Ból czasu i optymalne rozczarowanie w Brief Relational Therapy na podstawie koncepcji Jeremy’ego D. Safrana

AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł analizuje Brief Relational Therapy (BRT) jako model terapeutyczny wykorzystujący sztywny limit czasu (zazwyczaj 30 sesji) nie tylko jako ramę logistyczną, ale przede wszystkim jako narzędzie kliniczne. Autor skupia się na koncepcji „bólu czasu” i „terapii skończonością”, wskazując, że świadomość nieuchronnego końca relacji z terapeutą konfrontuje pacjenta z ograniczeniami bliskości. Proces ten prowadzi do tzw. optymalnego rozczarowania, które staje się katalizatorem zmiany. Zamiast dążyć do nieskończonej więzi, BRT wykorzystuje dialektykę zależności i sprawstwa (agency-relatedness), aby pomóc pacjentowi w internalizacji funkcji terapeutycznych i dojrzewaniu do akceptacji przemijania oraz ograniczeń w relacjach międzyludzkich.

The article analyzes Brief Relational Therapy (BRT) as a therapeutic model that utilizes a strict time limit (usually 30 sessions) not merely as a logistical framework, but primarily as a clinical tool. The author focuses on the concepts of "time pain" and "finitude therapy," indicating that the awareness of the inevitable end of the relationship with the therapist confronts the patient with the limitations of intimacy. This process leads to so-called optimal disappointment, which becomes a catalyst for change. Instead of striving for an infinite bond, BRT employs the dialectic of agency and relatedness to help the patient internalize therapeutic functions and mature toward the acceptance of transience and the limitations inherent in human relationships.

Artykuł analizuje specyfikę Krótkoterminowej Terapii Relacyjnej (BRT), w której limit czasowy przestaje być jedynie ramą organizacyjną, a staje się aktywnym narzędziem terapeutycznym. Autor stawia tezę, że nieuniknione zakończenie relacji konfrontuje

pacjenta z egzystencjalnym doświadczeniem skończoności i odrębności Innego, co paradoksalnie może przyspieszyć proces leczenia. Kluczowym mechanizmem jest tutaj tzw. optymalne rozczarowanie – moment, w którym pacjent odkrywa ograniczenia terapeuty i nieuchronność straty, a mimo to doświadcza więzi jako realnej i wartościowej. Dzięki temu procesowi funkcje wspierające, początkowo dostarczane z zewnątrz przez klinicystę, zostają zinternalizowane, pozwalając pacjentowi na większą autonomię psychiczną. Tekst łączy teoretyczne rozważania nad przymierzem terapeutycznym i mechanizmami zmiany z danymi empirycznymi, wskazując, że to właśnie zdolność do negocjowania kryzysów w relacji „tu i teraz" stanowi o skuteczności modelu BRT, czyniąc z kresu terapii nie porażkę, lecz moment głębokiego poznania.

SŁOWA KLUCZOWE

Brief Relational Therapy | BRT | ból czasu | optymalne rozczarowanie | przymierze terapeutyczne | zerwanie przymierza | internalizacja funkcji | dialektyka agency-relatedness | metakomunikacja | enactment | terapia skończonością | transmuting internalization | wystarczająco dobry opiekun | mechanizm zmiany w psychoterapii

Limit czasu jako terapeutyczne narzędzie konfrontacji ze skończonością

Ból czasu i ograniczony Inny: BRT, zakończenie terapii i optymalne rozczarowanie. Krótkoterminowa Terapia Relacyjna (Brief Relational Therapy, BRT) stanowi szczególnie interesujący moment w rozwoju teorii Safrana i Murana, gdyż zmusza ich koncepcję do wyjścia poza poziom metateorii. Jeśli przymierze ma być dynamiczną negocjacją, zerwanie uprzywilejowanym miejscem badania relacyjnych zasad organizujących, a metakomunikacja sposobem odzyskiwania refleksyjnej przestrzeni wewnątrz enactmentu, należało zapytać, jak idee te zachowują się po wbudowaniu w ograniczony i z góry określony format leczenia. BRT została skonstruowana właśnie w ten sposób: jako terapia intensywnie skupiona na relacji "tu i teraz", realizowana w badaniach m.in. w stałym formacie trzydziestu cotygodniowych sesji. Książka podkreśla, że jej zasadniczym celem nie jest wyłącznie uzyskanie intelektualnego wglądu w jeden

konflikt charakterologiczny, lecz rozwinięcie zdolności obserwowania własnych stanów i sposobów uczestniczenia w relacjach podczas ich rzeczywistego przebiegu.

Zewnętrzna literatura badawcza potwierdza, że eksperymentalne protokoły BRT rzeczywiście stosowały stały format trzydziestu sesji. Czas w takim modelu nie jest jedynie logistyczną granicą świadczenia usług; staje się elementem sytuacji klinicznej na równi z częstotliwością spotkań, honorarium, przestrzenią gabinetu, zasadami kontaktu poza sesją czy nieobecnością terapeuty. Informacja o tym, że relacja zakończy się po określonej liczbie spotkań, obecna jest w polu od pierwszej sesji, nawet jeśli przez wiele tygodni żadna ze stron o niej nie mówi. Pacjent może ją ignorować, minimalizować, zapominać, protestować przeciwko niej lub traktować jako gwarancję bezpieczeństwa. Terapeuta również może przyjmować wobec terminu określone pozycje: spieszyć się, próbować osiągnąć zbyt wiele, czuć winę, bagatelizować zbliżające się rozstanie albo fantazjować, że proces można domknąć pełniej, niż pozwala na to rzeczywistość. Z relacyjnej perspektywy czas nie znajduje się więc poza terapią – zostaje przeżyty przez dwie osoby i od początku organizuje ich wspólne zachowanie.

Intuicje BRT znajdują wsparcie w szerszych badaniach nad psychoterapią ograniczoną czasowo. Przegląd 28 badań dotyczących wpływu limitu czasowego wskazał, że ustalenie terminu zakończenia nie jest interwencją neutralną: może zwiększać poczucie presji, uruchamiać oczekiwania dotyczące przebiegu procesu, sprzyjać bardziej dyrektywnej pozycji terapeuty i powodować zarówno korzystne, jak i niekorzystne konsekwencje. Autorzy podkreślają przy tym niedostatek danych pozwalających ustalić, dla kogo i w jakich warunkach ograniczenie czasu jest szczególnie użyteczne. Nie można więc naukowo utrzymać prostej tezy, że limit czasu sam z siebie intensyfikuje terapię w sposób leczniczy. Bardziej defensywne stanowisko głosi: limit czasu zmienia proces, a kliniczne znaczenie tej zmiany zależy od pacjenta, terapeuty, modalności, momentu leczenia oraz sposobu, w jaki ograniczenie jest wspólnie rozumiane. Książka nadaje zakończeniu w BRT jeszcze mocniejsze znaczenie, nazywając je – w relacyjnej konceptualizacji – swoistym "ostatecznym zerwaniem" przymierza.

Limit trzydziestu sesji ma konfrontować pacjenta z faktem, że nawet relacja, która pomaga, nie może trwać bez końca. W tym kontekście pojawia się odwołanie do Jamesa Manna i jego idei "bólu czasu": ludzkie doświadczenie jest naznaczone świadomością, że możliwości są ograniczone, a bliskość nie znosi przemijania. Kliniczne znaczenie tej koncepcji nie polega na banalnym przypomnieniu, że wszystko kiedyś się kończy. Pacjent może wiedzieć to doskonale intelektualnie, a mimo to organizować relacje tak, jakby każde ograniczenie oznaczało odrzucenie, zdradę, klęskę albo dowód, że więź od początku była niewystarczająca. Ograniczenie czasowe wprowadza do terapii fakt, którego nie można ostatecznie negocjować. Można rozmawiać o uczuciach dotyczących

zakończenia, o jego znaczeniu czy sposobie wykorzystania pozostałych sesji; w określonych warunkach klinicznych można także zmienić plan leczenia. Nie można jednak uczynić terapeutycznego związku relacją bezgraniczną. Właśnie dlatego zakończenie staje się interesującym laboratorium dialektyki agency-relatedness. Pacjent musi spotkać się z doświadczeniem: "potrzebuję tej relacji i jednocześnie nie mogę sprawić, aby była wieczna". Terapeuta spotyka się z komplementarnym doświadczeniem: "jestem ważny dla pacjenta i zarazem nie jestem zdolny ani uprawniony, by stać się dla niego wszystkim". W filozoficznym sensie jest to terapia skończonością.

Człowiek nie dojrzewa dlatego, że przestaje pragnąć trwałości, lecz dlatego, że potrafi inwestować w rzeczy i osoby mimo świadomości ich ograniczenia. Każda więź pozostaje wystawiona na zmianę, rozstanie i śmierć; każda decyzja wyklucza inne możliwości; każdy czas poświęcony jednemu projektowi staje się czasem niedostępnym dla innego. Psychoterapia nie usuwa tej struktury egzystencji. Może natomiast zmniejszyć przymus reagowania na nią wyłącznie zaprzeczeniem, omnipotencją, wycofaniem albo rozpadem.

Zakończenie terapii jako dynamiczny proces relacyjny i kliniczny

W praktyce klinicznej problem ten objawia się często w sposób bardziej prozaiczny. W miarę zbliżania się do końca procesu pacjent może nagle zgłosić „najważniejszy” problem, którego dotąd nie poruszał. Może zacząć opuszczać sesje lub spóźniać się na nie, jakby chciał odebrać terapii możliwość domknięcia jej zgodnie z ustaloną ramą. Bywa, że ogłasza, iż właściwie nigdy nie potrzebował pomocy, lub przeciwnie – że dopiero teraz naprawdę zaczyna potrzebować terapeuty. Może odczuwać złość z powodu tego, że leczenie okazało się pomocne; więź pozbawiona znaczenia byłaby przecież łatwiejsza do utracenia. Możliwy jest także intensywny wzrost objawów, który wymaga nie symbolicznej interpretacji, lecz klinicznego różnicowania. Zakończenie terapii jest bowiem wydarzeniem relacyjnym, jednak pacjent pozostaje równocześnie organizmem biologicznym i osobą z określonym zaburzeniem psychicznym.

Ta uwaga wymaga mocnego podkreślenia. Pogorszenie stanu w okresie zakończenia nie powinno być automatycznie interpretowane jako „opór przed separacją”. Nawrót ciężkiej depresji, wzrost myśli samobójczych, dekompensacja psychotyczna, rozwój manii czy destabilizacja związana z uzależnieniem wymagają oceny klinicznej niezależnej od elegancji relacyjnej interpretacji. Również pojawienie się nowych, znaczących informacji może uzasadniać zmianę planu leczenia.

Rama czasowa jest narzędziem terapeutycznym, nie świętością. BRT może korzystać z napięcia generowanego przez termin, lecz odpowiedzialność medyczna i etyczna stoi wyżej niż wierność formalnemu zakończeniu protokołu. W tej perspektywie kluczowe staje się rozróżnienie między zakończeniem planowanym a przedwczesnym przerwaniem terapii. Badania nad termination wskazują, że zakończenie stanowi autonomiczną fazę procesu, a nie jest jedynie datą ostatniej wizyty. Najnowszy systematyczny przegląd literatury dotyczącej zakończenia indywidualnej psychoterapii dorosłych, obejmujący 67 publikacji, wskazał, że znaczenie mają m.in. sposób inicjowania końca, kryteria zakończenia, czas poświęcony na jego omówienie, emocje obu stron, zgodność co do decyzji oraz sposób przetwarzania rozstania. Jakość zakończenia nie jest zatem prostą funkcją tego, czy terapia „osiągnęła cele". Jest ostatnią fazą negocjowania przymierza. Perspektywa pacjentów dodatkowo komplikuje ten obraz.

Systematyczny przegląd jakościowych badań nad doświadczeniami osób kończących terapię wyróżnił trzy powracające wątki: antycypowanie końca, poczucie kontroli oraz odpowiedzialność za decyzję o zakończeniu. Autorzy zwracali uwagę na emocjonalny wpływ rozstania zarówno na pacjentów, jak i klinicystów, podkreślając potrzebę refleksji nad reakcjami personelu. Oznacza to, że terapeutyczne zakończenie nie powinno być traktowane jako pedagogiczna lekcja udzielana pacjentowi przez bardziej dojrzałego klinicystę. Jest wydarzeniem diadycznym.

Optymalne rozczarowanie jako motor internalizacji funkcji

Terapeuta również może doświadczać smutku, ulgi, poczucia porażki, dumy, winy, lęku czy potrzeby przedłużenia relacji. Właśnie te uczucia wobec zakończenia bywają niedoszacowanym źródłem enactmentu. Klinicysta, który słabo toleruje poczucie niewystarczalności, może próbować "dokończyć" pacjenta przed ostatnią sesją. Wówczas każda pozostała trudność staje się dowodem na nieskuteczność terapii. Może on zwiększać intensywność interwencji, proponować kolejne cele, mnożyć interpretacje i pośrednio komunikować pacjentowi, że osoba opuszczająca proces nadal "nie jest gotowa". Pacjent z historią warunkowej akceptacji łatwo podejmie tę grę: będzie próbował ukończyć siebie tak, aby terapeuta mógł uznać go za poprawnie wyleczonego. Możliwy jest również enactment przeciwny.

Terapeuta może nadmiernie podkreślać sukces, pomijać nierozwiązane problemy i idealizować wspólną pracę, nie potrafiąc znieść ambiwalencji rozstania. Pacjent otrzymuje wtedy komunikat, że smutek, rozczarowanie albo złość są niepożądanym zakłóceniem szczęśliwego finału. Zamiast dojrzałego zakończenia powstaje ceremonia gratulacyjna, w której obie strony muszą dowodzić, że

wszystko miało sens. BRT proponuje inną możliwość: uznanie niedokończenia za immanentną część procesu leczenia. Książka podkreśla potrzebę tolerowania pozostających luźnych końców zamiast dążenia do całkowitego rozwiązania konfliktów przed ostatnim spotkaniem. Jest w tym istotna krytyka terapeutycznego perfekcjonizmu. Psychoterapia nie musi oznaczać eliminacji każdego objawu, integracji każdej części Ja i rozwiązania wszystkich konfliktów; może zakończyć się wtedy, gdy pacjent zyska większą zdolność do samodzielnego prowadzenia własnego procesu psychicznego.

W modelu zależnościowym terapeuta pozostaje źródłem regulacji, rozumienia i bezpieczeństwa, a sukces polega na jak najdłuższym utrzymywaniu korzystnego związku. W dojrzałej koncepcji relacyjnej wartość terapeuty jest paradoksalnie potwierdzana wtedy, gdy część jego funkcji przestaje wymagać stałej obecności. Pacjent zaczyna sam rozpoznawać, kiedy się wycofuje, atakuje, błędnie odczytuje intencje drugiego, traci mentalizację, potrzebuje zatrzymania lub powinien szukać pomocy. Relacja nie zostaje zapomniana, lecz w pewnej mierze uwewnętrzniona. Książka syntetyzuje ten proces za pomocą kilku tradycji psychoanalitycznych: winnicottowskiego "wystarczająco dobrego" opiekuna, kohutowskiej internalizacji funkcji oraz kategorii optymalne rozczarowanie. Należy tu zachować terminologiczną precyzję.

U Kohuta kanonicznym pojęciem jest transmuting internalization, powiązana z przepracowywanymi, optymalnymi frustracjami selfobiektu; określenie "optimal disillusionment" stanowi szerszą syntezę relacyjną, a nie wyłącznie termin kohutowski. Sens tej syntezy jest jednak klinicznie czytelny: rozwój nie wymaga idealnego obiektu, lecz obiektu wystarczająco responsywnego, którego ograniczenia mogą być stopniowo przeżywane bez katastrofalnego rozpadu. Winnicottowska figura "wystarczająco dobrej" opieki była radykalna właśnie dlatego, że odmawiała rozwojowi potrzeby perfekcji. Opiekun nie musi idealnie dostrajać się do dziecka; w miarę rozwoju może i powinien przestawać odpowiadać doskonale, o ile niedopasowanie mieści się w zakresie, który dziecko potrafi wykorzystać rozwojowo. W psychoterapii analogia ta wymaga ostrożności – dorosły pacjent nie jest niemowlęciem, a terapeuta nie jest matką – lecz strukturalny sens pozostaje użyteczny. Pacjent może stopniowo odkrywać, że drugi człowiek pozostaje ważny nawet wtedy, gdy nie rozumie wszystkiego, nie spełnia każdego życzenia, nie jest zawsze dostępny i posiada własne ograniczenia. Optymalne rozczarowanie nie oznacza więc celowego rozczarowywania pacjenta; byłoby to nadużycie koncepcji.

Rozczarowanie jako droga do uznania realnego Innego

Terapeuta nie powinien produkować błędów, odmawiać empatii czy skracać kontaktu po to, aby „pacjent się nauczył". Rozczarowanie rodzi się naturalnie z faktu, że każdy realny terapeuta jest ograniczony. Nie wszystko zrozumie, czasem źle zinterpretuje, będzie miał urlop lub zachoruje. Nie odpowie na każdą potrzebę, nie cofnie traumatycznej przeszłości ani nie zapewni rodzicielstwa, którego zabrakło. W terapii krótkoterminowej dodatkowo nie pozostanie z pacjentem na zawsze. Potencjał rozwojowy pojawia się wtedy, gdy to ograniczenie nie zostaje ani zanegowane, ani wykorzystane do obrony profesjonalnego autorytetu, lecz staje się możliwe do przeżycia i nazwania. Doświadczenie rozczarowania wiąże się zatem z odkryciem realnego Innego.

Dopóki terapeuta funkcjonuje jako idealizowany obiekt, pacjent może korzystać z jego funkcji, jednak relacja pozostaje częściowo zorganizowana przez fantazję. Dopiero gdy terapeuta okazuje się osobą ograniczoną, a mimo to więź nie zostaje zniszczona, pojawia się możliwość uznania odrębności. Prowadzi to z powrotem do Jessiki Benjamin i dialektyki wzajemnego uznania: drugi może mnie uznać właśnie dlatego, że nie jest przeze mnie w pełni kontrolowany. Obiekt całkowicie podporządkowany przestaje być podmiotem, a jego uznanie traci wartość. Zakończenie terapii stanowi skrajny przypadek tej zasady. Terapeuta ostatecznie odmawia spełnienia fantazji bezterminowości – nie z braku cenienia pacjenta, lecz dlatego, że relacja terapeutyczna posiada swoją formę. Doświadczenie to może być szczególnie bolesne dla kogoś, kto wcześniejsze ograniczenia przeżywał jako dowód braku miłości. Jeśli matka była niedostępna, ojciec odchodził, partner porzucał, a opiekun reagował warunkowo, termin zakończenia łatwo zostanie wpisany w ten sam schemat: „gdy zaczynam potrzebować, drugi znika".

Relacyjna terapia nie odpowiada wówczas prostym zapewnieniem, że „tym razem jest inaczej". W rzeczywistości nie jest – terapeuta również odejdzie z codziennego życia pacjenta. Różnica tkwi w sposobie, w jaki do tego dochodzi. O odejściu można wiedzieć wcześniej, można protestować, smucić się, złościć i negocjować jego znaczenie, nie będąc za to karanym. Zakończenie nie musi być nagłym zniknięciem bez wyjaśnienia; pacjent może stać się podmiotem rozstania, a nie tylko jego przedmiotem. Właśnie dlatego „ostateczne zerwanie" nie powinno być rozumiane dosłownie jako zniszczenie przymierza. Zakończenie może raczej stanowić ostatnią negocjację przymierza, w której kluczowe pytanie brzmi: czy więź może być uznana za realną pomimo tego, że przestaje istnieć w dotychczasowej formie? Jest to problem zarazem psychodynamiczny i egzystencjalny. Nie wszystko, co się kończy, staje się bezwartościowe; znaczenie relacji nie zależy od jej nieskończoności.

Przypadek Ruth pozwala dostrzec te idee na poziomie mikroklinicznym. Jej sposób uczestniczenia w terapii przybrał formę monotonnego, okrężnego monologu, który zewnętrznie przypominał intensywne mówienie, lecz relacyjnie pełnił funkcję dystansującą. Terapeuta doświadczał znużenia i frustracji, a sama struktura rozmowy chroniła pacjentkę przed bardziej ryzykownym spotkaniem. Źródło interpretuje tę konfigurację jako wariant zerwania wycofaniowego oraz pseudoprzymierza: Ruth pozostawała „dobrą", współpracującą pacjentką, lecz jej uległość osłaniała niewyrażoną wrogość. Znaczenie tego przypadku nie polega na stwierdzeniu, że „nudny pacjent ukrywa agresję" – takie uogólnienie byłoby klinicznie absurdalne. Interesująca jest raczej dynamika konkretnej diady: subiektywne doświadczenie terapeuty stało się sygnałem, że pozorna współpraca przestała być żywym kontaktem. Dopiero metakomunikacja pozwoliła poddać ten układ refleksji. Materiał opisuje moment, w którym ujawnienie przeciwprzeniesieniowe uruchomiło silną agresję Ruth, a terapeuta pozostał obecny i nie odpowiedział odwetem.

Winnicottowskie „przetrwanie" nie oznacza tu biernego przyjmowania wszystkiego. Oznacza, że agresja nie zmusza terapeuty ani do kontrataku, ani do zniknięcia, ani do wymuszenia ponownej uległości. Pacjentka może więc po raz pierwszy przeżyć własną wrogość nie jako czynnik automatycznie unicestwiający więź. W terminologii używanej wcześniej oznacza to przesunięcie w dialektyce sprawczości i relacyjności: Ruth nie musi już chronić związku wyłącznie przez wycofanie sprawczości.

Empiryczne wsparcie dla mechanizmu przymierza

Kliniczna opowieść jest przekonująca, jednak jej status badawczy należy odróżnić od zwykłego studium przypadku. BRT była przedmiotem badań porównawczych; w pracy Murana, Safrana i współpracowników, dotyczącej pacjentów z wysoko współchorobowymi zaburzeniami osobowości, zestawiono ją z terapią poznawczo-behawioralną oraz krótkoterminową terapią dynamiczną. W standardowych analizach zmiany wszystkie trzy podejścia wykazały podobną skuteczność, choć niektóre wskaźniki istotnej i rzetelnej zmiany faworyzowały BRT i CBT, przy czym BRT cechowała się korzystniejszym wskaźnikiem dropoutu. Wynik ten potwierdza, że BRT jest poważnym modelem klinicznym, lecz nie dowodzi jej ogólnej wyższości nad innymi formami psychoterapii. Z perspektywy teorii Safrana i Murana znacznie ciekawsze są jednak badania mechanizmu przymierza.

W próbie 128 pacjentów, losowo przydzielonych do BRT, CBT lub krótkoterminowej terapii dynamicznej, zauważono, że mniejsza intensywność wczesnych zerwań oraz wyższy poziom ich rozwiązania wiązały się z lepszym przymierzem i jakością sesji. Mniejsza skala zerwań zapowiadała

korzystniejsze funkcjonowanie interpersonalne, natomiast skuteczniejsza rezolucja tych kryzysów przekładała się na lepsze utrzymanie pacjentów w procesie. Nie jest to jeszcze dowód na to, że konkretne interwencje BRT wywołują poprawę poprzez ściśle określony łańcuch przyczynowy, ale empirycznie wzmacnia to wagę problemu, wokół którego zbudowano model. Późniejsze badania procesowe pozostają zgodne z tym ostrożnym wnioskiem.

Analiza 241 diad leczonych w nurcie BRT lub CBT wykazała, że sesje oceniane przez terapeutów jako zawierające zerwanie częściej poprzedzały gwałtowną poprawę jakości przymierza w kolejnym spotkaniu. Takie „sudden gains" silniej wiązały się z wynikiem leczenia w przypadku BRT niż CBT. Autorzy interpretują to jako wsparcie dla tezy, że przymierze pełni rolę specyficznego mechanizmu zmiany właśnie w terapii, która czyni z niego centralny przedmiot interwencji. Ponadto badanie 162 diad wykazało, że terapeuci BRT częściej niż terapeuci CBT wykrywali zerwania, a zgodność lub niezgodność ocen pacjenta i terapeuty silniej oddziaływała na późniejszy wynik sesji właśnie w modelu BRT.

Są to wyniki teoretycznie eleganckie, ale wymagają metodologicznej dyscypliny. Badania prowadzone są w ramach specyficznego programu, część autorów jest jednocześnie twórcami lub rozwijać model BRT, a próby obejmują konkretne grupy kliniczne i określone warunki szkolenia. Nie mamy podstaw, by wyprowadzić z tych danych uniwersalną regułę, według której każda psychoterapia powinna stać się BRT. Mamy jednak powody, by potraktować poważnie jej zasadniczą hipotezę: w niektórych przypadkach sama zdolność pacjenta i terapeuty do rozpoznawania oraz negocjowania tego, co dzieje się między nimi, może być kluczowym elementem mechanizmu zmiany. Szczególnie interesujące jest pilotażowe badanie BRT jako interwencji w sytuacjach potencjalnych niepowodzeń leczenia. W pierwszej fazie 60 pacjentów przydzielono do krótkoterminowej terapii dynamicznej lub CBT, a po ośmiu sesjach wyodrębniono 18 przypadków ryzyka niepowodzenia na podstawie kryteriów empirycznych. Dziesięciu z nich zgodziło się na zmianę leczenia i trafiło do grupy BRT lub terapii alternatywnej. Wyniki autorzy określili jako wstępne wsparcie dla potencjalnej użyteczności BRT w kontekście trudności z przymierzem. To ważne słowo: wstępne. BRT nie dysponuje bazą empiryczną o skali porównywalnej z najbardziej przebadanymi terapiami konkretnych zaburzeń. Jej znaczenie naukowe leży przede wszystkim w badaniu procesu oraz generowaniu sprawdzalnych hipotez dotyczących zerwań, naprawy i responsywności terapeuty.

Takie usytuowanie BRT chroni przed kolejną pokusą ideologiczną.

Relacyjna nadbudowa nad techniką i internalizacja funkcji

Psychoterapia relacyjna nie musi dowodzić, że "relacja jest wszystkim", aby zachować swoją wartość. Wystarczy, że pokazuje, iż technika nigdy nie dociera do pacjenta w izolacji od relacji, a sposób jej odbioru może stać się albo mechanizmem zmiany, albo przyczyną patu. Terapia poznawczo-behawioralna, psychodynamiczna czy farmakoterapia nie zostają przez to unieważnione; w praktyce psychiatrycznej różne poziomy interwencji mogą być komplementarne. Pacjent może potrzebować leku stabilizującego nastrój i równocześnie pracy nad tym, dlaczego każde zalecenie lekarza przeżywa jako kolonizację swojej autonomii. Może potrzebować ekspozycji w zaburzeniu lękowym i jednocześnie negocjowania, czy zalecenie to nie stało się w diadzie testem posłuszeństwa. Może wymagać strukturalnej interwencji w zakresie bezpieczeństwa, a zarazem potrzeby, by znaczenie tego działania zostało z nim omówione. BRT wnosi zatem do kliniki coś więcej niż kolejny "pakiet" terapeutyczny.

Uczy podejrzliwości wobec sytuacji, w której procedura technicznie działa, lecz relacyjnie dzieje się coś przeciwnego do zamierzonego. Pacjent może wykonać zadanie, a jednocześnie nauczyć się jeszcze sprawniej podporządkowywać. Może przyjmować interpretacje, wzmacniając pseudoprzymierze. Może dotrwać do trzydziestej sesji i nigdy naprawdę nie przeżyć końca, jeśli obie strony unikają rozmowy o znaczeniu rozstania. Dlatego zakończenie w BRT nie powinno być uroczystym egzaminem dojrzałości. Pacjent nie musi opuścić terapii spokojny, wdzięczny i "pogodzony". Smutek może być oznaką realności więzi, złość protestem przeciwko ograniczeniu, a ulga świadectwem odzyskania autonomii lub długo tłumionej potrzeby wyjścia. Lęk może oznaczać realną niepewność przed funkcjonowaniem bez regularnego wsparcia. Z perspektywy relacyjnej istotne jest, czy uczucia te mogą wejść do wspólnego pola bez konieczności ich poprawiania.

Terapeuta również powinien mieć możliwość przeżycia ambiwalencji, lecz nie kosztem pacjenta. Może odczuwać przywiązanie, stratę i niepewność co do dalszych losów osoby, której towarzyszył. Profesjonalizm nie wymaga emocjonalnej obojętności; wymaga natomiast, aby emocje terapeuty nie stały się ukrytym żądaniem pozostania pacjenta w terapii lub zapewnieniem klinicysty o jego ważności.

Zakończenie jest jednym z momentów, w których asymetria odpowiedzialności okazuje się najbardziej widoczna: obie osoby mogą cierpieć, ale tylko jedna pełni zawodową funkcję ochrony ramy. Można w tym miejscu ponownie odwołać się do pojęcia żałoby. Każde rozstanie wymagające uznania, że ważna relacja zmienia swój status, zawiera element pracy nad utratą. Nie chodzi jednak o utożsamienie zakończenia terapii ze śmiercią, lecz o zdolność psychiki do utrzymania znaczenia

obiektu mimo jego nieobecności. Relacja może przestać być aktualną praktyką cotygodniowych spotkań, a jednak pozostawić po sobie zmodyfikowane sposoby myślenia, regulacji i kontaktu z innymi. Właśnie tutaj Kohutowska metafora internalizacji nabiera największej użyteczności. Pacjent nie musi "nosić terapeuty w głowie" jako idealizowanej postaci; może raczej uwewnętrznić funkcję: zdolność zatrzymania się, tolerowania afektu, badania własnej interpretacji, rozpoznawania wycofania czy przyjmowania krytyki bez natychmiastowego rozpadu. Funkcja, która początkowo była wykonywana pomiędzy dwiema osobami, staje się w pewnym stopniu dostępna wewnątrz jednostki. Jeżeli tak się dzieje, zakończenie przestaje być prostym odebraniem pacjentowi źródła pomocy.

Kres relacji jako lekcja odrębności i etyki

Staje się to testem tego, czy coś z relacji zostało przeniesione do wewnętrznego repertuaru pacjenta. Z tej perspektywy najważniejszym pytaniem końcowej fazy BRT nie jest: „czy pacjent już mnie nie potrzebuje?”, ponieważ dojrzały człowiek nadal potrzebuje innych. Pytanie brzmi raczej: czy może on potrzebować drugiego człowieka, nie czyniąc z jego trwałej obecności warunku własnego istnienia?

Ta sama zasada dotyczy terapeuty. Czy potrafi uznać znaczenie własnej pracy, nie czyniąc z dalszej zależności pacjenta dowodu jej wartości? Czy jest w stanie wypuścić człowieka z terapii z nierozwiązanymi fragmentami, nie interpretując ich jako osobistej porażki? Czy akceptuje fakt, że pacjent może później potrzebować innego terapeuty, innej metody, psychiatry, grupy, leku albo po prostu innego etapu życia? W relacyjnej psychoterapii także terapeuta musi przejść przez własne "optymalne rozczarowanie": nie jest zbawcą, ostatnim obiektem ani finalnym interpretatorem życia pacjenta.

Ograniczenie czasu pełni zatem funkcję antynarcystyczną. Przypomina obu stronom, że terapia jest fragmentem biografii, a nie jej właścicielem. Relacja może być intensywna, nie będąc totalną; terapeuta może być ważny, nie będąc niezastąpionym; pacjent może odczuwać stratę bez konieczności zaprzeczania wartości tego, co utracone. Dojrzała separacja nie dowodzi, że więź przestała istnieć psychicznie, lecz że nie musi być ona podtrzymywana w nieskończoność w tej samej zewnętrznej formie.

Właśnie dlatego krótkoterminowość BRT należy rozumieć nie jako skróconą wersję „pełniejszej” terapii, lecz jako odmienne ukształtowanie pola klinicznego. Limit czasu wprowadza strukturę presji, może intensyfikować dynamikę separacyjną, zwiększać dyrektywność terapeuty, a dla części pacjentów być niekorzystny. Badania nie uprawniają do romantycznego twierdzenia, że

ograniczenie zawsze mobilizuje wzrost. Jego potencjalna wartość polega na czymś skromniejszym i zarazem głębszym: czyni niemożliwym całkowite odsunięcie pytania o kres. W szerszej perspektywie psychoterapia relacyjna dochodzi tutaj do własnej antropologii. Człowiek jest istotą, która potrzebuje innych, lecz żadnego Innego nie może posiadać bez reszty. Jest zdolny do przywiązania, choć każde z nich naraża go na utratę. Potrzebuje uznania, ale prawdziwe uznanie może pochodzić tylko od osoby odrębnej, której nie kontroluje. Terapia nie rozwiązuje tego paradoksu; dobra terapia raczej zwiększa zdolność do życia wewnątrz niego. BRT czyni zatem z kresu relacji moment poznawczy.

W pierwszych sesjach pacjent może pytać niejawnie: „czy mogę ci zaufać?". W fazie środkowej: „czy przeżyjesz moją odrębność, gniew i potrzebę?". W końcowej pojawia się pytanie jeszcze bardziej wymagające: „czy to, co było między nami, może pozostać prawdziwe również wtedy, gdy nie będziesz już co tydzień obok?".

Odpowiedź nie jest interpretacją terapeuty, lecz doświadczeniem całej zakończonej relacji. I właśnie w tym miejscu teoria krótkoterminowości odsłania kolejną trudność psychoterapii relacyjnej. Skoro klinicysta ma być realną osobą, a jego błędy, frustracje i ograniczenia mogą stać się materiałem terapii, trzeba rozstrzygnąć, gdzie kończy się produktywna niedoskonałość, a zaczyna naruszenie profesjonalnej granicy. Nie każdy błąd jest „optymalnym rozczarowaniem". Nie każde cierpienie zadane przez terapeutę może zostać przekształcone w doświadczenie naprawcze. Nie każda wzajemność jest terapeutyczna. Historia psychoterapii zawiera momenty, w których język autentyczności, korektywnego doświadczenia i relacyjnej swobody służył również racjonalizowaniu nadużyć. Dlatego następnym etapem wywodu musi być analiza tego, co materiał określa mianem „skandali" – nie rozumianych sensacyjnie jako historie obyczajowe, lecz jako miejsca, w których psychoterapia relacyjna styka się z własną strefą ryzyka: kontrowersją Ferencziego, sporem o korektywne doświadczenie emocjonalne Franza Alexandra, zaskakującymi rezultatami Vanderbilt II oraz rzeczywistymi naruszeniami granic. Dopiero tam będzie można postawić zasadniczą tezę etyczną całego artykułu: uznanie wzajemnego wpływu pacjenta i terapeuty nigdy nie oznacza symetrii ich odpowiedzialności.

> Czy więź może pozostać prawdziwa i znacząca również wtedy, gdy przestaje istnieć w swojej dotychczasowej formie? To pytanie rzuca wyzwanie naszej potrzebie absolutnej trwałości, sugerując, że dojrzałość nie polega na braku lęku przed stratą, lecz na zdolności do inwestowania w relacje mimo świadomości ich kruchości. Ostatecznie terapia nie usuwa paradoksu ludzkiej egzystencji – uczy nas jedynie, jak żyć z faktem, że potrzebujemy innych, choć żadnego z nich nie możemy posiadać na zawsze.

Inspiracje

[1] 

"Negotiating The Therapeutic Alliance" Jeremy D - Safran

Guilford Press | ISBN: 9781572308695

Jeremy David Safran (1952–2018) był wybitnym amerykańskim psychologiem klinicznym, psychoanalitykiem i badaczem psychoterapii urodzonym w Kanadzie. Był profesorem psychologii i dyrektorem ds. szkoleń klinicznych w New School for Social Research w Nowym Jorku. Safran był również członkiem Programu Podyplomowego Psychoterapii i Psychoanalizy Uniwersytetu Nowojorskiego oraz współzałożycielem Centrum im. Sándora Ferenczi. Uznany na arenie międzynarodowej za pioniera w dziedzinie integracji psychoterapii i psychoanalizy relacyjnej, Safran wniósł fundamentalny wkład w empiryczne badania nad sojuszem terapeutycznym, w szczególności w zakresie identyfikacji i rozwiązywania zerwań w sojuszu. Jego prace łączyły terapię poznawczo-behawioralną, psychoanalizę interpersonalną, teorię emocji i wschodnie tradycje kontemplacyjne, w tym buddyzm. Dzięki szeroko zakrojonym badaniom klinicznym znacząco ukształtował współczesne poglądy na temat współpracy terapeutycznej, naprawy zerwań i mechanizmów zmiany terapeutycznej.

Jeremy David Safran (1952–2018) was a prominent Canadian-born American clinical psychologist, psychoanalyst, and psychotherapy researcher. He served as a Professor of Psychology and Director of Clinical Training at The New School for Social Research in New York City. Safran also held appointments at the New York University Postdoctoral Program in Psychotherapy and Psychoanalysis and co-founded the Sándor Ferenczi Center. Internationally recognized as a pioneering figure in psychotherapy integration and relational psychoanalysis, Safran made seminal contributions to the empirical study of the therapeutic alliance, particularly the identification and resolution of alliance ruptures. His work bridged cognitive-behavioral therapy, interpersonal psychoanalysis, emotion theory, and Eastern contemplative traditions, including Buddhism. Through extensive clinical research, he substantially shaped contemporary views on therapeutic collaboration, rupture repair, and the mechanisms of therapeutic change.

The New School for Social Research

Literatura uzupełniająca

Książki

Książki autora i dzieła przywołane w tekście:



[1] "Enactment in Psychoanalysis: Frenis Zero Press"

Jeremy D. Safran, Lewis Aron, Efrat Ginot

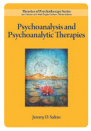
2020 | ISBN: 9788897479192



[2] "Widening the Scope of Cognitive Therapy"

Jeremy D. Safran

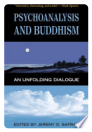
1998



[3] "Psychoanalysis and Psychoanalytic Therapies"

Jeremy D. Safran

2012 | Theories of Psychotherapy | ISBN: 9781433809781



[4] "Psychoanalysis and Buddhism"

Jeremy D. Safran

2012 | Simon and Schuster | ISBN: 9780861717507

[5] "Emotion in Psychotherapy"

Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran

1987 | New York, N.Y. : Guilford Press | ISBN: 9780898620108



[6] "Interpersonal Process in Cognitive Therapy"

Jeremy D. Safran, Zindel V. Segal

1990

Artykuły naukowe

Prace autorów przywoływanych w tekście:

[1] "The same book at the same time at the same price"

David Mann

2005 | International Congress Series | DOI: 10.1016/j.ics.2005.05.198

Źródło

[2] "The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development"

Donald Woods Winnicott

2019

Źródło

[3] "The Clinical Paradigms Of Melanie Klein And Donald Winnicott Comparisons And Dialogues"

M. Klein, D. Winnicott

2022

Źródło

[4] "Introspection, Empathy, and Psychoanalysis An Examination of the Relationship between Mode of Observation and Theory"

Heinz Kohut

1959 | Journal of the American Psychoanalytic Association | DOI: 10.1177/000306515900700304

Źródło

[5] "Awakening the Dreamer: Clinical Journeys"

Jessica Benjamin

2007 | Contemporary Psychoanalysis | DOI: 10.1080/00107530.2007.10745939

Źródło

[6] "A relational psychoanalysis perspective on the necessity of acknowledging failure in order to restore the facilitating and containing features of the intersubjective relationship (the shared third)"

Jessica Benjamin

2009 | The International Journal of Psychoanalysis | DOI: 10.1111/j.1745-8315.2009.00163.x

Źródło

[7] "Can We Recognize Each Other? Response to Donna Orange"

Jessica Benjamin

2010 | International Journal of Psychoanalytic Self Psychology | DOI: 10.1080/15551024.2010.485337

Źródło

[8] "An Other take on the riddle of sex"

Jessica Benjamin

2017 | Beyond Doer and Done To | DOI: 10.4324/9781315437699-5

Źródło

[9] "Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis"

Sándor Ferenczi, John Rickman

2018 | DOI: 10.4324/9780429475245

Źródło

[10] **"The clinical diary of Sandor Ferenczi"**

Sándor Ferenczi, Judith Dupont

1988 | Medical Entomology and Zoology

Źródło

[11] **"Psychoanalytic Therapy; Principles and Application"**

D. R. Miller, Franz Alexander, Thomas M. French

1947 | The American Journal of Psychology | DOI: 10.2307/1416935

Źródło

[12] **"The History of Psychiatry: An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice From Prehistoric Times to the Present"**

Franz Alexander, Sheldon T. Selesnick

1966 | Medical Entomology and Zoology

Źródło

[13] **"THE DYNAMICS OF PSYCHOTHERAPY IN THE LIGHT OF LEARNING THEORY"**

Franz Alexander

1963 | American Journal of Psychiatry | DOI: 10.1176/ajp.120.5.440

Źródło

[14] **"Analysis of the Therapeutic Factors in Psychoanalytic Treatment"**

Franz Alexander

1950 | The Psychoanalytic Quarterly | DOI: 10.1080/21674086.1950.11925819

Źródło

Artykuły naukowe autora:

[15] **"Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide"**

Jeremy D. Safran, John Christopher Muran

2000

Źródło

[16] **"Repairing alliance ruptures."**

Jeremy D. Safran, John Christopher Muran, Catherine F. Eubanks

2011 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/a0022140

Źródło

[17] **"Interpersonal process in cognitive therapy"**
Jeremy D. Safran, Zindel V. Segal
1990 | Medical Entomology and Zoology
Źródło

[18] **"The resolution of ruptures in the therapeutic alliance."**
Jeremy D. Safran, John Christopher Muran
1996 | Journal of Consulting and Clinical Psychology | DOI: 10.1037/0022-006x.64.3.447
Źródło

[19] **"Alliance rupture repair: A meta-analysis."**
Catherine F. Eubanks, John Christopher Muran, Jeremy D. Safran
2018 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/pst0000185
Źródło

[20] **"Emotion in psychotherapy."**
Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran
1989 | PubMed | DOI: 10.1037//0003-066x.44.1.19
Źródło

[21] **"Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation."**
Jeremy D. Safran, Peter Crocker, Shelly McMain, Paul D. Murray
1990 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/0033-3204.27.2.154
Źródło

[22] **"Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change."**
Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran
1987
Źródło

[23] **"Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness?"**
Jeremy D. Safran, John Christopher Muran
2006 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/0033-3204.43.3.286
Źródło

[24] **"Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration"**

Jeremy D. Safran, John Christopher Muran

2000 | Journal of Clinical Psychology | DOI: 10.1002/(sici)1097-4679(200002)56:2<233::aid-jclp9>3.0.co;2-3

Źródło

Treść tworzy Fundacja Dobre Państwo.
Redaguje i publikuje APA ONE, autorski system redakcyjny Fundacji oparty na AI.
APA ONE Publishing System
Fundacja Dobre Państwo © 2026
Article ID: c9ed9a5f-1cca-4bdb-857a-fb86b29e53c5