

Podjęcia humanistyczno-doświadczeniowe (fenomenologiczne) – wyniki badań nad skutecznością interwencji

Monika Tarnowska

Akademickie Centrum Psychoterapii i Rozwoju przy Uniwersytecie SWPS w Warszawie

Terapie humanistyczno-doświadczeniowe (fenomenologiczne) to grupa podejść psychoterapeutycznych, których wspólnym mianownikiem jest zainteresowanie niepowtarzalną wewnętrzną perspektywą człowieka, a także konsensus odnośnie do tego, że wewnętrzna perspektywa osoby determinuje jej rzeczywistość. Charakterystyczne dla tych podejść jest nadawanie priorytetowego znaczenia relacji terapeutycznej, z czym wiąże się postawa terapeuty, którą cechują empatia, życzliwość i spójność (autentyczność). Podjęcia humanistyczno-doświadczeniowe skupiają się na realnej relacji i współpracy między klientem a terapeutą. Terapeuta wspiera proces doświadczania klienta (stosuje metody pogłębiające i stymulujące doświadczanie), a ponadto postrzega klienta jako zdolnego do odpowiedzialności za siebie i własne wybory, ukierunkowanego na adaptację i rozwój. Do głównych podejść humanistyczno-doświadczeniowych zalicza się: psychoterapię egzystencjalną, podejście skoncentrowane na osobie, focusing, psychoterapię Gestalt oraz psychoterapię skoncentrowaną na emocjach, a ponadto – w terapii dzieci – terapię zabawą (*play therapy*), doświadczeniową terapię zabawą i *filial therapy*. Terapie humanistyczno-doświadczeniowe zajmują się badaniem zjawisk występujących w relacji terapeutycznej, interesują się procesami zachodzącymi w danym momencie („tu i teraz”), wspierają symbolizację doświadczenia pozostającego na krawędzi tego, co dostępne analitycznemu systemowi przetwarzania informacji. Co za tym idzie, podejścia te posługują się językiem w niewielkim stopniu dopasowanym do języka badań ilościowych, wpisujących się w nurt praktyki opartej na dowodach empirycznych. Nie oznacza to, rzecz jasna, że skuteczność terapii humanistyczno-doświadczeniowych nie jest poddawana empirycznej weryfikacji, jednak terapeuci humanistyczno-doświadczeniowi nie są (relatywnie) licznie reprezentowani wśród naukowców-badaczy psychoterapii, a ponadto argument o potwierdzonej empirycznie skuteczności terapii humanistyczno-doświadczeniowych jeszcze do niedawna nie

był pierwszoplanowym argumentem, jaki przedstawiciel owych nurtów mógłby formułować w odpowiedzi na pytanie o zalety reprezentowanego przezeń podejścia. Niniejszy tekst powstał z myślą o osobach, które chciałyby przyjrzeć się podejściom humanistyczno-doświadczeniowym właśnie z perspektywy badań nad ich skutecznością. Czytelnik znajdzie w nim odpowiedzi na pytania o to, czy terapie humanistyczno-doświadczeniowe można uznać za skuteczne, jak wyglądają one pod tym względem na tle innych modalności terapeutycznych głównego nurtu oraz jakie przesłanki dla praktyki klinicznej wynikają z omawianych badań.

Obszerną meta-analizę dotyczącą skuteczności terapii humanistycznych i doświadczeniowych znajdziemy w pracy Roberta Elliotta i współpracowników (Elliott, Watson, Greenberg, Timulak i Freire, 2013) będącej rozdziałem w prestiżowej publikacji pod redakcją Michaela Lamberta pt. „Bergin & Garfield’s Handbook of psychotherapy and behavior change” (edycja szósta). Zaznaczyć tu należy, że trwają prace nad aktualizacją tej meta-analizy – zostanie ona wzbogacona o ponad 100 badań, jakie opublikowano po roku 2008. Oznacza to, że w 2019 roku będziemy dysponować najnowszą, poszerzoną pracą naukową dotyczącą skuteczności terapii humanistyczno-doświadczeniowych. W meta-analizie Elliotta i współpracowników (2013) wzięto pod uwagę trzy typy badań – (1) badania bez grupy kontrolnej, poszukujące odpowiedzi na pytanie o to, czy funkcjonowanie klientów zmienia się podczas psychoterapii (186 badań, w których łącznie udział wzięło 14 206 klientów); (2) badania z grupą kontrolną (np. grupą osób czekających na interwencję), odpowiadające na pytanie, czy psychoterapia powoduje zmiany w funkcjonowaniu klientów (59 badań, w tym 31 z randomizacją, w których uczestniczyło 2 149 klientów oraz 1 988 osób w grupach kontrolnych) oraz (3) badania porównujące różne typy interwencji w poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie o to, jaki rodzaj interwencji jest dla danej grupy klientów najbardziej skuteczny (100 badań, w tym 82 z randomizacją, w których uczestniczyło 6 271 klientów terapii humanistyczno-doświadczeniowych oraz 7 214 klientów w innych formach interwencji).

Analiza badań pierwszego typu prowadzi do konkluzji, że terapie humanistyczno-doświadczeniowe są skuteczne – zaraz po zakończeniu interwencji wielkość efektu w zakresie zmian w funkcjonowaniu klientów jest wysoka ($d=0,95$). Co więcej, wielkość efektu terapii humanistyczno-doświadczeniowych nieznacznie wzrasta wraz z upływem czasu po zakończeniu interwencji, co obserwujemy w badaniach kontrolnych prowadzonych po kilku miesiącach od

zakończenia terapii ($d=1,05$), a także po dwunastu i więcej miesiącach od jej zakończenia ($d=1,11$). Mamy tu więc do czynienia z pożądanym w psychoterapii zjawiskiem – w toku interwencji klient doświadcza pozytywnych zmian, które nie tylko utrzymują się, lecz wręcz intensyfikują się już po zakończeniu terapii, kiedy klient wprowadza w życie nowe, konstruktywne sposoby funkcjonowania. Do wyników badań bez grupy kontrolnej można jednak formułować istotne zastrzeżenia – nie dają one bowiem odpowiedzi na pytanie o to, czy pozytywna zmiana w funkcjonowaniu klientów jest efektem terapii, czy też (przynajmniej w pewnej mierze) wynika z działania innych czynników – na przykład samego upływu czasu. Odpowiedzi na tego rodzaju zastrzeżenia dostarczają badania, w ramach których porównywano zmiany osiągnięte przez klientów terapii humanistyczno-doświadczeniowych ze zmianami, jakie zachodziły u osób z grup kontrolnych, nie biorących udziału w interwencji terapeutycznej.

Wyniki badań z grupą kontrolną okazały się wysoce spójne z wynikami badań, w których porównywano funkcjonowanie klientów przed i po terapii humanistyczno-doświadczeniowej: około 80% pozytywnych efektów odnotowywanych u uczestników terapii wynika z samego uczestnictwa w interwencji, nie zaś z czynników poza-terapeutycznych (Elliott i in., 2013). Z kolei badania porównujące terapię humanistyczno-doświadczeniową z innymi rodzajami oddziaływań terapeutycznych wskazują, że – generalnie, terapie humanistyczno-doświadczeniowe są tak samo skuteczne, jak inne modalności terapeutyczne. Porównanie terapii humanistyczno-doświadczeniowych z innymi rodzajami terapii z wyłączeniem terapii poznawczo-behawioralnej wskazuje, że terapie humanistyczno-doświadczeniowe są nieznacznie bardziej skuteczne (choć nie jest to różnica istotna statystycznie). Porównanie terapii humanistyczno-doświadczeniowych z terapią poznawczo-behawioralną wskazuje, że terapia poznawczo-behawioralna jest nieco bardziej skuteczna, choć – znów, nie jest to różnica istotna statystycznie. Porównanie samej terapii skoncentrowanej na kliencie z terapią poznawczo-behawioralną prowadzi do wniosku o równoważności tych form interwencji pod względem poziomu ich skuteczności. Z kolei terapia skoncentrowana na emocjach okazała się bardziej skuteczna od terapii poznawczo-behawioralnej, choć należy tu podkreślić to, że dysponujemy niewielką liczbą badań porównujących te dwa rodzaje interwencji (zaledwie sześć badań), a ponadto po skorygowaniu wyników tego porównania ze względu na tzw. efekt lojalności

badacza¹, przewaga terapii skoncentrowanej na emocjach nad terapią poznawczo-behawioralną spadła do nieistotnego statystycznie poziomu (Elliott i in., 2013).

Warto w tym kontekście skomentować tzw. terapie wspierające niedyrektywne (*supportive nondirective therapy, SNT*) używane przez badaczy reprezentujących inne niż humanistyczno-doświadczeniowe modalności terapeutyczne jako „tło”, a więc interwencja, z którą badacz porównuje ten rodzaj terapii, z którym sam się identyfikuje. W literaturze przedmiotu możemy natknąć się na stwierdzenie, że SNT to rodzaj terapii humanistycznej. Nie jest to jednak prawda – SNT nie jest bowiem interwencją oferowaną przez terapeutów profesjonalnie wyszkolonych w podejściu humanistyczno-doświadczeniowym, czy choćby przez osoby identyfikujące się z podejściami humanistyczno-doświadczeniowymi. Najczęściej SNT prowadzona jest przez pomocników badacza powierzchownie przeszkolonych w zakresie wspierania klienta poprzez podążanie za jego narracją, wyrażanie zrozumienia i pozytywnego nastawienia. Nie jest zatem zaskakujące to, że SNT w porównaniu z innymi rodzajami terapii (przede wszystkim – z terapią poznawczo-behawioralną) okazuje się mniej skuteczną formą interwencji, co z kolei może umacniać mit, zgodnie z którym terapie humanistyczno-doświadczeniowe są mniej skuteczne od terapii poznawczo-behawioralnej. Tymczasem, gdy dokonujemy faktycznego porównania terapii humanistyczno-doświadczeniowych z terapią poznawczo-behawioralną, interwencje te okazują się równie skuteczne, a w niektórych przypadkach odnotowujemy wręcz przewagę podejść humanistyczno-doświadczeniowych, i to zarówno w pomaganiu osobom dorosłym (por. np. Elliott i in., 2013), jak i w terapii dzieci i młodzieży (por. Andrews, 1971; Shechtman i Pastor, 2005; Schottelkorb, Dumas i Garcia, 2012).

Jeśli chodzi o skuteczność terapii humanistyczno-doświadczeniowych w pomaganiu klientom zmagającym się z określonymi rodzajami trudności, to badania wskazują na to, że podejścia humanistyczno-doświadczeniowe są szczególnie wskazane w pomaganiu osobom cierpiącym z powodu depresji oraz trudności w relacjach z innymi, w tym – problemów wynikających z doświadczania nadużyć / przemocy w dzieciństwie. Terapie humanistyczno-doświadczeniowe okazują się ponadto skuteczne w pomaganiu osobom zmagającym się z psychozami i chronicznymi problemami zdrowotnymi, a także klientom, u których występują

¹ Efekt lojalności badacza to prawidłowość polegająca na tym, że badacz związany z danym podejściem terapeutycznym zazwyczaj uzyskuje wyniki potwierdzające wyższość owego podejścia nad innymi.

utrwalone wzorce autodestrukcyjnych zachowań (m.in. osobom uzależnionym oraz klientom cierpiącym na zaburzenia odżywiania) (Elliott i in., 2013).

Terapie humanistyczno-doświadczeniowe kładą szczególny nacisk na budowanie wysokiej jakości sojuszu terapeutycznego poprzez charakterystyczną dla tych podejść postawę terapeuty (terapeuta jest empatyczny, życzliwy oraz spójny – autentyczny). Jak wynika z badań, terapeutyczny sojusz, a także empatia, pozytywne nastawienie i autentyczność terapeuty to czynniki mające kluczowe znaczenie dla skuteczności interwencji (por. np. Norcross i Wampold, 2011; Horvath, Del Re, Flückiger i Symonds, 2011; Elliott, Bohart, Watson i Greenberg, 2011; Farber i Doolin, 2011; Kolden, Klein, Wang i Austin, 2011). Generalnie, zmienne związane z relacją terapeutyczną mają większe znaczenie dla skuteczności psychoterapii, aniżeli to, jakie techniki terapeutyczne stosuje terapeuta (jaką modalność terapeutyczną reprezentuje; por. Norcross i Lambert, 2011). Postrzeganie terapeuty jako spójnego, autentycznego (w przeciwieństwie do poczucia, że terapeuta występuje w relacji z klientem w ramach pewnej profesjonalnej roli) sprzyja powodzeniu interwencji w terapeutycznej pracy z adolescentami (Kolden, Klein, Wang, i Austin, 2011). Umiejętność budowania realnej, ciepłej, opartej na wzajemnym szacunku relacji jest szczególnie ważna dla skuteczności terapii dzieci i młodzieży (Karver, De Nadai, Monahan i Shirk, 2018). Charakterystyczna dla terapeutów humanistyczno-doświadczeniowych umiejętność pracy aktywnej, a zarazem niedyrektywnej, jest istotna w pracy z adolescentami, ponieważ doświadczanie presji podnosi poziom reaktancji u nastolatków, a to z kolei nasila ich trudności z obszaru zdrowia psychicznego, por. np. Van Petegem, Soenens, Vansteenkiste i Beyers, 2015. Generalnie, empatia, z jaką terapeuta reaguje na perspektywę klienta, w połączeniu z umiejętnością pracy niekonfrontacyjnej sprzyja powodzeniu interwencji oferowanych osobom ambiwalentnym wobec zmiany, w tym osobom uczestniczącym w terapii niedobrowolnie, w poczuciu zewnętrznej presji – co jest nierzadkim zjawiskiem w obszarze terapii uzależnień (por. np. Norcross, Krebs i Prochaska, 2011).

Skoro zatem umiejętność budowania współpracującej relacji terapeutycznej jest bardziej istotna dla powodzenia interwencji, aniżeli to, jaką modalność terapeutyczną reprezentuje terapeuta, a ponadto wszystkie modalności terapeutyczne głównego nurtu okazują się podobnie skuteczne, to czy uprawnionym byłoby stwierdzenie, że to, do jakiego rodzaju terapii trafia klient, nie ma znaczenia? Odpowiedź na tak postawione pytanie jest przecząca, bowiem

najważniejsze dla skuteczności interwencji terapeutycznej są... właściwości klienta – jego zasoby i rodzaj trudności, jego motywacja, preferencje, oczekiwania i inne indywidualne charakterystyki (por. np. Norcross i Lambert, 2011; Cooper, 2010). Wśród uczestników psychoterapii znajdują się zarówno osoby, które spodziewają się, że terapeuta przyjmie w toku interwencji rolę wiodącą, zaproponuje klarowną strukturę procesu terapii i każdej sesji z osobna, jak i osoby, które chciałyby wykorzystać doświadczenie terapii do tego, by lepiej rozumieć własne funkcjonowanie i na tej podstawie podejmować decyzje odnośnie do kierunku wdrażanych przez siebie zmian. Ci pierwsi bardziej skorzystają z terapii ustrukturyzowanej, ukierunkowanej na naukę adaptacyjnych strategii zachowania i rozwiązywanie konkretnych problemów, ci drudzy natomiast osiągną lepsze rezultaty w terapii zorientowanej na poszerzenie samoświadomości i wglądu (por. np. Beutler, Harwood, Kimpara, Verdirame i Blau, 2011). Nie chodzi zatem o to, by proponować klientom „najlepszy rodzaj terapii”, zawężając ofertę dostępnych interwencji. „Najlepszy rodzaj terapii” – uniwersalny, skuteczny w pomaganiu wszystkim grupom klientów, po prostu nie istnieje. Chodzi o to, by różnym klientom dostępne były różne rodzaje interwencji – dopasowane do tych właściwości osoby, które mają znaczenie dla skuteczności terapii, a które istotnie wykraczają poza sam rodzaj trudności klienta opisywany językiem diagnozy nozologicznej. By wymienić choć niektóre spośród tych właściwości, warto wspomnieć o poziomie reaktancji, poziomie gotowości do zmiany w sobie, czy dominującym stylu radzenia sobie ze stresem (por. np. Norcross i Wampold, 2011). Przesłanki płynące z badań nad skutecznością psychoterapii wskazują zatem – z jednej strony – na potrzebę inwestowania w proces profesjonalnej diagnozy psychologicznej, który powinien poprzedzać każdą interwencję z obszaru psychologicznej pomocy – tak, by była to interwencja „szyta na miarę”, stwarzająca klientowi możliwie jak najbardziej optymalne warunki do wprowadzania stabilnych pozytywnych zmian w jego funkcjonowaniu. Z drugiej strony, badania nad skutecznością terapii pokazują, że oferta interwencji terapeutycznych musi być różnorodna – tak, by każdy klient mógł korzystać z terapii dopasowanej do jego sytuacji, oczekiwań oraz potrzeb. Postulat ten wydaje się mieć szczególne znaczenie w przypadku pomocy oferowanej w placówkach publicznych – tak, by możliwość korzystania z profesjonalnie dobranej do potrzeb klienta interwencji nie była uzależniona od statusu materialnego osoby.

Literatura cytowana

Andrews, W. R. (1971). Behavioral and Client-Centered counseling of high-school underachievers. *Journal of Counseling Psychology*, 18, 93-96.

Beutler, L. E., Harwood, T. M., Kimpara, S., Verdirame, D. i Blau, K. (2011). Coping Style. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-Based Responsiveness* (s. 377-401). New York: Oxford University Press.

Cooper, M. (2010). *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Wyniki badań i praktyka kliniczna*, tł. A. Wilkin-Day. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.

Elliott, R., Bohart, A., Watson, J. i Greenberg L. (2011). Empathy. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-Based Responsiveness* (s. 132-152). New York: Oxford University Press.

Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L. S., Timulak, L. i Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. W: M. J. Lambert (red.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change (6th ed.)* (s. 495-538). New York: Wiley.

Farber, B. A. i Doolin, E. M. (2011). Positive Regard and Affirmation. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-Based Responsiveness* (s. 168-186). New York: Oxford University Press.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. i Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-Based Responsiveness* (s. 25-69). New York: Oxford University Press.

Karver, M. S., De Nadai, A. S., Monahan, M. i Shirk, S. R. (2018). Meta-analysis of the prospective relation between alliance and outcome in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy* 55(4), 341-355.

Kolden, G. G., Klein, M. H., Wang, Ch. i Austin, S. B. (2011). Congruence/Genuineness. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-Based Responsiveness* (s. 187-202). New York: Oxford University Press.

Norcross, J. C., Krebs, P. M. i Prochaska, J. O. (2011). Stages of Change. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-Based Responsiveness* (s. 279-300). New York: Oxford University Press.

Norcross, J. C. i Lambert, M. J. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-Based Responsiveness* (s. 3-21). New York: Oxford University Press.

Norcross, J. C. i Wampold, B. E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-Based Responsiveness* (s. 423-440). New York: Oxford University Press.

Shechtman, Z. i Pastor, R. (2005). Cognitive-Behavioral and Humanistic Group Treatment for Children With Learning Disabilities: A Comparison of Outcomes and Process. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 322-336.

Schottelkorb, A. A., Dumas, D. M. i Garcia, R. (2012). Treatment for Childhood Refugee Trauma: A Randomized, Controlled Trail. *International Journal of Play Therapy*, 21(2), 57-73.

Van Petegem, S., Soenens, B., Vansteenkiste, M. i Beyers, W. (2015). Rebels With a Cause? Adolescent Defiance From the Perspective of Reactance Theory and Self-Determination Theory. *Child Development*, 86(3), 903–918.