

Pseudonauka, badania w terapii i terapia Gestalt **Raquel Ayala-Romera**

Artykuł opublikowany w czasopiśmie AETG (*Asociación Española de Terapia Gestalt – Hiszpańskie Stowarzyszenie Terapii Gestalt*), 2022

Tłumaczenie: Agata Szymków

Korekta: Marek Misiak i Iwo Tarkowski

W listopadzie 2018 Rząd Hiszpanii przyjął Plan Ochrony Zdrowia Psychicznego przed Pseudoterapiami, zainicjowany i wspierany przez Ministerstwo Zdrowia, Spraw Konsumenckich i Opieki Społecznej (*Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social*) oraz Ministerstwo Nauki i Innowacji Technologicznych (*Ministerio de Ciencia e Innovación Tecnológica*). W konsekwencji w lutym 2019 roku Instytut Zdrowia im. króla Karola III (*Instituto de Salud Carlos III – ISCIII*) opublikował dokument (Instituto de Salud Carlos III, 2019) zawierający analizę 139 sposobów oddziaływania terapeutycznego, z których 71 zostało od razu uznanych za pseudoterapie. Pozostałe, wśród nich Gestalt, pisany wielką literą i niepoprzedzony słowem ‘terapia’, zostały poddane ewaluacji. Oznacza to, że o ile pierwszych 71 nie jest popartych „publikacjami naukowymi o charakterze, który pozwoliłby w rzetelny sposób potwierdzić ich skuteczność (tj. opisami przypadków klinicznych lub systematycznymi przeglądami literatury czy metaanalizami) opublikowanymi w bazie PubMed [baza danych publikacji naukowych, przede wszystkim medycznych – przyp. aut.] w latach 2012–2018” (s. 1), to pozostałe, mimo że istnieją publikacje o wymienionych cechach, będą w przyszłości podlegały ewaluacji.

Aby wesprzeć ministerstwo w tym zadaniu, Hiszpańskie Stowarzyszenie Terapii Gestalt (*Asociación Española de Terapia Gestalt – AETG*) we współpracy z innymi stowarzyszeniami z Sekcji Humanistycznej Hiszpańskiej Federacji Stowarzyszeń Psychoterapeutów (*Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas – FEAP*) zleciło badaczom wyszukanie w naukowych bazach danych wyników badań na temat terapii Gestalt. Po wyeliminowaniu duplikatów znaleźli oni 462 artykuły, które należało przejrzeć, aby ocenić, czy nadają się do założonego celu. W marcu 2019 roku wszyscy członkowie otrzymali wiadomość e-mail z prośbą o współpracę przy lekturze streszczeń i uporządkowaniu artykułów według kategorii: 1) studia przypadku, 2) prace teoretyczne i 3) artykuły niezwiązane z Gestalt. Wielu podjęło się współpracy i otrzymali plik z listą dwudziestu abstraktów, które należało zwrócić sklasyfikowane poprzez oznaczanie ich kolorami według otrzymanych instrukcji. Po zebraniu odpowiedzi zawierających klasyfikacje Maria Ángeles Fernández Gómez i ja sprawdziłyśmy je i rozpoczęłyśmy poszukiwania pełnych tekstów badań empirycznych. Zadanie to w niektórych przypadkach wydawało się niemożliwe do wykonania, a decydująca okazała się tutaj pomoc naszej koleżanki z Komisji, Loreny Rodríguez Campo. Mając kompletne teksty, zapoznałyśmy się z nimi na nowo i wzięłyśmy udział w zredagowaniu dokumentu zawierającego wyniki (López-González et al., 2019), który w grudniu 2019 (całe przedsięwzięcie było dość pracochłonne i zajęło sześć miesięcy) został przedstawiony ISCIII z oczekiwaniem uwzględnienia jego treści podczas decydowania, czy terapia Gestalt zostanie umieszczona na liście pseudoterapii. Do teraz czekamy na wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za przejrzanie dostarczonych dokumentów.

Zajęłam się wysyłaniem i porządkowaniem maili, kontaktem z badaczami, którzy włączyli się w poszukiwania, odnajdywaniem kompletnych tekstów artykułów, analizowaniem informacji i współredagowaniem końcowego dokumentu. Przyjęłam to zadanie z ochotą i nie byłam świadoma jego złożoności. Ángel D. Saavedra Valdayo, który wówczas jeszcze nie był prezesem AETG, powiedział mi, że potrzeba osoby, która zajmie się koordynowaniem działań

członków stowarzyszenia drogą e-mailową, aby wzięli udział w czytaniu streszczeń, i spytał, czy mogłabym się tym zająć. Były dwa powody mojego zaangażowania w to przedsięwzięcie. Zgłosiłam się do Komisji Badawczej oraz jako koordynatorka Komitetu Obrony Terapii Gestalt (*Comité para la Defensa de la Terapia Gestalt*) podczas XXXII Narodowych Dni Terapii Gestalt w Kordobie (*Jornadas Nacionales de Terapia Gestalt Córdoba*) w 2019 roku. Jednocześnie jednak nurtowało mnie, kto ma wziąć odpowiedzialność za uznanie, czy terapia ma naukowe podstawy, czy też nie, oraz dlaczego. Zastanawiałam się również, jakie kryteria zostały użyte do opracowania listy stworzonej przez Ministerstwo Zdrowia. Ukończyłam studia psychologiczne w czerwcu 2018 roku i podczas studiów nikt o tym nie mówił – a jeśli mówił, to kompletnie nie zwróciłam na to uwagi.

Wśród streszczeń artykułów szukałyśmy badań kontrolowanych i randomizowanych prób klinicznych (nazywanych również badaniami klinicznymi), to jest badań empirycznych, w których wyłaniane są dwie grupy. Jedna – grupa eksperymentalna – poddawana jest leczeniu, a druga nie (słynne placebo) lub jest to leczenie różne od tego w grupie eksperymentalnej. Pierwszy poparty dowodami eksperyment, w którym zastosowano grupę kontrolną, przeprowadzono w XVIII wieku (Lind, 1753). Lekarz przepisał różne kuracje (witriol, cydr, ocet, wodę morską, gałkę muszkatołową + dwie pomarańcze + cytrynę) sześciu parom marynarzy dotkniętych szkorbutem. Wyniki jego eksperymentu pozwoliły ustalić odpowiednią dietę dla marynarzy w brytyjskiej flocie, choć zdaje się, że wprowadzono ją dopiero po kilku latach. Sporo później, w połowie zeszłego wieku, wraz z eksperymentem badającym gruźlicę (Medical Research Council, 1948), pojawiło się randomizowanie – rodzaj kuracji jest przypisywany na chybił trafił. Celem jest uniknięcie stronniczości podczas dokonywania wyboru i kontrolowanie, aby zmiany w zmiennej zależnej (to, co chcemy, by się zmieniło) nie podległy wpływowi cech uczestników badania lub innych zmiennych różnych niż zmienna niezależna (kuracja). Chodzi o to, aby poprzez randomizowanie powstała w każdej grupie reprezentacja różnych cech, które mogłyby wpłynąć na wynik, w taki sposób, aby obie grupy były równoważne i aby znalezione różnice wynikały tylko z zastosowanej kuracji. Kolejną cechą tego typu eksperymentów jest maskowanie, czyli to, co znamy jako ślepą próbę (uczestnicy nie wiedzą, w której są grupie) lub podwójną ślepą próbę (nie wiedzą tego również badacze). Zdrowy rozsądek podpowiada, że podwójnie ślepa próba nie może być zastosowana w badaniach nad psychoterapią.

Ten rodzaj eksperymentów doskonale pasuje do współczesnych procedur medycznych (które również należałoby poddać ocenie, ale to już inna historia), w których pacjentowi dotkniętemu konkretną dolegliwością podaje się tabletkę i można bezsprzecznie ocenić poprzez wspomniane próby – kontrolowane, randomizowane i z podwójnie ślepą próbą – że to właśnie zaaplikowany lek wpłynął na zmianę w odczuwaniu dolegliwości przez pacjenta. A jak to się ma do psychologii? Na początku lat dziewięćdziesiątych ukształtowała się medycyna oparta na faktach (*evidence-based medicine*), której celem jest stworzenie potwierdzonych empirycznie sposobów leczenia konkretnych schorzeń, pogrupowanych w wytycznych skutecznej terapii (*therapeutic guidelines*). Ekstrapolowanie tego modelu na psychologię przynosi psychologię opartą na faktach (*evidence-based psychology*), z oddziaływaniami psychologicznymi wspartymi empirycznie. Kryteria, według których można uznać leczenie za empirycznie potwierdzone (Chambless et al., 1998), definiuje dział 12 APA (*American Psychological Association Publication Manual, 7th Edition*), co ma umożliwić stworzenie wytycznych (*guidelines*) skutecznych terapii psychologicznych. Jednym z kryteriów jest, aby istniały kontrolowane, randomizowane badania zrealizowane przez dwóch niezależnych badaczy, wykazujące, że zastosowana terapia przynosi lepsze efekty niż placebo, brak leczenia lub inne leczenie.

Od tego czasu (publikacja wspomnianego dokumentu APA – 2019 r. – przyp. kor.) pojawiło się wiele krytycznych głosów odnośnie takiego sposobu mierzenia skuteczności

terapii psychologicznej, ponieważ poza wewnętrznymi aspektami metodologii modelu, takimi jak dogmatyczne użycie dowodów opartych o próby kliniczne i dehumanizację medycyny, użycie tego sposobu oceny w psychoterapii implikuje traktowanie zaburzeń psychologicznych niczym jednostek chorobowych pochodzenia biologicznego, z czego z kolei wynika trudność w uszeregowaniu objawów w sztywne kategorie diagnostyczne, zazwyczaj dalekie od rzeczywistości. Poza tym mówimy tu o abstrakcyjnie rozumianej skuteczności (ang. *efficacy*, hiszp. *eficacia* – otrzymanie wyników w idealnych warunkach), ignorując rzeczywistą skuteczność (ang. *effectiveness*, hiszp. *efectividad* – praktykę kliniczną) i wydajność (ang. *efficiency*, hiszp. *eficiencia* – relację efekt/koszt). Z drugiej strony, jak wskazuje Marino Pérez Álvarez, profesor Uniwersytetu w Oviedo, jest to dostępna nam metoda badawcza i pozwoliła ona pokazać skuteczność nurtów tradycyjnie oddalonych od podejścia medycznego, takich jak psychoterapia psychoanalityczna i psychodynamiczna, jak również terapia systemowa i humanistyczna, co wywołało dezorientację społeczności naukowej (Pérez, 2013). Wracając do mojego początkowego zaniepokojenia: założmy, że Ministerstwo Zdrowia знаło te kryteria i uznawało je przy tworzeniu swojej listy w oparciu o wyszukane przeglądy systematyczne i badania kliniczne opublikowane w bazie PubMed.

A jak to wygląda w odniesieniu do terapii Gestalt? W ciągu swej historii rozwijała się ona oddalona od środowiska akademickiego i naukowego, po części z uwagi na swoją epistemologię. Fritz Perls mówi o „kupie kury, konia i byka”, odnosząc się do intelektualizacji, racjonalizacji i do produkcji mentalnej (*mental production*) w ogóle. Claudio Naranjo definiuje terapię Gestalt jako eksperymentalizm ateoretyczny (eksperymentowanie bez teorii), podejście, sposób bycia w świecie. W roku 1975, według Greenberga, badania ilościowe były przez społeczność Gestalt postrzegane jako nieetyczne. Tymczasem poprzez badanie skuteczności nie próbuje się wcisnąć terapii Gestalt w sztywne ramy ani zredukować jej do zastosowania klinicznego, tylko nadać wartość temu właśnie jej aspektowi. To prawda, że terapia Gestalt nie posiada ustandaryzowanych protokołów, które można zastosować do uchwycenia prezentowanego przez pacjenta problemu psychicznego ocenionego zgodnie z kryteriami diagnostycznymi. Wobec tego zrozumiałe jest, że my, gestaltysty, nie wykazywaliśmy zainteresowania badaniami w takim kluczu, nieuwzględniającym całego wysiłku, z jakim związana jest praca sama w sobie. Jednakże – co zaskakujące – udało się znaleźć opublikowane badania kontrolowane i randomizowane, które pokazują, że terapia Gestalt jest skuteczna przy problemach psychologicznych tak zróżnicowanych, jak fobie, podejmowanie decyzji, lęk egzaminacyjny, poczucie wyobcowania, autonomia, empatia i spójność grupowa, złość, neurotyzm, dobrostan psychiczny, odczuwanie samotności, relacje w parze oraz niepokój i postrzeganie rzeczywistości u osób z diagnozą schizofrenii (Ayala-Romera, 2021; López-González et al., 2019).

Z drugiej strony istnieje jeszcze inne podejście w badaniach nad psychoterapią, ujęte w dziale 29 APA – „Relacje Terapeutyczne o Udowodnionej Skuteczności” – skupione na pokazaniu skuteczności wspólnych dla psychoterapii w ogólności czynników i zorientowane na procesy (dlatego psychoterapia jest skuteczna) bardziej niż na wyniki. Przyjrzyjmy się pokrótce historii tego zagadnienia. W 1952 roku Eysenck ogłosił artykuł, w którym postawił tezę, że psychoanaliza jest równie skuteczna, co zwykły upływ czasu. Toruje to drogę rodzącemu się behawioryzmowi i sprawia, że zaczęto naukowo badać psychoterapię. W 1977 Smith i jego zespół opublikowali metaanalizę skuteczności głównych nurtów terapeutycznych, między innymi terapii Gestalt jako jednej z terapii nurtu humanistycznego – i wyciągnęli wnioski, że wszystkie modele są skuteczne w tym samym stopniu, a niewielkie różnice zbadanej skuteczności przypisali później stronnictwej lojalności (*loyalty bias*), to znaczy przywiązaniu badaczy do określonych nurtów terapeutycznych. W 1974 roku Frank zaproponował wspólne dla wszystkich terapii czynniki jako specyficzne składowe odpowiedzialne za zmianę terapeutyczną. Dzisiaj wiemy, że psychoterapia nie tylko jest

skuteczna (niezależnie od nurtu), ale też, że jej skuteczność jest rzędu powyżej 0,8, co oznacza, że 78,8% osób korzystających z psychoterapii czuje się lepiej niż osoby, które z niej nie korzystają (APA, 2013). Istnieją więc w krajobrazie psychoterapii dwa komplementarne punkty widzenia. Pierwszy z nich – psychologia oparta na faktach – skupia się bardziej na konkretnych składnikach psychoterapii w kontekście konkretnego problemu psychologicznego, natomiast drugi koncentruje się na wspólnych czynnikach, czyli procesach odpowiedzialnych za dany problem, w odróżnieniu od technik, które sprawiają, że psychoterapia jest skuteczna. Należy tu wspomnieć Wampolda (2015), który uaktualnił wspólne czynniki pierwotnie zaproponowane przez Franka (1974). Wiemy, że psychoterapia działa – ale do tej pory nie ma jasności, co sprawia, że tak się dzieje. Tak czy inaczej, terapia Gestalt jest skuteczna dlatego, że jest psychoterapią – ale powinniśmy uświadomić sobie, że konieczne jest wykazanie tego przy użyciu tych samych narzędzi, co pozostałe nurty, co pozwoli uniknąć sytuacji takich jak ta, w której znajdujemy się obecnie w Hiszpanii, gdzie w wyniku działań podjętych przez Ministerstwo Zdrowia i jego Planu Ochrony Zdrowia przed Pseudoterapiami powstał ogromny zamęt. Dlaczego znajdujemy się w tym punkcie? Cytując Roubala et al. (2016): „Przetwarzanie terapii Gestalt jako uznanego nurtu psychoterapeutycznego zależy w dużej mierze od rozbudowy bazy dowodowej” (s. 10).

Badania naukowe w psychoterapii i nad psychoterapią to praca trudna i żmudna. W Hiszpanii badacze należą głównie do środowiska akademickiego. To praca, która wymaga wykształcenia, wysiłku i wielu godzin w pełnym skupieniu. Jak mówi Martorell (2021), my, terapeuci humanistyczni, powinniśmy zaprosić na piwo tych, którzy badają nasz nurt i posłuchać ich opowieści. Nie wystarczy tylko badać – należy też publikować w czasopismach naukowych abyśmy dali się poznać, ponieważ możemy wiele wnieść do krajobrazu psychoterapeutycznego. Nie mamy się czego wstydzić. Jako terapeuci Gestalt poddajemy naszą pracę superwizji i przechodzimy przez własny proces terapeutyczny, co inne nurty zaczynają doceniać jako znaczące w dobrej praktyce psychoterapeutycznej. Wiemy również wiele o relacji terapeutycznej – głównym czynnikiem odpowiedzialnym za leczące oddziaływanie psychoterapii. Można badać terapię Gestalt i procesy, które w niej zachodzą. Już dzieje się to w innych podejściach, jak terapia kontekstualna (Hayes, 2012), która rozpoznaje i włącza elementy humanistyczne. Możemy badać dla samej przyjemności zdobywania wiedzy – lub aby pokazać skuteczność terapii Gestalt, być lepszymi terapeutami i dzielić się wiedzą. Trzeba stworzyć sieci badawcze – jak ta, która powstała dzięki Szkoleniu z Badań w Psychoterapii (*Curso de Investigación en Psicoterapia*) zorganizowanemu przez AETG w 2021 roku. Możemy również pomagać biorąc udział w badaniach i mobilizować się do nagrywania sesji czy wypełniania kwestionariuszy. To kwestia motywacji i poświęconego czasu, ponieważ nie wystarczy, że my sami wiemy, że terapia Gestalt działa. Wreszcie, równie ważne jest, aby mówić tym samym językiem i zajmować pełnoprawne miejsce, na takich samych warunkach, jak reszta podejść psychoterapeutycznych.

Bibliografia

- American Psychological Association (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50 (1), 102–109. <https://doi.org/10.1037/a0030276>.
- Ayala-Romera, R. (2021). Revisión Sistemática sobre la eficacia de la Terapia Gestalt (Trabajo Fin de Master). Universidad de Psicología de Málaga.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., y Woody, S. (1998). Update on empirically validated therapies. *Psychology of Women Quarterly*, 22(1), 1–16.

- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy research: an evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319–324.
- Frank, J.D. (1974). Therapeutic components of psychotherapy. A 25-years progress report of research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 159, 325–342.
- Hayes, S.C. (2012). Humanistic Psychology and Contextual Behavioral Perspectives. *Psychotherapy (Chicago, USA)*, 49, 455–460. <https://doi.org/10.1037/a0027396>.
- Instituto de Salud Carlos III (2019). Resumen de las conclusiones del informe preliminar sobre las técnicas con pretendida finalidad sanitaria. Recuperado de: https://www.conprueba.es/sites/default/files/multimedia/documentos/informes-pseudoterapias_1_1.pdf.
- Lind, J. (1753). A treatise on scurvy. A. Millar.
- López-González, M.A., Ayala-Romera, R., Moreno-Pulido, A. y Fernández-Gómez, M.A. (2019). Revisión Sistemática sobre la efectividad de la Terapia Gestalt. AETG.
- Martorell, J.L. (2021). Nueva visita a Mordor: 40 años de polémicas en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 15–33. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.855>.
- Medical Research Council (1948). Streptomycin treatment of pulmonary tuberculosis: a Medical Research Council investigation. *British Medical Journal*, 2, 769–782.
- Pérez, M. (2013). Anatomía de la Psicoterapia: El diablo no está en los detalles. *Clínica contemporánea*, 4(1), 5–28. <https://doi.org/10.5093/cc2013a1>.
- Roubal, J., Francesetti, G., Brownell, P., Melnick, J., y Zeleskov-Djoric, J. (2016). Introduction. Bridging practice and research in gestalt therapy. In J. Roubal (Ed.), *Towards a research tradition in gestalt therapy* (pp. 1–15). Cambridge Scholars Publishing.
- Smith, M.L. y Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752–760. <https://doi.org/dmx4s8>.
- Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14, 270–277. <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20238>.