

Psychologia: Techniki Emocjonalnej Wolności (EFT)

Przetwarzanie emocjonalne poprzez opukiwanie

Kliniczna Technika Emocjonalnej Wolności (EFT) jest integracyjną terapią łączącą ciało i psychikę, coraz częściej stosowaną w leczeniu zaburzeń związanych z traumą i stresem. Łączy opukiwanie punktów akupunkturowych (tzw. tapping) z kontrolowaną ekspozycją i ukierunkowanym przetwarzaniem emocjonalnym. Dwoje autorów ze Stanów Zjednoczonych i Australii sformułowało ramy koncepcyjne opisujące czynniki i mechanizmy leżące u podstaw skuteczności terapeutycznej EFT.

■ (ad) W EFT interwencja poprzez połączenie ukierunkowanej uważności, samowspółczucia i przetwarzania emocjonalnego podczas sesji może zmniejszać dysregulację fizjologiczną i emocjonalną oraz zachowania unikowe, a jednocześnie wspierać restrukturyzację poznawczą i rekonsolidację wspomnień. Przeglądy i metaanalizy dotyczące EFT wskazują na duże efekty w zespole stresu pourazowego (PTSD) w porównaniu z pasywnymi grupami kontrolnymi, umiarkowane do dużych efekty w zaburzeniach lękowych oraz duże efekty w depresji, przy czym poprawa w zakresie objawów depresyjnych utrzymywała się ponad 90 dni. Badania dotyczące bólu przewlekłego wykazały również zmniejszenie natężenia bólu i ograniczeń sprawności utrzymujące się po sześciu miesiącach. W niektórych bezpośrednich porównaniach uzyskano wyniki podobne do rezultatów uznanych metod leczenia, w tym terapii poznawczo-behawioralnej (CBT). CBT dysponuje jednak znacznie szerszą bazą dowodową, natomiast badania nad EFT są nowsze, obejmują mniej niezależnych badań i mniejsze próby - piszą dr Robert Schwar z Filadelfii (USA) oraz prof. dr Peta Stapleton z Bond University w Gold Coast (Australia) [1].

Większość badań z randomizacją i międzynarodowych wytycznych odnosi się do klinicznego EFT, a nie do jego nieformalnych odmian lub wariantów samopomocowych, w których może brakować elementów uznawanych za istotne dla regulacji autonomicznej i rekonsolidacji pamięci. Opierając się na ustaleniach psychologicznych, somatycznych i neurofizjologicznych, Schwar i Stapleton proponują integracyjne ramy, które identyfikują czynniki aktywne klinicznego EFT, łączą je z hipotetycznymi mechanizmami zmiany oraz wskazują ich znaczenie dla badań i praktyki klinicznej.

Siedem czynników aktywnych jako ramy klinicznego EFT

Ramy obejmują siedem proponowanych czynników (Tab. 1). Pierwszy łączy uważność, samowspółczucie i eksternalizację. Na etapie wprowadzenia klient identyfikuje objaw, emocję lub wspomnienie wraz z jego aspektami poznawczymi, sensorycznymi i fizycznymi, a następnie, opukując krawędź dłoni, powtarza: „Mimo że X, akceptuję siebie”.

Drugim elementem jest ekspozycja w obrębie okna tolerancji. W technice „Opo-

wiedz historię” traumatyczne wspomnienie dzieli się na kolejne odcinki o narastającej intensywności. Opowiadanie zostaje przerwane natychmiast po pojawieniu się dystresu; każdy fragment jest opracowywany z użyciem opukiwania, a subiektywne jednostki dystresu (SUD) są wielokrotnie oceniane. Celem jest uzyskanie wyniku zerowego lub bliskiego zeru przed przejściem do kolejnego etapu. Jeżeli bezpośrednie przywołanie wspomnienia grozi nadmiernym pobudzeniem, „Technika traumy bez łez” wykorzystuje dystansowanie i początkowo koncentruje się na postrzeganej intensywności wspomnienia.

Trzeci element polega na stymulacji punktów akupunkturowych lub meridianowych. Autorzy wiążą opukiwanie ze zmniejszeniem pobudzenia układu limbicznego i przesunięciem w kierunku regulacji przywspółczulnej, wskazując jako możliwy mechanizm zwiększoną aktywność brzusznej gałęzi nerwu błędnego. Sugerują także, że opukiwanie wykonywane przez terapeutę na własnym ciele może pomagać mu utrzymać stan regulacji i wspierać współregulację, natomiast pozytywne reakcje fizyczne na opukiwanie mogą sprzyjać zwiększeniu świadomości ciała i poprawie dobrostanu klienta.

Czwartym elementem jest celowe wykorzystanie cech sytuacji terapeutycznej kształtujących oczekiwania (demand characteristics), nadziei oraz pozytywnych oczekiwań. Autorzy przywołują szacunek, zgodnie z którym oczekiwania odpowiadają za około 15% poprawy terapeutycznej. EFT przebiega według

Tab. 1 Proponowane czynniki aktywne klinicznego EFT

Czynnik aktywny	Krótki opis
1. Uważność, samowspółczucie i eksternalizacja (oddzielenie siebie od problemu)	„Sformułowanie: „Mimo że X, akceptuję siebie”
2. Systematyczna ekspozycja w obrębie okna tolerancji	Stopniowane przywoływanie i przetwarzanie traumatycznego wspomnienia podzielonego na kolejne kulminacje
3. Interwencja somatyczna (opukiwanie punktów akupunkturowych)	Opukiwanie punktów meridianowych (akupunkturowych) w celu modulowania pobudzenia
4. Wykorzystanie cech sytuacji terapeutycznej kształtujących oczekiwania, nadziei i pozytywnych oczekiwań	Naprzemienne ocenianie dystresu i wykonywanie sekwencji opukiwania
5. Przenoszenie i stopniowanie świadomości	Pytania strategiczne, wybór celów doświadczeniowych do przetwarzania oraz dobór techniki
6. Podejście użyciowe	Terapeuta wykorzystuje słowa, emocje i doświadczenia sensoryczne klienta do prowadzenia kolejnych rund
7. Przetwarzanie w trakcie sesji	Nacisk na regulację w czasie rzeczywistym zamiast polegania wyłącznie na restrukturyzacji poznawczej i zalecanych procedurach zmiany zachowania

Zmodyfikowano na podstawie [1]

sekwencji „Test-Działanie-Test-Wyście” (TOTE): ocenia się dystres, stosuje interwencję, ponownie ocenia dystres, a cykl jest kontynuowany do chwili, gdy wspomnienie wywołuje jedynie minimalny dystres albo nie wywołuje go wcale. Kolejny etap polega na przenoszeniu i stopniowaniu świadomości obrazów, dźwięków, doznań cielesnych, emocji oraz dialogu wewnętrznego. Szósty element - „użyłizacja” - włącza słowa klienta, zmiany afektywne, opór, metafory i reakcje somatyczne do interwencji oraz kolejnych rund opukiwania. Zmiany wyniku SUD wyznaczają tempo pracy i dobór celów; nie oczekuje się natychmiastowego spadku do zera. Siódmy element polega na położeniu nacisku na przetwarzanie zachodzące podczas sesji, zamiast opierania się na pracy domowej.

Cztery mechanizmy zmiany uruchamiane przez czynniki aktywne

Czynniki aktywne oznaczają konkretne interwencje i inne elementy składające się na terapię, natomiast mechanizmy zmiany odnoszą się do procesów leżących u podłoża poprawy wywołanej leczeniem - wyjaśniają Schwarz i Stapleton. Chodzi zatem o procesy zachodzące w kliencie, a nie o techniki stosowane przez terapeutę. Czynniki aktywne EFT uruchamiają cztery główne mechanizmy zmiany:

Pierwszym mechanizmem jest **zmniejszenie dysregulacji fizjologicznej i emocjonalnej**: stymulacja punktów akupunkturalnych, ekspozycja w granicach tolerancji, stopniowanie uważności, pozytywne oczekiwania, uważność, samowspółczucie i eksternalizacja wiążą się z mniejszym postrzeganiem zagrożeniem, obniżeniem pobudzenia i łatwiejszym dostępem do stanów regulacji.

Drugim mechanizmem jest **zmniejszenie unikania emocjonalnego**. Lepsza regulacja

Wnioski

- Kliniczne EFT obejmuje więcej niż samo opukiwanie punktów akupunkturalnych.
- Proponuje się siedem czynników aktywnych, które odnoszą się do czterech wzajemnie powiązanych procesów: zmniejszenia dysregulacji, zmniejszenia unikania emocjonalnego, restrukturyzacji poznawczej i emocjonalnej oraz rekonsolidacji pamięci.
- Nie wykazano jeszcze związków przyczynowych między opukiwaniem a zmianami neurobiologicznymi, zależności dawka-odpowiedź, różnic indywidualnych ani trwałości efektów.

może poszerzyć okno, w którym możliwa jest praca z bolesnymi wspomnieniami. Stopniowa ekspozycja, walidacja, użycie i powtarzane testowanie mają umożliwić bezpośredni kontakt z materiałem bez utraty poczucia bezpieczeństwa. Wzrost wyniku SUD w kolejnych testach wskazuje na pozostający materiał wymagający dalszego przetworzenia; utrzymujący się wynik zerowy jest w ramach protokołu interpretowany jako potwierdzenie, że obiekt docelowy nie wywołuje już dyskomfortu.

Trzecim mechanizmem jest **restrukturyzacja poznawcza i emocjonalna**. Wspomnienie przywoływane w stanie regulacji zostaje powiązane z nowymi skojarzeniami dotyczącymi bezpieczeństwa, samowspółczucia i zmienionych atrybucji. Pytania strategiczne, eksternalizacja, nowy kontekst oraz zmiany w dialogu wewnętrznym mogą modyfikować poczucie winy lub samooskarżanie. Autorzy opisują te zmiany jako zakodowane emocjonalnie, a nie wyłącznie werbalnie.

Czwartym mechanizmem jest **rekonsolidacja pamięci**. W procesie tym docelowe wspomnienie zostaje reaktywowane, podczas gdy klient doświadcza nieoczekiwanego spokoju, bezpieczeństwa, sprawczości lub samoakceptacji. Zakłada się, że powstająca rozbieżność - czyli błąd przewidywania destabilizuje pierwotne uczenie emocjonalne, umożliwiając jego aktualizację przez sprzeczne doświadczenia. Dzięki powolnemu i kontrolowanemu przywoływaniu niejawnie treści afektywne, sensoryczne i fizjologiczne mają zostać zintegrowane z werbalnym nazywaniem oraz uporządkowaniem czasowym.

Współdziałające mechanizmy mają wspierać zmianę terapeutyczną

Mechanizmy przedstawiono jako wzajemnie oddziałujące i częściowo sekwencyjne. Zakłada się, że zmniejszenie dysregulacji i unikania umożliwia restrukturyzację, po której rekonsolidacja może utrwalić zmianę - wyjaśniają Schwarz i Stapleton. Autorzy wiążą trwałość tych efektów z wcześniejszymi badaniami nad PTSD i jedzeniem emocjonalnym, w których wykazano utrzymywanie się rezultatów po roku i po dwóch latach.

Obniżenie stężenia kortyzolu oraz regulacja autonomicznego układu nerwowego są

opisywane w badaniach EEG jako efekty mechanistyczne, dla których dostępne są najbardziej spójne dowody. Wyniki neuroobrazowania sugerujące zmniejszenie aktywacji układu limbicznego i wzmocnienie regulacji przedczołowej są obiecujące, ale pochodzą z niewielkich badań - zastrzegają autorzy. Podkreślają również, że dowody genetyczne i epigenetyczne pozostają wstępne lub teoretyczne. Większość badań mechanistycznych ma charakter korelacyjny; związki przyczynowe między opukiwaniem a zmianami neurobiologicznymi pozostają niejasne, a danych podłużnych dotyczących trwałości efektów brakuje. Schwarz i Stapleton zalecają wielomodalne projekty badawcze łączące pomiary psychofizjologiczne, neuroobrazowanie i kliniczne punkty końcowe, a także duże badania wielośrodkowe oraz analizy zależności dawka-odpowiedź i różnic indywidualnych.

Bibliografia

1. Schwarz R, Stapleton P.: Theoretical and clinical insights into the psychological mechanisms and active ingredients of emotional freedom techniques. *Frontiers in Psychology* 2026; 17: 1672132; doi: 10.3389/fpsyg.2026.1672132.



Wywiad

«Na równi ze złotymi standardami leczenia traumy»

Z zaburzeniami związanymi ze stresem, przewlekłym bólem i współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi lekarze wielu specjalności spotykają się codziennie w praktyce klinicznej. Interwencje psychologiczne są coraz częściej uznawane za ważny element opieki wielodyscyplinarnej. W tym kontekście Technika Emocjonalnej Wolności (EFT) jest przedmiotem debaty naukowej. Psycholog kliniczna prof. dr Peta Stapleton od ponad dwóch dekad bada jej potencjał terapeutyczny.

Większość lekarzy słyszała o EFT, jednak dla wielu nadal nie jest jasne, co odróżnia kliniczne EFT od innych interwencji psychologicznych. Jak wyjaśniłaby Pani EFT klinicyście, który styka się z tą metodą po raz pierwszy?

■ **Prof. Peta Stapleton:** W swej istocie kliniczne EFT jest techniką redukcji stresu - obejmuje zasady opieki uwzględniającej doświadczenie traumy, stopniowaną ekspozycję oraz regulację prowadzoną przez terapeutę. EFT jest pojęciem nadrzędnym obejmującym szereg interwencji opartych na technikach opukiwania, które łączą elementy poznawcze, somatyczne i ekspozycyjne, w tym protokoły kliniczne, metody coachingowe oraz różne formy samopomocy. W tej kategorii kliniczne EFT oznacza standaryzowany protokół opisany w podręczniku, opracowany w toku systematycznych badań i skodyfikowany w wytycznych.

W świetle aktualnego stanu dowodów: jakie dane kliniczne najmocniej przemawiają za EFT i w jakich zaburzeniach metoda wykazała największy potencjał terapeutyczny?

Najsilniejsze dowody dotyczą traumy i zespołu stresu pourazowego (PTSD). Metaanalizy wykazują duże wielkości efektu w PTSD (d Cohen $\approx$ 1.38–2.51 w porównaniu z pasywnymi grupami kontrolnymi). Przegląd systematyczny oraz metaanaliza oparta na danych poszczególnych uczestników nie wykazały istotnej różnicy między EMDR a innymi metodami leczenia psychologicznego (w tym EFT) pod względem zmniejszenia nasilenia objawów PTSD, uzyskania odpowiedzi na leczenie, osiągnięcia remisji lub zmniejszenia odsetka rezygnacji z terapii.

Zaburzenia związane z traumą, zaburzenia lękowe i stresowe, zaburzenia depresyjne - a coraz większego znaczenia nabiera również ból przewlekły są przedmiotem opublikowanych metaanaliz, co wskazuje, że istnieje wystarczająca liczba randomizowanych badań klinicznych, aby oceniać dane łączne. Pozwala to ustalić, czy katalizatorem zmiany jest sama technika, a nie warunki kliniczne, badana populacja lub badacz prowadzący badanie.

Co wiadomo o biologicznych mechanizmach leżących u podstaw EFT i które wyniki badań mechanistycznych uważa Pani za najbardziej przekonujące?

Pierwsze przełomowe randomizowane badanie kontrolowane Churcha i wsp. (2012) wykazało, że pojedyncza, godzinna sesja EFT prowadziła do istotnie większego obniżenia stężenia kortyzolu w ślinie niż terapia rozmową lub odpoczynek: w grupie EFT spadek wyniósł 24%, wobec około 14% w warunkach kontrolnych. Wynik ten został następnie potwierdzony przez zespół badaczy, do którego należałam; w grupie EFT odnotowano jeszcze większą redukcję kortyzolu, wynoszącą 43.24% ($p < 0.05$).

Wieloośrodkowe badanie Bacha i wsp. (2019) udokumentowało również istotną poprawę szerokiego zakresu markerów fizjologicznych po interwencji EFT, w tym obniżenie spoczynkowej częstości pracy serca (-8%), skurczowego ciśnienia tętniczego (-6%), rozkurczowego ciśnienia tętniczego (-8%) i stężenia kortyzolu (-37%), a także wzrost o $+113\%$ stężenia immunoglobuliny A w ślinie - ważnego markera odpornościowego.

W kilku badaniach analizowano wpływ EFT na ekspresję genów, stężenie kortyzolu i aktywność mózgu za pomocą funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (fMRI). Po terapii EFT obserwowano zmienioną ekspresję genów związanych z takimi procesami, jak hamowanie rozwoju nowotworów, odporność, plastyczność neuronalna i ograniczenie stresu oksydacyjnego. Ponadto badania fMRI u pacjentów z otyłością po EFT wykazały zmniejszoną aktywację obszarów mózgu związanych z zachciankami żywieniowymi i głodem. U pacjentów z bólem przewlekłym EFT zmniejszało łączność między obszarami mózgu uczestniczącymi w modulacji bólu i katastrofizacji. Wizualizacja technik opukiwania podczas badania fMRI prowadziła do obniżenia aktywności obszarów mózgu przetwarzających lęk i wstręt.

Nasza rozmówczyni



Prof. Dr. Peta B. Stapleton

Clinical & Health Psychologist
Bond University
4226 Gold Coast, Australia
pstaplet@bond.edu.au

Z perspektywy medycznej: którzy pacjenci najprawdopodobniej odniosą korzyść z klinicznego EFT i czy istnieją grupy pacjentów, którym nie zalecałaby Pani tej metody?

Największe korzyści mogą odnieść pacjenci z objawami związanymi ze stresem (lękiem) lub traumą, szczególnie ci, u których zdrowie fizyczne może być zagrożone.

Nie są znane przeciwwskazania, jednak zawsze zdecydowanie zalecamy, aby pacjenci z poważnymi chorobami lub objawami psychicznymi o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego stosowali kliniczne EFT w warunkach terapeutycznych, pod kierunkiem doświadczonego terapeuty, zamiast wykonywać je samodzielnie na podstawie filmów z internetu lub mediów społecznościowych. Filmy publikowane w mediach społecznościowych nie muszą odpowiadać klinicznemu EFT i mogą koncentrować się bardziej na „pozytywnym opukiwaniu”, które nie odpowiada standaryzowanej metodzie stosowanej w badaniach interwencyjnych.

«Kliniczne EFT powinno być prowadzone pod kierunkiem doświadczonego terapeuty.»

Gdzie obecnie widzi Pani najsilniejsze dowody na zastosowanie klinicznego

EFT w chorobach przewlekłych, takich jak przewlekły ból neurologiczny, zespół jelita drażliwego (IBS) lub zaburzenia metaboliczne związane ze stresem - na przykład w odniesieniu do wyników klinicznych związanych z chorobą?

Najnowsze wyniki badań nad klinicznym EFT w bólu przewlekłym wskazują na korzystne efekty w zakresie natężenia bólu, niepełnosprawności związanej z bólem, objawów psychologicznych, w tym lęku i depresji oraz jakości życia. Obejmują one również badania funkcjonalnego rezonansu magnetycznego wskazujące na zmniejszenie łączności w obszarach mózgu uczestniczących w modulacji bólu i katastrofizacji.

Czy włączenie klinicznego EFT do rutynowej opieki medycznej jest realistyczne, a jeżeli tak, gdzie widzi Pani jego najbardziej odpowiednią rolę?

Sugerowałabym oba sposoby wykorzystania: kliniczne EFT zdecydowanie ma swoje miejsce obok tradycyjnej opieki - na przykład jako uzupełnienie interwencji farmakologicznych w leczeniu nowotworów. Co najmniej 20 opublikowanych badań dotyczyło technik opukiwania stosowanych w celu wspierania pacjentów onkologicznych, w tym ich wpływu na ból, sen i nudności.

W badaniach porównawczych wykazano również, że kliniczne EFT jest równoważne metodom uznawanym za złoty standard leczenia traumy, takim jak EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), przy czym wyniki te osiągnęto szybciej, a następnie utrzymywały się. Może to mieć szczególne znaczenie, gdy koszty i dostęp do leczenia stanowią dla pacjentów barierę.

Sceptycy często twierdzą, że EFT może być po prostu połączeniem ekspozycji, reinterpretacji poznawczej i efektu placebo. Jak odpowiada Pani na tę krytykę?

Wszystkie te elementy są obecne. Zakładamy, że w klinicznym EFT współdziałały synergistycznie, prowadząc do efektów terapeutycznych. Kliniczne EFT obejmuje kilka czynników aktywnych, które łącznie prowadzą do zmiany terapeutycznej. Czynniki aktywne EFT - poza nieswoistymi czynnikami wspólnymi dla wszystkich skutecznych terapii - uruchamiają cztery główne mechanizmy zmiany: zmniejszenie dysregulacji emocjonalnej, zmniejszenie unikania emocjonalnego, wspieranie restrukturyzacji poznawczej i emocjonalnej oraz ułatwianie rekonsolidacji pamięci.

Przeprowadzono również kilka badań rozkładających interwencję na komponenty (dismantling studies). W trzech z nich zastosowano grupy kontrolne z opukiwaniem punktów pozorowanych, co umożliwiło najbardziej precyzyjne porównanie metodologiczne pozwalające wyodrębnić swoisty wkład stymulacji punktów akupunkturowych. W badaniu nauczycieli zagrożonych wypaleniem Reynolds (2015) stwierdził, że EFT połączone z opukiwaniem punktów akupunkturowych prowadziło do istotnie większego zmniejszenia wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji oraz większego wzrostu poczucia osobistej skuteczności niż opukiwanie pozorowane.

Rogers i Sears (2015) wykazali w badaniu weteranów, że opukiwanie punktów akupunkturowych prowadziło do istotnie większej poprawy objawów PTSD i ogólnego funkcjonowania niż opukiwanie punktów pozorowanych. U kobiet po menopauzie z depresją stwierdzono natomiast, że EFT obejmujące opukiwanie punktów akupunkturowych prowadziło do istotnie większego zmniejszenia objawów.

Jedna z powracających krytyk EFT dotyczy jakości badań i ograniczeń metodologicznych.

Które zarzuty uważa Pani za uzasadnione, a gdzie dowody są, Pani zdaniem, solidniejsze, niż sądzi wielu klinicystów?

Jak w każdym obszarze badań, problemem może być liczebność próby i badania nad EFT skorzystałyby na większych próbach, chociaż moje najnowsze badanie objęło 588 uczestników. Mniejsze liczebności prób wynikają zazwyczaj z ograniczonego finansowania badań.

Na świecie kliniczne EFT zyskuje coraz większe uznanie. Na przykład w 2017 r. Departament ds. Weteranów Stanów Zjednoczonych umieścił EFT na Liście 2 i zatwierdził je jako „terapię ogólnie bezpieczną”. W 2018 r. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) utworzył kategorię „Połączone terapie somatyczne i poznawcze” (CSACTS) i uznał EFT, Thought Field Therapy oraz Somatic Experiencing za podejścia „warte dalszych badań”. Kliniczne EFT zostało również włączone do południowokoreańskiego systemu opieki zdrowotnej, wytycznych klinicznych Blue Knot Foundation dotyczących leczenia PTSD w Australii oraz Current Care Guidelines fińskiego stowarzyszenia medycznego Duodecim, a także jest stosowane w kilku programach wspierających dobrostan pracowników NHS. W 2024 r. Kaiser Permanente, największy świadczeniodawca opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych, zaczął oferować pacjentom sesje EFT i wskazówki samopomocowe, natomiast organizacje NHS w Wielkiej Brytanii nadal prowadzą szkolenia dla personelu i programy dobrostanu obejmujące EFT. UNESCO również zaleciło opukiwanie punktów akupunkturowych jako interwencję psychologiczną dla dzieci i rodziców w trakcie katastrof oraz po ich zakończeniu.

Gdyby zakrojone na szeroką skalę, rygorystycznie zaprojektowane badanie wieloośrodkowe wykazało, że EFT nie jest skuteczniejsze od opukiwania pozorowanego lub uznanych interwencji psychologicznych, które elementy obecnego modelu teoretycznego poddałaby Pani ponownej ocenie?

Przez lata bardzo wiele o tym myślałam; jak dotąd jednak taka sytuacja nie nastąpiła. Zawsze podchodzę do badań z otwartym umysłem, kierując się bardziej ciekawością niż potrzebą udowodnienia czegośkolwiek.

Gdyby takie badanie rzeczywiście to wykazało, chciałabym lepiej zrozumieć działanie samej techniki opukiwania - czyli elementu somatycznego i sprawdzić, czy ten aspekt nadal uzupełnia podejścia poznawcze.

Jakiego rodzaju dowody i jakie przyszłe badania byłyby potrzebne, aby EFT mogło zostać uwzględnione w standardowych wytycznych klinicznych i systemach opieki zdrowotnej? Ja-

kie są obecnie, Pani zdaniem, najważniejsze nierozstrzygnięte pytania badawcze w tej dziedzinie?

Uważam, że jesteśmy na rozdrożu. Obecnie należy skoncentrować się na uznaniu klinicznego EFT za metodę opartą na dowodach, a nie jedynie na dodawaniu kolejnych badań. W 2021 r. formalnie zainicjowałam proces oceny Techniki Emocjonalnej Wolności przez American Psychological Association (APA) jako opartej na dowodach metody leczenia zespołu stresu pourazowego, zgodnie z ustalonymi kryteriami Tolina dotyczącymi terapii wspartych empirycznie.

Jednak w trakcie tego procesu APA zmieniło kryteria i z przyczyn definicyjnych nie zamierzało już oceniać EFT. Chociaż odwołanie zostało odrzucone, stowarzyszenie ogłosiło jednocześnie, że wszystkie terapie, zarówno dotychczasowe, jak i przyszłe - będą oceniane według zmienionej definicji leczenia psychologicznego, niezależnie od tego, kiedy zostały pierwotnie zgłoszone. W rezultacie do końca ubiegłego roku 84 wcześniej zatwierdzone terapie, w tym EMDR, przeniesiono do archiwalnej części strony internetowej stowarzyszenia.

Oznacza to, że klinicznego EFT nie ma na liście Towarzystwa nie z powodu braku dowodów skuteczności, lecz wskutek zmiany definicji tego, co stanowi leczenie psychologiczne. Zgodnie ze standardami empirycznymi pierwotnie stosowanymi w ramach kryteriów Tolina kliniczne EFT spełniało wymagania dotyczące skuteczności, a baza dowodowa nadal rozszerza się w badaniach klinicznych, neurobiologicznych i stosowanych.

Na koniec: jaka jest, Pani zdaniem, jedna kwestia, której sceptyczni lekarze nadal zasadniczo nie rozumieją w odniesieniu do klinicznego EFT?

To przekonanie, że chodzi w nim o przesuwanie „energii”. Wiele opublikowanych krytyk nadal odwołuje się do bardzo starych wyników badań z początku lat 2000. i wciąż omawia takie pojęcia, jak meridiany oraz energia. Nie odpowiada to ani współczesnemu rozumieniu klinicznego EFT, ani obecnym założeniom dotyczącym sposobu działania tej metody.

Wywiad: Aneta Dehn