazań.</li> <li>• Monitoruj, jakie kwestie pozostają nadal w obszarze niepewności, czyli wymagają uważności, refleksji, autoanalizy i krytycznego przyglądania się ich występowaniu i generowanym przez nie procesom zmiany.</li> <li>• Akceptuj, że pełna pewność w psychoterapii nie jest możliwa i że decyzje kliniczne zawsze są podejmowane w warunkach niepewności.</li> </ul>
<b>PUNKT KOŃCOWY</b>
Decyzja kliniczna oparta na dowodach, dopasowana do konkretnego pacjenta i jego kontekstu, wsparta gotowością do tolerowania niepewności, popełniania i korygowania błędów oraz ciągłego monitorowania efektów i dostosowywania interwencji.
<b>Uwaga.</b> Zastosowane określenie „krok” może sugerować algorytmiczny sposób postępowania, jednak celem auterek niniejszego artykułu jest zobrazowanie kolejnych faz i obszarów refleksji klinicznej. Szczególne etapy nie układają się w prostą, linearną sekwencję – w zależności od potrzeb można do nich powracać, łączyć je ze sobą i traktować jako elementy dynamicznego procesu decyzyjnego.

Tab. 1. Kluczowe obszary refleksji istotne dla praktyka przy interpretacji badań nad skutecznością psychoterapii – podsumowanie (cd.)

zwrócić uwagę. Proponujemy, aby w pierwszej kolejności rozpoznać założenia teoretyczne badania, następnie ustalić, czy koncentrowały się na ocenie końcowego efektu czy raczej na analizie zmian zachodzących krok po kroku w procesie terapii, jak zdefiniowano efekty terapii, czyli zmianę, oraz jaką przyjęto metodologię badawczą i jakie metody analiz statystycznych zastosowano. Wprawdzie nie udzieliłyśmy ostatecznych odpowiedzi na wiele pytań, ale opisałyśmy nasz sposób myślenia o badaniach nad psychoterapią, który w naszym przekonaniu odpowiada aktualnemu stanowi wiedzy w tej dziedzinie. Pokazałyśmy, że istotną słabością pozostaje brak odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób integrować wiedzę pochodzącą z najlepszych wyników badań z oceną kompetencji terapeuty i właściwościami pacjenta. Zależało nam na podkreśleniu, że zachęcanie do refleksji i zdolność do tolerowania niepewności to kluczowe kompetencje terapeuty, który stara się łączyć dane naukowe z realiami codziennej praktyki klinicznej. Mamy nadzieję, że udało się nam przekonująco uzasadnić tę perspektywę. Stoimy na stanowisku, że badania stanowią niezbędne wsparcie dla praktyki klinicznej, ale powinny być interpretowane w zakresie ich trafności, z uwzględnieniem ograniczeń, wynikających z konkretnych właściwości pacjenta oraz osobistych cech terapeuty, które poznaje poprzez analizę własnej pracy, własną terapię i superwizję. Nawet wynikom najbardziej rzetelnych badań warto przyglądać się z otwartością i refleksją, pamiętając, że zawsze istnieją obszary pozostające poza ich zasięgiem. Jak trafnie ujmują to Leibovich i McCarthy (2025), *the room inside is bigger than it looks from without* (pokój od środka jest większy, niż wydaje się z zewnątrz) – proces psychoterapii jest bowiem bogatszy i szerszy niż to, co można zmierzyć, a wyniki badań odsłaniają jedynie fragment tej złożonej całości.

### **REKOMENDACJE DOTYCZĄCE INTEGRACJI BADAŃ NAUKOWYCH Z PRAKTYKĄ PSYCHOTERAPEUTYCZNĄ**

Rozwój psychoterapii wymaga wdrażania systemowych warunków do rzeczywistego połączenia nauki i praktyki. Dlatego poniżej przedstawiamy rekomendacje służące lepszej integracji wiedzy naukowej z praktyką kliniczną,

adresowane do decydentów, polityków, twórców aktów prawnych, liderów środowisk terapeutycznych, autorów programów szkoleniowych i superwizorów. Bazując na opisanych w tym artykule założeniach i potrzebach, rekomendujemy:

#### **1. Uwzględnienie tematyki badań nad psychoterapią w programach szkoleniowych**

W programach kształcenia psychoterapeutów należy systematycznie uwzględniać blok poświęcony podstawom metodologii badań nad psychoterapią, interpretacji wyników i ich praktycznemu zastosowaniu. Szkolenie to powinno opierać się zarówno na wiedzy dotyczącej swoistych czynników leczących, jak i na piśmiennictwie opisującym transteoretyczne, uniwersalne mechanizmy zmiany, a także ewoluować wraz z rozwojem wiedzy w tym obszarze.

#### **2. Wzmacnianie świadomości statusu danych metod w kontekście EBP**

Konieczne jest rzetelne informowanie specjalistów o statusie poszczególnych podejść terapeutycznych w ramach EBP, z uwzględnieniem złożoności, ograniczeń i niuansów towarzyszących danym badaniom. Powinno to obejmować zarówno dowody empiryczne, jak i wiedzę o ich klinicznej użyteczności.

#### **3. Zwiększenie dostępności wiedzy o EBP dla pacjentów i opinii publicznej**

Należy opracować przystępne materiały edukacyjne dla pacjentów i osób korzystających z pomocy psychologicznej, które w zrozumiały sposób wyjaśniają, czym jest psychoterapia oparta na dowodach, jakie są jej założenia i jakie czynniki wpływają na skuteczność terapii.

#### **4. Finansowanie inicjatyw łączących badania i praktykę**

Rekomendujemy wspieranie i finansowanie inicjatyw służących wymianie wiedzy między badaczami a praktykami, w tym konferencji, seminariów i projektów opartych na współpracy, a także umożliwienie praktykującym terapeutom udziału w badaniach i ich współtworzenie.

#### **5. Projektowanie badań użytecznych klinicznie**

Potrzebne jest systematyczne wspieranie badań, które wychodzą poza pytanie „czy działa?”, a koncentrują się

na pytaniach „dla kogo?”, „dlaczego?” i „w jakich warunkach?” psychoterapia przynosi efekty. Szczególnie istotne są badania eksplorujące mechanizmy zmiany, zróżnicowane trajektorie zdrowienia, a także sytuacje braku poprawy, pogorszenia lub przedwczesnego zakończenia terapii.

## 6. Angażowanie interdyscyplinarnych zespołów w proces kształcenia

W szkolenia dla psychoterapeutów warto angażować osoby, które łączą wiedzę teoretyczną i badawczą z doświadczeniem klinicznym. Kluczowe jest, aby potrafiły one nie tylko prowadzić badania, ale również omawiać ich wyniki w sposób zrozumiały i użyteczny dla praktyków.

## 7. Kształtowanie myślenia refleksyjnego i tolerującego niepewność

Kluczowe jest rozwijanie u terapeutów i ich superwizorów kompetencji refleksyjnych – obejmujących zarówno świadomość działania i ograniczeń stosowanych metod, jak i gotowość do podejmowania decyzji terapeutycznych w warunkach niepewności, kiedy brak jest jednoznacznych wskazówek czy oczywistych rozstrzygnięć.

### Konflikt interesów

*Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.*

### Wkład autorów

*Koncepcja i projekt badania; gromadzenie i/lub zestawianie danych; analiza i interpretacja danych; napisanie artykułu; krytyczne zrecenzowanie artykułu; zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: MOJ, LC, DG.*

### Piśmiennictwo

- Abeditehrani H, Dijk C, Arntz A: Understanding treatment pathways in cognitive-behavioral and experiential therapies for social anxiety: evidence from a randomized controlled trial. *Cogn Ther Res* 2025. DOI: 10.1007/s10608-024-10562-1.
- American Psychological Association: Professional practice guidelines for evidence-based psychological practice in health care [Internet]. American Psychological Association, Washington, DC 2021. Available from: <https://www.apa.org/about/policy/evidence-based-psychological-practice-health-care.pdf> [cited: 5 September 2025].
- Anderson H, Goolishian H: The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. In: McNamee S, Gergen KJ (eds.): *Therapy as Social Construction*. Sage Publications, Newbury Park 1992: 25–39.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice: Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol* 2006; 61: 271–285.
- Baelmans MCE, Fassbinder E, Arntz A et al.: The subjective experience of the punitive parent mode in individuals with borderline personality disorder following schema therapy: a qualitative study. *Clin Psychol Psychother* 2025; 32: e70045.
- Berg H: Evidence-based practice in psychology fails to be tripartite: a conceptual critique of the scientocentrism in evidence-based practice in psychology. *Front Psychol* 2019; 10: 2253.
- Blais MA, Hopwood CJ: Model-based approaches for teaching and practicing personality assessment. *J Pers Assess* 2017; 99: 136–145.
- Briganti G, Scutari M, Epskamp S et al.: Network analysis: an overview for mental health research. *Int J Methods Psychiatr Res* 2024; 33: e2034.
- Cain NM, Meehan KB, Clarkin JF et al.: From bench to bedside: examining the interpersonal and affective context of borderline personality disorder as it unfolds over time in psychotherapy. *J Psychopathol Clin Sci* 2025; 134: 651–663.
- Carr A: Michael White's narrative therapy. *Contemp Fam Ther* 1998; 20: 485–503.
- Chevance A, Ravaud P, Tomlinson A et al.: Identifying outcomes for depression that matter to patients, informal caregivers, and health-care professionals: qualitative content analysis of a large international online survey. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 692–702.
- Cierpialkowska L: Clinical diagnosis and case formulation in the psychotherapy of personality disorders. *Postepy Psychiatr Neurol* 2023; 32: 167–174.
- Cierpialkowska L: Efektywność poradnictwa psychologicznego i psychoterapii. In: Cierpialkowska L, Sęk H (eds.): *Psychologia kliniczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016: 727–738.
- Cierpialkowska L: Koncepcje interakcyjne i systemowe oraz ich znaczenie dla psychologii klinicznej. In: Sęk H (ed.): *Psychologia kliniczna*. Vol. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006: 291–324.
- Clarkin JF, Cain N, Livesley WJ: An integrated approach to treatment of patients with personality disorders. *J Psychother Integr* 2015; 25: 3–12.
- Cochrane A: *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London 1972.
- Constantino MJ, Boswell JF, Bernecker SL et al.: Context-responsive integration as a framework for unified psychotherapy and clinical science: conceptual and empirical considerations. *J Unified Psychother Clin Sci* 2013; 2: 1–20.
- Constantino MJ, Coyne AE, Muir HJ: Evidence-based therapist responsiveness to disruptive clinical process. *Cogn Behav Pract* 2020; 27: 405–416.
- Constantino MJ, Vislă A, Coyne AE et al.: A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy* 2018; 55: 473–485.
- Cook SC, Schwartz AC, Kaslow NJ: Evidence-based psychotherapy: advantages and challenges. *Neurotherapeutics* 2017; 14: 537–545.
- Crits-Christoph P, Gibbons MBC: Psychotherapy process–outcome research: advances in understanding causal connections. In: Lambert MJ (ed.): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: 50th Anniversary Edition*. 7th ed., John Wiley & Sons, Hoboken 2021: 263–295.
- Cuijpers P: Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview. *World Psychiatry* 2019; 18: 276–285.
- Dalgleish T, Black M, Johnston D et al.: Transdiagnostic approaches to mental health problems: current status and future directions. *J Consult Clin Psychol* 2020; 88: 179–195.
- Dubose AP, Botanov Y, Ivanoff A: International implementation of dialectical behaviour therapy: the challenge of training therapists across cultures. In: Swales MA (ed.): *The Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy*. Oxford University Press, New York 2019: 909–930.
- Elliott R: Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychother Res* 2010; 20: 123–135.
- Eubanks CF, Muran JC, Safran JD: Alliance rupture repair: a meta-analysis. *Psychotherapy* 2018; 55: 508–519.
- Eubanks CF, Muran JC, Safran JD: Repairing alliance ruptures. In: Norcross JC, Lambert MJ (eds.): *Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-Based Therapist Contributions*. 3rd ed., Oxford University Press, Oxford 2019: 549–579.
- Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE et al.: The alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis. *Psychotherapy* 2018; 55: 316–340.
- France CR, Masters KS, Belar CD et al.: Application of the competency model to clinical health psychology. *Prof Psychol Res Pract* 2008; 39: 573–580.
- Fuertes JN, Nutt Williams E: Client-focused psychotherapy research. *J Couns Psychol* 2017; 64: 369–375.

- Guyon H, Kop JL, Juhel J et al.: Measurement, ontology, and epistemology: psychology needs pragmatism-realism. *Theory Psychol* 2018; 28: 149–171.
- Handler L, Meyer GJ: The importance of teaching and learning personality assessment. In: Handler L, Hilsenroth MJ (eds.): *Teaching and Learning Personality Assessment*. Routledge, Abingdon 1998.
- Hayes SC, Hofmann SG: The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry* 2017; 16: 245–246.
- Hill CE, Norcross JC: Skills and methods that work in psychotherapy: observations and conclusions from the special issue. *Psychotherapy* 2023; 60: 407–416.
- Huibers MJH, Lorenzo-Luaces L, Cuijpers P et al.: On the road to personalized psychotherapy: a research agenda based on cognitive behavior therapy for depression. *Front Psychiatry* 2021; 11: 607508.
- Józefik B: Koncepcje systemowe i ich znaczenie dla psychologii klinicznej. In: Cierpiątkowska L, Sęk H (eds.): *Psychologia kliniczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016: 171–192.
- Kazdin AE: Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychother Res* 2009; 19: 418–428.
- Keefe JR, Kim TT, DeRubeis RJ et al.: Treatment selection in borderline personality disorder between dialectical behavior therapy and psychodynamic psychiatric management. *Psychol Med* 2021; 51: 1829–1837.
- Kramer U, Eubanks CF, Bertsch K et al.: Future challenges in psychotherapy research for personality disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2022; 24: 613–622.
- Ladmanová M, Řiháček T, Timulak L et al.: Client-identified outcomes of individual psychotherapy: a qualitative meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2025; 12: 18–31.
- Lambert MJ, Ogles BM: Using clinical significance in psychotherapy outcome research: the need for a common procedure and validity data. *Psychother Res* 2009; 19: 493–501.
- Leibovich L, McCarthy K: Effective research writing for clinical audiences. Presented at the 56<sup>th</sup> International Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Cracow 2025.
- Leichsenring F, Abbass A, Hilsenroth MJ et al.: Gold standards, plurality and monocultures: the need for diversity in psychotherapy. *Front Psychiatry* 2018; 9: 159.
- Levant RF, Hasan NT: Evidence-based practice in psychology. *Prof Psychol Res Pract* 2008; 39: 658–662.
- Levitt HM, Hamburger A, Hill CE et al.: Broadening the evidentiary basis for clinical practice guidelines: recommendations from qualitative psychotherapy researchers. *Am Psychol* 2025; 80: 389–410.
- Lilienfeld SO: What is “evidence” in psychotherapies? *World Psychiatry* 2019; 18: 245–246.
- Luborsky L, Singer B, Luborsky L: Comparative studies of psychotherapies: is it true that “everyone has won and all must have prizes”? *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32: 995–1008.
- MacKenzie MB, Kocovski NL: Mindfulness-based cognitive therapy for depression: trends and developments. *Psychol Res Behav Manag* 2016; 9: 125–132.
- McAdams DP, Janis L: Narrative identity and narrative therapy. In: Angus LE, McLeod J (eds.): *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research*. Sage Publications, Thousand Oaks 2004: 159–173.
- Meehan KB, Clarkin JF, Cain NM et al.: Evaluating change in transference, interpersonal functioning, and trust processes in the treatment of borderline personality disorder: a single-case study using ecological momentary assessment. *J Pers Disord* 2023; 37: 490–507.
- Owen J, Hilsenroth MJ: Treatment adherence: the importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *J Couns Psychol* 2014; 61: 280–288.
- Piper WE, Ogrodniczuk JS, Joyce AS et al.: Effects of patient characteristics on therapeutic outcome. In: Piper WE, Ogrodniczuk JS, Joyce AS et al. (eds.): *Short-Term Group Therapies for Complicated Grief: Two Research-Based Models*. American Psychological Association, Washington 2011: 107–144.
- Prevolnik Rupel V, Jagger B, Fialho LS et al.: Standard set of patient-reported outcomes for personality disorder. *Qual Life Res* 2021; 30: 3485–3500.
- Raskin JD: Constructivism in psychology: personal construct psychology, radical constructivism, and social constructionism. In: Raskin JD, Bridges K (eds.): *Studies in Meaning: Exploring Constructivist Psychology*. Pace University Press, New York 2002: 1–25.
- Renneberg B, Hutsebaut J, Berens A et al.: Towards an informed research agenda for the field of personality disorders by experts with lived and living experience and researchers. *Borderline Pers Disord Emot Dysregul* 2024; 11: 14.
- Richert AJ: Living stories, telling stories, changing stories: experiential use of the relationship in narrative therapy. *J Psychother Integr* 2003; 13: 188–210.
- Rief W, Asmundson GJG, Bryant RA et al.: The future of psychological treatments: the Marburg Declaration. *Clin Psychol Rev* 2024; 110: 102417.
- Schwarzbach NR, Hoekstra R, Poppe A et al.: When theory and therapy part ways – a scoping review of the science-to-practice gap. *Psychother Res* 2026; 36: 421–441.
- Soroko E: Zmiana w terapiach narracyjnych. In: Ślapińska J (ed.): *Nowe kontra stare. Rola stałości i zmienności w różnych aspektach życia codziennego*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2008.
- Spielmans GI, Flückiger C: Moderators in psychotherapy meta-analysis. *Psychother Res* 2018; 28: 333–346.
- Spring B, Neville K: Evidence-based practice in clinical psychology. In: Barlow DH (ed.): *The Oxford Handbook of Clinical Psychology*. Oxford University Press, Oxford 2014: 128–148.
- Stadel M, Bringmann LF, Stulp G et al.: Capturing the social life of a person by integrating experience-sampling methodology and personal-social-network assessments. *Adv Methods Pract Psychol Sci* 2024; 7.
- Stricker G: The test of time: Strupp and Hadley’s tripartite model of mental health (1977). *Clin Child Psychol Psychiatry* 2012; 17: 631–637.
- Strupp HH, Hadley SW: A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: with special reference to negative effects in psychotherapy. *Am Psychol* 1977; 32: 187–196.
- Sugarman A: Where’s the beef? Putting personality back into personality assessment. *J Pers Assess* 1991; 56: 130–144.
- Wampold BE, Imel ZE: *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. 2<sup>nd</sup> ed., Routledge/Taylor & Francis Group, New York 2015.
- Werbart A, Högertz M, Borg Ölander N: Matching patient and therapist anaclitic-introjective personality configurations matters for psychotherapy outcomes. *J Contemp Psychother* 2018; 48: 241–251.
- Westra HA: The implications of the Dodo bird verdict for training in psychotherapy: prioritizing process observation. *Psychother Res* 2023; 33: 527–529.
- Wibbelink CJM, Arntz A, Grasman RPPP et al.: Towards optimal treatment selection for borderline personality disorder patients (BOOTS): a study protocol for a multicenter randomized clinical trial comparing schema therapy and dialectical behavior therapy. *BMC Psychiatry* 2022; 22: 89.
- Willemsen J: The use of evidence in clinical reasoning. *J Contemp Psychother* 2022; 52: 293–302.
- Willig C: Ontological and epistemological reflexivity: a core skill for therapists. *Couns Psychother Res* 2019; 19: 186–194.
- Zarbo C, Tasca GA, Cattafi F et al.: Integrative psychotherapy works. *Front Psychol* 2016; 6: 2021.
- Zavlis O, Fonagy P, Luyten P: The most important aims of psychotherapy: to love, to work, and to find meaning. *Lancet Psychiatry* 2025; 12: 173–174.
- Zwierzyński MK: Konstruktywizm a konstrukcjonizm. *Principia* 2012; 56: 117–135.