Etyka i kompetencje w psychoterapii relacyjnej w świetle koncepcji Safrana i Murana

AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł analizuje napięcie między autentycznością a profesjonalizmem w psychoterapii relacyjnej, opierając się na koncepcjach Safrana i Murana. Autorzy podkreślają, że odrzucenie fikcji neutralnego terapeuty nie oznacza zniesienia granic, lecz zwiększa odpowiedzialność klinicysty za wprowadzanie własnej osoby do procesu. Na przykładzie kontrowersyjnych eksperymentów Sándora Ferenciego, w tym wzajemnej analizy (mutual analysis), tekst dowodzi, że wzajemność doświadczeń emocjonalnych nie może oznaczać wzajemności funkcji. Choć terapeuta jest realnym uczestnikiem relacji, struktura odpowiedzialności pozostaje asymetryczna – pacjent nie ma obowiązku regulowania emocji terapeuty. Tekst ostrzega również przed ryzykiem paternalizmu w kontekście korektywnego doświadczenia emocjonalnego, wskazując na konieczność zachowania rygoru etycznego przy jednoczesnym uznaniu ludzkiego wymiaru terapii.

The article analyzes the tension between authenticity and professionalism in relational psychotherapy, based on the concepts of Safran and Muran. The authors emphasize that rejecting the fiction of the neutral therapist does not mean the abolition of boundaries, but rather increases the clinician's responsibility for bringing their own person into the process. Using the example of Sándor Ferenczi's controversial experiments, including mutual analysis (the ana lysis ritual), the text demonstrates that mutuality of emotional experiences cannot mean mutuality of function. Although the therapist is a real participant in the relationship, the structure of responsibility remains asymmetrical—the patient has no obligation to regulate the therapist's emotions. The text also warns against the risk of paternalism in the context of corrective emotional experience, pointing to the need to maintain ethical rigor while acknowledging the human dimension of therapy.

Artykuł stanowi krytyczną analizę przejścia od klasycznego ideału neutralności terapeuty do modelu relacyjnego, w którym klinicysta jest aktywnym, subiektywnym uczestnikiem procesu. Autor stawia tezę, że odrzucenie fikcji „bezosobowego ekranu" nie może prowadzić do rozmycia granic zawodowych, lecz musi skutkować paradoksalnie większym rygorem etycznym i odpowiedzialnością za realny wpływ na pacjenta. Tekst analizuje ryzyka związane z nadmierną wzajemnością – od paternalizmu w „doświadczeniach korygujących", przez pułapki manualizacji, aż po tragiczne w skutkach naruszenia granic seksualnych. Kluczowym wnioskiem jest rozróżnienie między wzajemnością doświadczenia a wzajemnością funkcji: choć emocje w gabinecie są obustronne, odpowiedzialność za ramę i bezpieczeństwo pozostaje asymetryczna. Autor argumentuje, że dojrzała relacyjność wymaga systemowych bezpieczników – superwizji opartej na mikroanalizie i refleksyjności w działaniu oraz ścisłej współpracy z psychiatrią kliniczną, aby uniknąć redukowania biologicznych zaburzeń do metafor interpersonalnych. To zaproszenie do budowy profesjonalizmu, który łączy autentyczność spotkania z bezwzględnym rygorem etycznym.

SŁOWA KLUCZOWE

psychoterapia relacyjna | Safran i Muran | asymetria odpowiedzialności | korektywne doświadczenie emocjonalne | naruszenia granic terapeutycznych | kompetencja relacyjna | adherencja techniczna | enactment | mutual analysis | boundary violation | superwizja relacyjna | diagnostyka różnicowa w terapii | paternalizm relacyjny | metakompetencje kliniczne

Wzajemność doświadczenia nie oznacza wzajemności funkcji

Skandale relacyjności: eksperyment, herezja, błąd i nadużycie. Słowo „skandal" w historii psychoterapii jest kategorią zdradliwą. Może ono oznaczać wydarzenie obyczajowe, naruszenie norm zawodowych, intelektualną herezję wobec dominującej szkoły lub wynik badania, który podważa wygodne przekonania środowiska. Safran i Muran nie konstruują kroniki sensacyjnych afer; interesują ich raczej kontrowersje, w których ujawniają się granice obowiązującej teorii,

nieprzewidziane skutki techniki oraz zagrożenia wynikające z realnego wpływu terapeuty na pacjenta.

Takie rozróżnienie ma zasadnicze znaczenie. Ferenciego nie można umieścić w tej samej kategorii co sprawców seksualnego wyzysku pacjentów tylko dlatego, że oba te zjawiska wiążą się z przekraczaniem klasycznego ideału neutralności. Pierwszy przypadek jest historycznym eksperymentem klinicznym wymagającym krytycznej oceny; drugie to jednoznaczne nadużycie profesjonalnej władzy. Psychoterapia relacyjna mierzy się ze szczególnym problemem właśnie dlatego, że odrzuca fikcję terapeuty jako bezosobowego ekranu. Jeśli klinicysta jest realnym uczestnikiem procesu, jego emocje, błędy, cielesność, atrakcyjność, frustracje, potrzeby i ograniczenia stają się częścią sytuacji. Uznanie tego faktu nie zwiększa jednak swobody terapeuty – powinno raczej zwiększać jego odpowiedzialność.

Klasyczna doktryna neutralności chroniła granice poprzez nakaz minimalizacji osobistego udziału. Model relacyjny nie może oprzeć ochrony na tej samej fikcji, gdyż zakłada, że osobisty udział jest nieuchronny. Musi zatem sformułować bardziej wymagającą zasadę: skoro terapeuta wpływa na proces jako osoba, odpowiada również za to, w jaki sposób tę osobę do procesu wprowadza.

Historia Sándora Ferenciego dobrze obrazuje narodziny tego problemu. Należał on do najbliższego kręgu Freuda, lecz stopniowo odchodził od techniki opartej na abstynencji i interpretacyjnym autorytecie ku rzeczywistemu doświadczeniu pacjenta w kontakcie z analitykiem. Wierzył, że terapeuta nie jest bezosobowym ekranem projekcyjnym, popełnia realne błędy i niekiedy powinien umieć je uznać. Wiąże się to również z ponownym przeżywaniem traumatycznych konfiguracji w aktualnej relacji. Z dzisiejszej perspektywy część tych intuicji brzmi zaskakująco współcześnie: znaczenie przeciwprzeniesienia, nieuchronność uczestnictwa klinicysty, ryzyko retraumatyzacji przez terapeutyczną niewrażliwość oraz etyczna wartość przyznania, że pacjent czasem trafnie doświadcza błędu analityka. Nie należy jednak pisać o Ferenczim jak o niewinnym proroku, którego jedynym problemem było wyprzedzenie epoki. Jego eksperymenty obejmowały rozwiązania, które dzisiejsza psychoterapia relacyjna powinna potraktować jako ostrzeżenie. Szczególnie radykalna była mutual analysis – wzajemna analiza, w której granica między analizowanym a analizującym stawała się częściowo odwracalna.

Późniejsza literatura historyczno-kliniczna opisuje ten eksperyment jako ostatecznie nieudany, choć płodny poznawczo; sam Ferenczi dostrzegał jego ograniczenia. Analizy jego „Dziennika klinicznego" pokazują, że szczerość analityka w kwestii uczuć mogła prowadzić do sytuacji, w której pacjent zostawał obciążony konfliktami psychicznymi terapeuty, zamiast być przez niego leczony. To właśnie ten fragment historii pozwala sformułować zasadę aktualną dla każdego nurtu powołującego się na wzajemność: wzajemność doświadczenia nie oznacza wzajemności funkcji.

Pacjent i terapeuta wpływają na siebie obustronnie, ale nie przyszli do gabinetu w tym samym celu. Pacjent nie jest zatrudniony do regulowania terapeuty; nie ma obowiązku leczyć jego ran, zapewniać go o kompetencjach ani rozwiązywać jego problemów emocjonalnych. Nawet jeśli pacjent posiada większy wgląd w pewien aspekt relacji niż klinicysta, profesjonalna struktura odpowiedzialności pozostaje asymetryczna.

Ryzyko paternalizmu w korektywnym doświadczeniu emocjonalnym

Ferenczi jest istotny nie tyle dlatego, że dowiódł słuszności nieograniczonej wzajemności, co raczej dlatego, że ujawnił dwa problemy jednocześnie. Pierwszy dotyczy niedostateczności mitu neutralności: terapeuta faktycznie uczestniczy w relacji i przez to może zranić. Drugi zaś wskazuje na niebezpieczeństwo odpowiedzi skrajnej – samo uznanie faktu uczestnictwa nie wyjaśnia bowiem, jak robić to odpowiedzialnie. Historię psychoterapii relacyjnej można w tym kontekście czytać jako próbę ocalenia odkrycia Ferencziego przy jednoczesnym odrzuceniu konieczności powtarzania jego najbardziej ryzykownych eksperymentów.

Pokrewny konflikt pojawił się później wokół Franza Alexandra i koncepcji „corrective emotional experience" – korektywnego doświadczenia emocjonalnego. Książka ukazuje tu klasyczną kontrowersję: Alexander przesuwał ciężar z samego poznawczego wglądu ku przeżyciu relacji odmiennej od tej, która ukształtowała patologiczny wzorzec. Krytycy obawiali się jednak, że terapeuta zacznie świadomie „odgrywać" przeciwieństwo toksycznego rodzica, a tym samym manipulować relacją w oparciu o własną teorię potrzeb pacjenta. Źródła historyczne potwierdzają zarówno przełomowe znaczenie koncepcji Alexandra, jak i fakt, że jego modyfikacje techniki uczyniły go postacią głęboko kontrowersyjną w ówczesnej psychoanalizie.

Spór ten nie stracił na aktualności. Pytanie nie brzmi już tylko o to, czy pacjent potrzebuje nowego doświadczenia – niemal każda współczesna szkoła terapeutyczna zakłada, że samo zrozumienie bez przeżycia może być niewystarczające. Problem leży gdzie indziej: czy terapeuta może z góry wiedzieć, jakie doświadczenie powinno zostać dostarczone? Jeśli pacjent miał surowego ojca, czy klinicysta powinien być szczególnie łagodny? Jeśli doświadczał niestabilności, czy ma stać się maksymalnie przewidywalny? A jeśli brakowało mu afirmacji, czy należy dostarczać jej w nadmiarze? Taka intuicja jest kusząca, lecz może prowadzić do relacyjny paternalizm.

Terapeuta zaczyna wówczas projektować „korygujące środowisko" według własnej rekonstrukcji dzieciństwa pacjenta, a sam pacjent zostaje obsadzony w roli odbiorcy zaplanowanego

doświadczenia. Współczesna reinterpretacja korektywnego doświadczenia może uniknąć tej pułapki, jeśli przesunie akcent z dostarczania na wyłanianie się. Późniejsza literatura proponowała właśnie takie przekształcenie koncepcji Alexandra: doświadczenie korygujące nie musi być czymś inscenizowanym; może powstawać wtedy, gdy stary relacyjny wzorzec zostaje uruchomiony, lecz nie kończy się tak jak dawniej. Pacjent krytykuje i nie zostaje porzucony. Wyraża potrzebę i nie zostaje zawstydzony. Stawia granicę i nie traci więzi. Terapeuta popełnia błąd, lecz nie zaprzecza jego istnieniu. Taka korekta jest znacznie mniej teatralna niż „odgrywanie dobrego rodzica", a zarazem bardziej zgodna z logiką Safrana i Murana. Kolejny „skandal" ma już charakter metodologiczny, a nie obyczajowy. Badanie Vanderbilt II jest interesujące właśnie dlatego, że pokazuje, jak łatwo profesjonalna intencja może rozminąć się z interpersonalnym skutkiem.

Rozróżnienie między adherencją techniczną a kompetencją relacyjną

W badaniu z 1993 roku szesnastu terapeutów przeszło roczne, manualizowane szkolenie z zakresu time-limited dynamic psychotherapy. Trening przyniósł zamierzony efekt na poziomie formalnym – interwencje klinicystów zmieniły się zgodnie z wytycznymi podręcznika. Jednocześnie pomiary procesu ujawniły nieoczekiwane zjawiska sprzeczne z intencją szkolenia, w tym wzrost liczby negatywnych transakcji interpersonalnych.

Wynik ten jest znacznie ciekawszy niż proste stwierdzenie, że "manuale nie działają". Vanderbilt II nie dowodzi, iż manualizacja jako taka szkodzi, ani że przestrzeganie protokołu nie wpływa na wynik terapii. Bywa, że tę konkluzję formułuje się zbyt szeroko, twierdząc, że adherencja do manuali "nie koreluje z wynikiem leczenia". Oryginalne badanie wspiera jednak ostrożniejszy wniosek: można nauczyć terapeutę zachowań zgodnych z podręcznikiem, nie uzyskując przy tym interpersonalnego efektu, który ten podręcznik miał wywołać. Hans Strupp już wcześniej zauważał, że postawy terapeutów wobec pacjentów splatają się z ich ocenami klinicznymi i komunikatami, a negatywna komplementarność może rzutować na postęp i wynik terapii. Vanderbilt II zostało zaprojektowane właśnie po to, by zbadać wpływ treningu na proces i rezultat.

Problem nie polega zatem na konflikcie między "techniką" a "relacją", jak gdyby należało wybrać jedną z nich. Istotą jest fakt, że technika zawsze posiada wymiar relacyjny, nawet jeśli terapeuta go nie zauważa. Interpretacja zapisana w manualu może formalnie wyglądać identycznie u dwóch klinicystów, lecz interpersonalnie stanowić dwa zupełnie inne wydarzenia. Jeden wypowie ją z ciekawością, drugi z napięciem wynikającym z potrzeby poprawnego wykonania procedury. Pierwszy pozostawi przestrzeń na niezgodę, drugi będzie nieświadomie oczekiwał przyjęcia

interpretacji. Pacjent nie odbiera wyłącznie semantycznej treści wypowiedzi; rejestruje także ton, tempo, timing, mikroekspresję, presję oraz implicitny komunikat dotyczący tego, co wolno zrobić z sugestią terapeuty. To właśnie dlatego wynik Vanderbilt II jest tak istotny dla szkolenia psychoterapeutów – pokazuje, że techniczna adherencja i kompetencja relacyjna nie są tym samym konstruktem.

Można zwiększyć pierwszą, nie rozwijając drugiej. Można nauczyć poprawnej sekwencji interwencji, a jednocześnie wzmocnić u początkującego lub nadmiernie samokontrolującego się klinicysty poczucie przymusu właściwego wykonania techniki. Wówczas to model zaczyna organizować uwagę terapeuty bardziej niż pacjent; narzędzie, które miało chronić przed błędem, samo staje się źródłem sztywności. Relacyjna odpowiedź na Vanderbilt II nie powinna jednak polegać na odrzuceniu manuali, co byłoby wnioskiem antynaukowym. Manualizacja pozwala definiować interwencje, uczyć ich, badać wierność metodzie i porównywać efekty leczenia. Bez pewnego stopnia standaryzacji psychoterapia łatwo wymyka się empirycznej kontroli. Rozwiązaniem jest rozróżnienie adherence od responsiveness. Terapeuta musi wiedzieć, co robi zgodnie z modelem, ale jednocześnie rozpoznawać, jak jego działanie oddziałuje na konkretnego pacjenta. Procedura bez responsywności jest ślepa; responsywność bez konceptualnej dyscypliny może stać się arbitralnością. W tym miejscu kontrowersje metodologiczne przechodzą w strefę prawdziwego "skandalu": problem granic.

Asymetria władzy jako fundament zakazu seksualnych naruszeń granic

Książka wskazuje na erotyczne i voyeurystyczne uwikłania, w których terapeuta może wykorzystywać uprzywilejowany dostęp do intymnego życia pacjenta dla własnej gratyfikacji. Istnieje tu również ryzyko retraumatyzacji osób, których historia obejmowała uwiedzenie lub molestowanie. Jest to obszar szczególnie problematyczny dla nurtów traktujących przeciwprzeniesienie, erotyczne znaczenia i realne uczestnictwo terapeuty jako materiał kliniczny. Pierwszą konieczną granicą pojęciową jest odróżnienie erotycznego doświadczenia od seksualnego działania. Pojawienie się fantazji, atrakcji, zazdrości czy idealizacji nie stanowi jeszcze naruszenia etycznego. Psychoterapia dotyczy całego ludzkiego doświadczenia, a erotyczność nie znika po przekroczeniu progu gabinetu. Problem zaczyna się w momencie, gdy terapeuta wykorzystuje asymetrię relacji zawodowej do własnej gratyfikacji, uprzedmiotawia pacjenta lub pozwala, by jego własne potrzeby organizowały ramę leczenia. Standardy APA są w tym punkcie jednoznaczne:

relacje seksualne z aktualnym pacjentem są zakazane, podobnie jak eksploatowanie osób pozostających w profesjonalnej zależności.

Ta kategoryczność nie wynika z pruderii, lecz z konstrukcji władzy terapeutycznej. Pacjent ujawnia informacje, których zwykle nie powierza nikomu innemu; terapeuta zyskuje wiedzę o jego traumach, podatności i sposobach tworzenia więzi. W procesie tym pacjent może przeżywać regresję, idealizację lub głęboką zależność. Klinicysta natomiast dysponuje mandatem instytucjonalnym, wiedzą specjalistyczną oraz władzą definiowania tego, co jest "procesem terapeutycznym". W takich warunkach formalna zgoda nie znosi nierówności.

Z tego powodu etyka psychoterapii nie może traktować relacji seksualnej pacjent-terapeuta analogicznie do spotkania dwojga przypadkowych dorosłych. Współczesna literatura poświęcona naruszeniom granic przestrzega przed złudzeniem, że problem dotyczy wyłącznie "złych terapeutów". APA w monografii z 2021 roku podkreśla, że specjaliści różnych orientacji mogą być podatni na stopniowe przekraczanie granic, a instytucje i współpracownicy często racjonalizują lub wypierają takie procesy. Klasyczna literatura kliniczno-etyczna wskazuje również na czynniki ryzyka po stronie terapeuty: kryzysy życiowe, idealizowanie "wyjątkowego" pacjenta, trudności w stawianiu granic czy przekonanie o własnej odporności na takie błędy. To właśnie dlatego relacyjny terapeuta musi zachować sceptycyzm wobec mitu własnej wyjątkowości. Narracja mówiąca, że "ta relacja jest inna", bywa bowiem dokładnie tym mechanizmem, który pozwala stopniowo zawieszać normy.

Wiadomość wysłana po godzinach wydaje się niegroźna; później kontakt staje się coraz bardziej prywatny, terapeuta ujawnia własne problemy, a pacjent zaczyna pełnić funkcję emocjonalnego powiernika. Każde z tych przesunięć można wyjaśnić "unikalnymi potrzebami przypadku". Granica rzadko zostaje przekroczona jednym gwałtownym skokiem. Częściej eroduje poprzez sekwencję drobnych wyjątków, z których każdy z osobna posiada wiarygodne uzasadnienie. Stąd zasadność rozróżnienia pomiędzy boundary crossing a boundary violation – nie każde odstępstwo od rutyny jest bowiem szkodliwe.

Rozróżnienie między błędem naprawialnym a nadużyciem

Przyjęcie drobnego prezentu w określonym kontekście kulturowym, przypadkowe spotkanie poza gabinetem czy pewien zakres self-disclosure mogą być neutralne lub terapeutycznie użyteczne. Boundary violation dotyczy natomiast sytuacji, w której przekroczenie granic służy potrzebom

terapeuty, wykorzystuje zależność pacjenta, degraduje funkcję ramy profesjonalnej lub zwiększa ryzyko szkody. Literatura etyczna podkreśla funkcję granic jako ochrony integralności relacji terapeutycznej oraz odpowiedzialność klinicysty za ich utrzymanie. Psychoterapia relacyjna nie może zatem przyjąć uproszczonego równania: więcej spontaniczności to więcej autentyczności, a tym samym lepsza terapia. Czasami techniczna powściągliwość jest najbardziej autentyczną formą troski.

Terapeuta może odczuwać silne emocje i zdecydować, że nie powinien ich ujawniać pacjentowi. Może doświadczać atrakcyjności seksualnej i właśnie dlatego potrzebować superwizji, konsultacji lub własnej terapii, a nie „szczerego dialogu" z pacjentem. Może odczuwać niezwykłą bliskość i równocześnie rygorystycznie przestrzegać godziny zakończenia sesji. Dojrzała relacyjność wymaga więc nie tylko kontaktu z własną subiektywnością, ale również zdolności niedziałania pod jej dyktando. Pojęcie enactmentu jest w tym ujęciu etycznie obosieczne.

Z jednej strony pozwala dostrzec, że terapeuta może zostać wciągnięty w powtarzalną konfigurację i dopiero z czasem zorientować się, co się wydarzyło. Z drugiej – nie może stać się językiem usprawiedliwienia. Stwierdzenie „zostałem wciągnięty w enactment" nie znosi profesjonalnej odpowiedzialności za podjęte działanie. Pacjent może wywierać presję interpersonalną, prowokować określone uczucia, idealizować czy uwodzić, lecz odpowiedzialność za granice nie przechodzi z tego powodu na pacjenta. Szczególnie niebezpieczne jest mówienie o „uwodzicielskim pacjencie" w sposób sugerujący współodpowiedzialność za seksualne naruszenie granic przez klinicystę. Teoria relacyjna powinna działać odwrotnie: im lepiej rozumiemy siłę enactmentu, tym bardziej potrzebujemy superwizji i struktur chroniących osobę pozostającą w słabszej pozycji.

Tu ujawnia się zasadnicza różnica pomiędzy błędem naprawialnym a wyzyskiem. Terapeuta może mówić zbyt kategorycznie, nie zauważyć wycofania, stać się defensywny lub źle zinterpretować pacjenta, by następnie uznać swój udział i podjąć próbę naprawy relacji. Tego rodzaju omylność jest nieunikniona. Może ona nawet stać się źródłem ważnego doświadczenia: autorytet przyznaje się do błędu, nie rozpada się i nie mści za krytykę.

Inaczej wygląda sytuacja, gdy terapeuta systematycznie wykorzystuje pacjenta do własnej regulacji, gratyfikacji seksualnej, finansowej lub narcystycznej. Wówczas język „zerwania i naprawy" może sam stać się narzędziem przemocy, jeśli służy przekonaniu poszkodowanej osoby, że powinna wspólnie ze sprawcą przepracować skutki jego postępowania. Nie każdy błąd jest więc darem terapeutycznym. Błąd staje się materiałem leczenia dopiero wtedy, gdy klinicysta potrafi ograniczyć szkodę, przyjąć pełną odpowiedzialność i nie wymaga od pacjenta uznania tego zdarzenia za coś, co było mu potrzebne. To rozróżnienie jest kluczowe. Pacjent może później odnaleźć znaczenie nawet w bolesnym wydarzeniu, ale terapeuta nie ma moralnego prawa zadawać bólu, a następnie ex post

nazywać go „korektywnym doświadczeniem”. Pod tym względem historia Alexandra ponownie staje się pouczająca.

Dojrzała relacyjność jako równowaga bliskości i rygoru

Jeśli terapeuta aktywnie planuje być "innym rodzicem", ryzykuje, że zacznie manipulować relacją w imię dobra pacjenta. Jeśli natomiast przyjmuje, że korektywne doświadczenie może wyłonić się z uczciwego, ograniczonego i naprawialnego spotkania dwóch osób, zachowuje przestrzeń dla nieprzewidywalności. Relacyjność jest zatem najbezpieczniejsza tam, gdzie nie próbuje produkować określonego efektu, lecz tworzy warunki, w których nowe doświadczenie może się pojawić.

Vanderbilt II dodaje do tego przestrogę epistemologiczną: dobra teoria nie chroni automatycznie przed złym sposobem jej użycia. Ferenczi wnosi przestrogę historyczną: odrzucenie sztywnej neutralności otwiera cenne obszary kliniczne, ale eksperymentowanie bez dostatecznej refleksji nad granicą bywa ryzykowne. Alexander przypomina, że intencja dostarczenia pacjentowi czegoś dobrego może przekształcić się w paternalistyczne inscenizowanie relacji. Z kolei problem naruszeń seksualnych pokazuje najostrzej, że pojęcia takie jak "wzajemność", "autentyczność", "spontaniczność" czy "intersubiektywność" nigdy nie mogą służyć do zatarcia profesjonalnej asymetrii.

Z tych czterech perspektyw wyłania się dojrzała definicja terapeuty relacyjnego. Nie jest to klinicysta, który ujawnia więcej, pozwala sobie na więcej i mniej wierzy w granice. Jest nim raczej profesjonalista, który posiada głębszą wiedzę o własnym wpływie, a przez to dokładniej monitoruje konsekwencje swoich działań. Nie uznaje neutralności za możliwą, lecz dąży do bezstronności poznawczej. Nie wierzy w nieomylność, ale nie romantyzuje błędu. Uznaje wzajemność psychologiczną, zachowując asymetrię odpowiedzialności. Pozwala relacji być żywą, ale nie czyni z tej żywości usprawiedliwienia dla braku ramy. Można tę zasadę ująć jeszcze mocniej: intersubiektywność nie znosi etyki; czyni ją bardziej wymagającą. W modelu bezosobowym wystarczało nie przekraczać zewnętrznych granic.

W modelu relacyjnym trzeba dodatkowo rozumieć subtelniejsze formy wykorzystania: potrzebę bycia podziwianym przez pacjenta, emocjonalne uzależnianie go od terapii, karanie chłodem za krytykę, wykorzystywanie self-disclosure do uzyskania opieki, voyeurystyczną ciekawość ukrytą pod eksploracją kliniczną czy przedłużanie leczenia z powodu niezdolności terapeuty do zniesienia separacji. Perspektywa ta prowadzi również do psychiatrii instytucjonalnej. Ochrona pacjenta nie może opierać się wyłącznie na charakterze pojedynczego klinicysty. Niezbędne są kodeksy etyczne, standardy zawodowe, dokumentacja, konsultacje, superwizja, procedury zgłaszania naruszeń oraz

kultura organizacyjna, w której podważenie zachowania terapeuty nie jest traktowane jako zdrada grupowa. Literatura APA dotycząca naruszeń seksualnych wskazuje, że problem ten bywa wzmacniany właśnie przez instytucjonalne racjonalizowanie i zaprzeczanie.

Profesjonalizm jest zatem cechą systemu w takim samym stopniu jak cechą jednostki. Psychoterapia relacyjna potrzebuje paradoksalnie silnych instytucji właśnie dlatego, że tak mocno ufa żywej relacji. Im większe znaczenie przyznaje subiektywności terapeuty, tym większą wagę powinny mieć struktury umożliwiające jej korektę. Superwizor, zespół kliniczny, kodeks, konsultant i procedura skargowa stanowią rodzaj zewnętrznej "trzeciej pozycji", gdy sama diada przestaje być zdolna do wystarczającej autorefleksji. Dopiero w tej perspektywie można właściwie rozumieć relacyjne hasło odwagi terapeuty. Odwagą nie jest łamanie konwencji. Czasem odwagą jest przyznanie pacjentowi racji. Czasem skierowanie silnego przeciwprzeniesienia do superwizji zamiast na sesję. Czasem zakończenie terapii, której klinicysta nie jest już w stanie prowadzić kompetentnie. Czasem konsultacja psychiatryczna podważająca własną psychodynamiczną konceptualizację.

Czasem zgłoszenie naruszenia popełnionego przez cenionego kolegę. A czasem wypowiedzenie prostego zdania: "to, co zrobiłem, nie było właściwe". W tym miejscu "skandale" przestają być anegdotami na marginesie historii psychoterapii i stają się testami jej epistemologii. Pokazują, że największym zagrożeniem nie zawsze jest brak wiedzy, lecz system wiedzy pozbawiony skutecznego mechanizmu korekty własnych błędów.

Ortodoksja może nazwać innowację herezją; innowator może nazwać przekroczenie eksperymentem; manual może zamienić responsywność w mechaniczną procedurę; terapeuta może nazwać własną gratyfikację "autentycznym spotkaniem". Każda szkoła potrzebuje więc instytucjonalnych i relacyjnych bezpieczników, które pozwolą odróżnić twórcze przekroczenie teorii od przekroczenia człowieka. Relacyjna dojrzałość zaczyna się w miejscu mniej efektownym niż rewolucja przeciw neutralności. Jej prawdziwym miernikiem jest zdolność utrzymania jednocześnie bliskości i granicy, spontaniczności i refleksji, omylności i odpowiedzialności, uczestnictwa i profesjonalnej asymetrii. Bez pierwszego bieguna terapia staje się zimną procedurą. Bez drugiego może stać się niebezpiecznym eksperymentem. To rozróżnienie otwiera następny problem całego wywodu.

Relacyjna kompetencja jako zdolność do refleksyjności w działaniu

Skoro odpowiedzialny terapeuta relacyjny musi jednocześnie obserwować pacjenta, siebie, relację, ramę etyczną oraz kliniczną rzeczywistość zaburzenia psychicznego, jego przygotowanie nie może ograniczać się do opanowania zestawu technik. Potrzebna jest inna teoria kompetencji. Należy nauczyć go rozpoznawania własnej obronności, tolerowania niewiedzy i korzystania z przeciwprzeniesienia bez podporządkowywania mu pacjenta. Musi on potrafić pracować z zapisem sesji i przyjmować krytykę superwizora, nie przekształcając superwizji w kolejną scenę posłuszeństwa albo buntu. Stąd naturalnie wynika relacyjna wizja szkolenia i superwizji.

Jeśli samego przymierza nie da się sprowadzić do procedury, nie można nauczyć jego negocjowania za pomocą wykładów o prawidłowych zachowaniach. Terapeuta w procesie szkoleniowym musi doświadczać tego samego rodzaju pracy, jakiej później oczekuje od pacjenta: zauważania zerwań, tolerowania zawstydzenia, przyznawania się do niewiedzy oraz odzyskiwania refleksyjności po błędzie. Powinien uczyć się, że podważenie jego interpretacji nie oznacza utraty zawodowej wartości. To właśnie tutaj pojawia się dylemat "Teach or Treat", proces równoległy i mikroanaliza nagrań, a także zasadnicze pytanie o to, czy można wykształcić relacyjną kompetencję bez przekształcenia superwizanta w pacjenta własnego superwizora.

Psychoterapia relacyjna zakłada, że terapeuta nie jest neutralnym wykonawcą procedur, lecz uczestnikiem procesu, który musi stale rozpoznawać swój wpływ na przymierze. W tym ujęciu tradycyjny model kształcenia, oparty głównie na przekazywaniu wiedzy teoretycznej, okazuje się niewystarczający. Nie wystarczy bowiem znać definicji zerwania, etapów jego naprawy czy repertuaru interwencji metakomunikacyjnych. Klinicysta może doskonale rozumieć teorię enactmentu, a jednocześnie nie zauważać własnego enactmentu; potrafić wyjaśnić różnicę między zerwaniem wycofaniowym a konfrontacyjnym, lecz w kontakcie z krytycznym pacjentem automatycznie przechodzić do obrony; znać wartość uważności i zarazem pod wpływem lęku usztywniać się wokół technicznego przepisu. Relacyjne szkolenie dotyczy zatem nie tylko wiedzy, lecz tego, co potrafi zrobić z własnym umysłem, ciałem i emocjami w momentach, gdy ta wiedza zostaje zakłócona przez żywą relację. Wizja ta opiera się na koncepcji reflection-in-action Donalda Schöna.

Safran i Muran przeciwstawiają doświadczonego klinicystę nowicjuszowi wykonującemu reguły w sposób "cookbook". Ekspert nie rezygnuje z teorii, lecz zachowuje zdolność do konstruowania i korygowania roboczego rozumienia konkretnego przypadku w czasie rzeczywistym. Towarzyszy temu „inner work” – wewnętrzna praca nad zdolnością tolerowania intensywnych, nieprzyjemnych

i często kompromitujących uczuć powstających w relacji z pacjentem. Samo konceptualne zrozumienie pozostaje niewystarczające, jeśli terapeuta nie potrafi zachować refleksyjności pod wpływem własnej frustracji, lęku czy bezradności. Schönowska refleksja-w-działaniu jest tu zatem czymś więcej niż tylko elegancką metaforą.

Profesjonalizm relacyjny jako zdolność do refleksyjnego działania

Wyróżnia on dwa typy profesjonalizmu. Pierwszy to profesjonalizm aplikacyjny: specjalista dysponuje teorią, rozpoznaje kategorię przypadku i stosuje odpowiednią procedurę. Model ten sprawdza się najlepiej tam, gdzie problemy są względnie dobrze zdefiniowane, a relacja między działaniem a wynikiem pozostaje przewidywalna. Drugi typ staje się natomiast konieczny w sytuacjach nieokreślonych, wieloznacznych i interaktywnych – w takich, w których samo działanie profesjonalisty zmienia układ, który próbuje on rozpoznać.

Psychoterapia jest właśnie takim środowiskiem. Interpretacja nie tylko opisuje pacjenta, ale zmienia jego stosunek do terapeuty. Pytanie diagnostyczne nie służy wyłącznie zbieraniu informacji – może wzbudzić wstyd. Milczenie terapeuty nie jest brakiem bodźca; ono samo zostaje zinterpretowane. Profesjonalista nie może zatem zachowywać się jak obserwator prowadzący eksperyment na nieruchomym przedmiocie. W takim świecie kompetencja definiowana jest jako zdolność do utrzymywania pętli: działanie - obserwacja skutku - refleksja - rewizja hipotezy - kolejne działanie. Trening relacyjny powinien uczyć właśnie tej pętli. Jego przedmiotem nie jest zatem wyłącznie „poprawna interwencja", lecz moment, w którym terapeuta rozpoznaje, że interwencja przyniosła nieprzewidziany skutek, oraz sposób, w jaki na ten fakt odpowiada. Klinicysta, który wypowiedział niezręczne zdanie, a następnie potrafił zauważyć wycofanie pacjenta, zbadać je i uznać własny udział, może w sensie relacyjnym wykazywać większą kompetencję niż ktoś, kto formułuje wypowiedzi podręcznikowo poprawne, lecz nie dostrzega ich interpersonalnych konsekwencji.

Właśnie dlatego safranowska superwizja staje się laboratorium drugiego rzędu. Pierwszym laboratorium jest relacja pacjent-terapeuta. Drugim – relacja terapeuta-superwizor, w której klinicysta próbuje zrozumieć własne uczestnictwo w pierwszym układzie. Nie otrzymuje on jedynie zewnętrznej instrukcji od eksperta obserwującego przypadek z bezpiecznego dystansu. Sposób opowiadania o pacjencie, afekt podczas prezentacji, pomijane szczegóły, idealizowanie lub dewaluowanie klienta, potrzeba uzyskania aprobaty superwizora czy reakcje na krytykę mogą same w sobie stać się informacją o problemie klinicznym. Otwiera to jednak niebezpieczne pole: skoro

superwizant ma badać własne emocje i obrony, superwizja może łatwo zacząć przypominać psychoterapię.

Książka wyraźnie stawia w tym miejscu dylemat "Teach or Treat". Szkolenie wymaga odsłaniania słabości terapeuty, podczas gdy superwizor pełni równocześnie funkcję wspierającą i oceniającą. Dlatego niezbędne są jasne granice bezpieczeństwa, respektowanie prywatności superwizanta oraz odróżnienie tego, co służy rozumieniu pracy z pacjentem, od tego, co należy do sfery osobistej terapii. Rozróżnienie to można sformułować precyzyjnie: psychoterapia pyta przede wszystkim o to, co dzieje się z człowiekiem; superwizja zaś – co z tego, co dzieje się z człowiekiem będącym terapeutą, jest istotne dla jego pracy z pacjentem.

Granica nie przebiega więc między emocjami a ich brakiem. Superwizja relacyjna musi pytać o emocje, jednak nie powinna wykorzystywać każdej reakcji terapeuty jako wejścia do całej jego biografii psychicznej. Jeśli superwizant odczuwa wobec pacjenta silną złość, właściwym tematem superwizji jest między innymi moment jej pojawienia się, zachowanie pacjenta, poprzedzająca interwencja, tendencje terapeuty do działania oraz sposób, w jaki afekt wpłynął na przymierze. Można również zapytać, czy podobna reakcja pojawia się w innych przypadkach. Dopiero gdy analiza wymaga pogłębionej pracy nad osobistą historią terapeuty, może pojawić się uzasadnione zalecenie własnej psychoterapii.

Ryzyko pseudoprzymierza superwizyjnego i rola obiektywizacji materiału

Superwizor nie powinien automatycznie przejmować funkcji wspierającej, szczególnie gdy jednocześnie ocenia kompetencje zawodowe superwizanta. Problem ten jest głębszy, niż sugeruje techniczna formuła „dualnej roli”. Superwizant ma bowiem racjonalny interes w kontrolowaniu tego, co ujawnia osobie dysponującej władzą oceny. Im bardziej system szkoleniowy wymaga "radykalnej szczerości", tym większe staje się ryzyko paradoksalnego powstania "pseudoprzymierza superwizyjnego". Kandydat uczy się wówczas wypowiadać to, co w kulturze danej szkoły brzmi jak właściwy rodzaj podatności na zranienie: „zauważyłem swoją kontrprzeniesieniową obronność”, „czuję lęk przed bliskością pacjenta” czy „wszedłem w enactment”. Język refleksyjności może zostać opanowany równie mechanicznie, co język manuala.

Powstaje tu interesująca analogia do pacjenta wycofaniowego. Tak jak pacjent chroni więź z terapeutą poprzez podporządkowanie, tak superwizant może chronić swoją pozycję w szkoleniu za pomocą konformizmu. Przytakuje interpretacjom i deklaruje odpowiedni poziom samokrytycyzmu,

nie ujawniając rzeczywistej niezgody, gdyż ma świadomość instytucjonalnej władzy drugiej strony. Superwizja pozornie przebiega znakomicie: kandydat wydaje się refleksyjny, otwarty i „pracujący nad sobą". W wymiarze relacyjnym może jednak odtwarzać dokładnie ten rodzaj pseudoprzymierza, który szkolenie miało nauczyć go rozpoznawać.

Z tego powodu przymierze superwizyjne nie może być utożsamiane z przyjazną atmosferą. Model Bordina — obejmujący zadania, cele i więź — znajduje zastosowanie również w superwizji, podkreślając kluczowe znaczenie jasnej ramy. Superwizant musi rozumieć, czego się od niego oczekuje, według jakich kryteriów jest oceniany, co pozostaje poufne, kiedy superwizor ma obowiązek interweniować ze względu na bezpieczeństwo pacjenta oraz gdzie przebiega granica między rozwojem doświadczeniowym a psychoterapią osobistą. Bez takiej jawności odwoływanie się do „bezpiecznej relacji" jest niepełne, ponieważ psychologiczne bezpieczeństwo nie może być budowane na ukryciu realnej władzy. Relacyjna teoria wprowadza do superwizji ten sam paradoks, który znany jest z terapii: wzajemność nie oznacza symetrii. Superwizor również posiada emocje, może się mylić i uczestniczy w procesie.

Nie oznacza to jednak, że jego pozycja jest identyczna z pozycją osoby szkolonej. Dysponuje on większym autorytetem, formalną władzą oceny, a niekiedy wpływem na certyfikację, zatrudnienie czy dopuszczenie do praktyki. Dlatego jego "obowiązek epistemicznej pokory" musi być proporcjonalny do instytucjonalnej siły, którą dysponuje.

Jedną z najbardziej charakterystycznych technik tej szkoły jest mikroanaliza nagrań audio i wideo. Służy ona wykrywaniu subtelnych reakcji przeciwprzeniesieniowych, obserwacji odczuć cielesnych, identyfikowaniu momentów zerwania oraz wskazywaniu miejsc, w których metakomunikacja byłaby użyteczna. Model szkoleniowy obejmuje zatem jawne ustanawianie fokusu doświadczeniowego, trening uważności, eksplorację udziału terapeuty, badanie kontekstu superwizji, analizę nagrań oraz zorientowane na świadomość odgrywanie ról. Znaczenie nagrania wykracza daleko poza kontrolę poprawności technicznej.

Pamięć kliniczna jest bowiem rekonstrukcją. Po sesji terapeuta zapamiętuje przede wszystkim to, co pasuje do jego aktualnego rozumienia; może pominąć kolejność mikrozdarzeń, własny ton, długość pauzy, moment odwrócenia wzroku czy fakt, że pacjent zaczął się wycofywać dokładnie po konkretnym pytaniu. Nagranie tworzy trzeci punkt odniesienia pomiędzy relacją terapeuty z pacjentem a opowieścią terapeuty o tej relacji.

Obiektywizacja procesu terapeutycznego w superwizji relacyjnej

Kamera pełni tutaj niemal epistemologiczną funkcję. Nie ukazuje ona obiektywnej „prawdy o sesji", gdyż sam zapis jest jedynie wycinkiem z określonej perspektywy, pozbawionym dostępu do subiektywnych przeżyć uczestników. Pokazuje jednak to, czego narracja pamięciowa nie może już dowolnie rekonstruować. Superwizant może być przekonany, że wypowiedział interpretację łagodnie, podczas gdy nagranie ujawnia napięty ton. Może pamiętać, że pacjent stał się wrogi „znikąd", podczas gdy kilka sekund wcześniej sam klinicysta przerwał mu i narzucił własną interpretację. Z drugiej strony może niesłusznie obwiniać siebie, a zapis pokaże, że jego reakcja była znacznie bardziej wyważona, niż wynikało z retrospektywnego wstydu. Nagranie może więc pełnić funkcję antidotum zarówno na samozadowolenie, jak i na samopotępienie.

Jest to istotne, ponieważ książka wiąże naukę techniki z tendencją części terapeutów do nadmiernej samokontroli i autokrytycyzmu. Terapeuta, który po każdym błędzie wpada w globalne "jestem beznadziejny", nie jest bardziej refleksyjny od kogoś, kto zaprzecza wszystkim pomyłkom. W obu przypadkach konkret znika: pierwszy broni się poprzez dewaluację siebie, drugi poprzez idealizację.

Superwizja relacyjna powinna natomiast sprowadzać analizę do mikroprocesu: co dokładnie powiedziałeś, co odpowiedział pacjent, co poczułeś, co zrobiłeś następnie i jakie inne możliwości były dostępne? Taki model – jako interdyscyplinarne rozszerzenie koncepcji z książki – współbrzmi z teorią deliberate practice (celowej praktyki), rozwijaną w badaniach nad ekspertyzą. Kluczowe dla nabywania złożonych kompetencji nie jest samo powtarzanie całego zadania, lecz identyfikowanie wąskich obszarów trudności, otrzymywanie informacji zwrotnej i ponowne ćwiczenie zachowania w warunkach umożliwiających korektę. W psychoterapii oznaczałoby to odejście od ogólnych zaleceń typu „pracuj nad metakomunikacją" na rzecz analizy konkretnej sekwencji: terapeuta słyszy krytykę, odczuwa napięcie, zaczyna wyjaśniać swoją intencję – i właśnie tę piętnastosekundową scenę można zatrzymać, odegrać ponownie i poszukać alternatywnej odpowiedzi. Jest to zbieżne z naciskiem na role-play, mikroanalizę i trening doświadczeniowy, choć należy zaznaczyć, że teoria deliberate practice nie jest częścią modelu Safrana i Murana.

Warto przy tym pamiętać, że nagranie nie jest narzędziem etycznie neutralnym. Utrwala bardzo intymne dane pacjenta i może potęgować jego poczucie bycia obserwowanym. Relacyjna teoria szkolenia, aby pozostać zgodną z własną etyką, wymaga rzeczywistej zgody, odpowiedniej ochrony materiału, ograniczenia dostępu i jasnego wyjaśnienia celu nagrywania. Fakt, że zapisy są niezwykle wartościowe edukacyjnie, nie znosi prawa pacjenta do granic. To kolejny przykład

zasady, według której korzyść szkoleniowa instytucji nie może automatycznie zyskać pierwszeństwa nad podmiotowością osoby leczonej.

Najbardziej fascynującym elementem relacyjnej superwizji pozostaje jednak proces równoległy. W klasycznym ujęciu zakłada się, że terapeuta może nieświadomie odtworzyć w relacji z superwizorem konfigurację istniejącą między nim a pacjentem. Jeśli pacjent czuje się kontrolowany przez terapeutę, ten ostatni na superwizji zaczyna doświadczać superwizora jako kontrolującego. Gdy pacjent jest wobec terapeuty bezradny, terapeuta staje się niezwykle bezradny wobec superwizora. Kiedy pacjent domaga się gotowych rozwiązań, terapeuta zaczyna żądać od superwizora instrukcji. Takie podobieństwa dostarczają cennych danych, choć Safran i Muran ostrzegają przed reifikacją tego pojęcia.

Proces równoległy jako narzędzie refleksyjności i pułapka systemowa

Książka ukazuje proces równoległy jako mechanizm dwukierunkowy. Wpływ może przebiegać w pionie bottom-up – od relacji pacjent-terapeuta ku superwizji – ale również top-down, gdy dynamika superwizji rzutuje na sposób pracy terapeuty z pacjentem. Proces równoległy powinien zatem stać się przestrzenią wspólnego wywikływania się z nieświadomej konfiguracji, a nie gotowym wyjaśnieniem, którym posługuje się superwizor.

Wyobraźmy sobie sytuację, w której superwizant zaczyna czuć się krytykowany i podporządkowany. Superwizor może wówczas stwierdzić: „to proces równoległy – zapewne właśnie tak pacjent czuje się przy tobie”. Taka interpretacja może być trafna, ale może też służyć obronie superwizora przed uznaniem faktu, że rzeczywiście zachowuje się krytycznie i dominująco. Wówczas pojęcie stworzone dla zwiększenia refleksyjności zostaje użyte do jej zamknięcia. Relacyjna korekta brzmiałaby inaczej: „możliwe, że to, co pojawia się między nami, ma związek z twoją relacją z pacjentem; musimy jednak sprawdzić także, co ja robię, że zaczynasz czuć się w ten sposób”. W tym jednym zdaniu zachowana zostaje zarówno możliwość procesu równoległego, jak i odpowiedzialność superwizora za aktualny układ. Jest to przejaw tego samego fallibilizmu, którego terapeuta ma później używać w kontakcie z pacjentem. Z perspektywy teorii systemów proces równoległy można rozumieć nie jako tajemniczą transmisję materiału psychicznego, lecz jako propagację wzorca regulacyjnego przez kolejne poziomy systemu.

Pacjent i terapeuta tworzą określoną pętlę. Terapeuta wchodzi następnie w drugą relację, nadal pozostając pod wpływem pierwszej, co może prowadzić do nieświadomego organizowania

interakcji w podobny sposób. Superwizor reaguje własnymi dyspozycjami, a wynik tej wymiany wraca później do terapii. Nie oznacza to identyczności układów, lecz możliwość rezonansu między nimi. Jeszcze bardziej interesujące jest jednak odwrócenie tego kierunku.

Autorytarny superwizor może wywoływać u terapeuty napięcie i przymus „robienia terapii poprawnie". Terapeuta wraca do pacjenta jako osoba bardziej sztywna, interpretacyjna i kontrolująca. Pacjent reaguje na to wycofaniem lub konfrontacją. Klinicysta przynosi ten „opór pacjenta" na kolejną superwizję, gdzie otrzymuje jeszcze bardziej stanowcze instrukcje. Powstaje wielopoziomowe sprzężenie zwrotne. Pat, który wydawał się należeć do pacjenta, jest częściowo generowany przez kulturę szkoleniową. To właśnie dlatego relacyjna teoria superwizji jest jednocześnie teorią organizacji instytucji.

Relacyjna superwizja jako równowaga między empatią a rygorem diagnostycznym

Szkoła terapeutyczna, która deklaruje kult niepewności, a jednocześnie karze kandydatów za kwestionowanie autorytetu nauczyciela, przekazuje dwa sprzeczne komunikaty. Oficjalny program mówi: „bądź otwarty", podczas gdy program ukryty nakazuje: „zgadzaj się z nami". Instytucja zachęcająca do naprawiania zerwań, lecz nieposiadająca mechanizmu, dzięki któremu student mógłby bezpiecznie zgłosić konflikt z superwizorem, reprodukuje pseudoprzymierze na poziomie instytucjonalnym. Można tu odwołać się do socjologicznego pojęcia ukrytego programu nauczania. Szkoła kształci nie tylko poprzez treści wykładów, ale również przez sposób rozdzielania władzy, reakcje na niezgodę, traktowanie błędów i definiowanie poprawności tożsamości zawodowej. Jeśli kandydat słyszy o dialogiczności, a doświadcza dogmatyzmu, silniejszą lekcją okaże się struktura rzeczywistej relacji niż wykładana teoria. Szkolenie psychoterapeutyczne samo w sobie powinno zatem podlegać analizie relacyjnej.

Z tego powodu książka przypisuje szczególną rolę superwizorowi jako modelowi. Ma on pokazywać, że profesjonalizm nie polega na nieomylności, lecz na zdolności do zauważenia błędu, tolerowania niewiedzy, ujawnienia chwil zagubienia i naprawy zerwania w samym przymierzu superwizyjnym. Źródło podkreśla wprost, że modelowanie własnej wrażliwości i bezradności uczy terapeutów, iż trudny kontakt nie wymaga natychmiastowego schronienia w pozycji wszechwiedzącego eksperta. Nie oznacza to jednak, że superwizor powinien demonstrować niepewność bez ograniczeń. Podobnie jak self-disclosure terapeuty, także self-disclosure superwizora musi pełnić konkretną funkcję. Przyznanie: „nie wiem jeszcze, jak rozumieć ten fragment", może otworzyć przestrzeń do badania.

Opowiadanie superwizantowi o własnym kryzysie osobistym w celu wyjaśnienia irytacji może natomiast przesunąć ciężar relacji na niewłaściwą stronę. Relacyjna transparentność nie jest obowiązkiem pełnego odsłonięcia, lecz gotowością do tego, by nie ukrywać za autorytetem tych aspektów własnego udziału, które są niezbędne do wspólnego myślenia. Kluczowe znaczenie ma tutaj wstyd. Choć Safran nie rozwija odrębnej teorii wstydu superwizanta, jego nacisk na ryzyko zranienia, prywatność, odsłanianie słabości i podwójną rolę superwizora prowadzi do tej problematyki bezpośrednio.

Uczenie psychoterapii odbywa się bowiem w zawodzie, w którym narzędziem pracy jest własne zachowanie. Krytyka techniki łatwo staje się więc w doświadczeniu początkującego krytyką osoby: nie „ta interwencja była nietrafna", lecz „jestem złym terapeutą". Wstyd posiada specyficzną właściwość poznawczą – zawęża pole refleksji. Człowiek zaczyna skupiać się na ochronie obrazu siebie, przewidywaniu oceny i unikaniu ekspozycji. Z tego powodu superwizja nadmiernie zawstydzająca może przynieść efekt odwrotny do zamierzonego: kandydat nie stanie się bardziej samoświadomy, lecz sprawniejszy w ukrywaniu materiału, który mógłby zostać negatywnie oceniony. Jeśli zaś superwizja, w imię „bezpieczeństwa", zostanie pozbawiona realnego wymiaru oceniającego, pojawia się inne ryzyko: niekompetencja może zostać zrelatywizowana jako kolejna perspektywa intersubiektywna.

Model relacyjny musi zatem chronić dwa dobra jednocześnie: możliwość uczenia się i bezpieczeństwo pacjenta. Superwizor powinien potrafić powiedzieć: „rozumiem, dlaczego znalazłeś się w tej reakcji" i jednocześnie: „tej interwencji nie można powtórzyć, ponieważ była klinicznie niebezpieczna". Empatia wobec terapeuty nie znosi standardu. Tak jak relacyjna psychoterapia nie unieważnia rzeczywistości diagnozy, tak relacyjna superwizja nie unieważnia różnicy między lepszym a gorszym postępowaniem klinicznym. W tym punkcie niezbędna jest perspektywa psychiatry klinicznego. Superwizja skoncentrowana na relacji może być znakomita w wykrywaniu enactmentu, lecz byłaby niepełna, gdyby terapeuta potrafił doskonale rozumieć własną reakcję na pacjenta, a nie potrafił rozpoznać manii, psychozy, ciężkiego epizodu depresyjnego, majaczenia, zaburzeń neurokognitywnych, intoksykacji czy narastającego ryzyka samobójczego. Jest to kliniczno-psychiatryczne rozszerzenie analizy, wynikające z postulatu niedopuszczania do redukcji zaburzenia psychicznego wyłącznie do relacji.

Wyobraźmy sobie superwizanta, który opisuje pacjenta jako coraz bardziej „konfrontacyjnego": mówi szybciej, kwestionuje granice, jest drażliwy, przestaje respektować ustalenia, czuje się wyjątkowo kompetentny i uważa terapeutę za osobę ograniczającą jego autonomię. Perspektywa relacyjna może trafnie pytać o powstałą między nimi walkę o kontrolę.

Psychiatra musi jednak równocześnie zapytać o sen, napęd, tempo myślenia, aktywność, ryzykowne zachowania, wielkościowość, używanie substancji oraz przebieg w czasie. „Zerwanie konfrontacyjne" i rozwijający się epizod maniakalny nie są alternatywnymi metaforami tego samego zjawiska. Analogicznie milczący, spowolniały i pozbawiony afektu pacjent może znajdować się w zerwaniu wycofaniowym, ale może również doświadczać ciężkiej depresji, działania niepożądanego leków, objawów negatywnych psychozy lub choroby somatycznej. Superwizja musi nauczyć terapeutę, że relacyjny marker nigdy nie zwalnia z diagnostyki różnicowej. Im silniejsza szkoła teoretyczna, tym większe ryzyko, że dostrzeże ona wszędzie własne konstrukty. Najlepszy superwizor nie uczy zatem wyłącznie rozpoznawania tego, co teoria potrafi wyjaśnić; uczy również rozpoznawać momenty, w których teoria powinna ustąpić innemu poziomowi wyjaśnienia. Jest to jedna z najwyższych form klinicznej pokory.

Specjalista CBT powinien wiedzieć, kiedy nie wystarczy praca z przekonaniem; psychoanalityk – kiedy nie wystarczy interpretacja przeniesienia; terapeuta relacyjny – kiedy nie wystarczy metakomunikacja; psychiatra – kiedy diagnoza i farmakoterapia nie wystarczają do zrozumienia tego, co dzieje się między dwiema osobami.

Superwizja jako system korekty i szkoła metakompetencji

Relacyjną superwizję można zatem potraktować jako szkołę metakompetencji. Nie chodzi w niej wyłącznie o poszerzanie warsztatu technik, lecz o umiejętność wyboru poziomu rozumienia adekwatnego do sytuacji oraz zdolność do obserwacji i rewizji własnych decyzji w momencie, gdy dane zaczynają im przeczyć. Terapeuta musi być jednocześnie użytkownikiem teorii i obserwatorem tego, jak ta teoria wpływa na jego percepcję. W tym kontekście „umysł początkującego" zyskuje nowe znaczenie: nie jest on brakiem ekspertyzy, lecz odwracalnością ekspertyzy. Ekspert niedojrzały wie tak wiele, że przestaje dostrzegać to, czego jego model nie przewiduje. Ekspert dojrzały, mimo rozbudowanej wiedzy, potrafi czasowo zawiesić jej dominację, gdy pacjent lub dane kliniczne nie pasują do przyjętej konceptualizacji. Superwizja powinna zatem ćwiczyć nie tylko budowanie przypadku, lecz także jego rozbieranie: "co musiałoby się okazać, abym uznał, że moja obecna hipoteza jest błędna?". Relacyjny model szkolenia wykazuje tu bezpośrednie pokrewieństwo z epistemologią nauki.

Hipoteza odporna na każdy kontrdowód przestaje być hipotezą. Jeśli zgodę pacjenta interpretujemy jako potwierdzenie, a jego sprzeciw jako „opór potwierdzający trafność interpretacji", tworzymy system zamknięty. Analogicznie superwizor, którego interpretację

potwierdza zarówno zgoda superwizanta, jak i jego protest rozumiany jako „proces równoległy", staje się epistemicznie nieweryfikowalny. Dlatego możliwość powiedzenia superwizorowi „nie, nie tak tego doświadczam" nie jest dodatkiem do relacyjnego szkolenia, lecz jego kluczowym testem. W tej perspektywie szczególnego znaczenia nabiera naprawa zerwania w superwizji. Superwizor może się pomylić: zbyt szybko zinterpretować osobisty materiał kandydata, zawstydzić go, potraktować sceptycyzm jako opór lub nie zauważyć wpływu własnej pozycji oceniającej.

Jeśli potrafi później uznać ten fakt bez utraty funkcji nauczyciela, demonstruje najbardziej zaawansowaną lekcję relacyjności: autorytet może być omylny i nadal pozostawać autorytetem. Nie musi ratować swojej pozycji poprzez kreowanie pozorów nieomylności. Doświadczenie to jest szczególnie istotne, gdyż szkolenie w zawodach pomocowych sprzyja idealizacji ekspertów. Kandydat spotyka klinicystę o ogromnym doświadczeniu i biegłości teoretycznej; naturalna asymetria wiedzy może wówczas przejść w fantazję, że superwizor „widzi więcej", a zatem jego interpretacja procesu musi być prawdziwsza od bezpośredniego doświadczenia osoby ocenianej. Modelowanie omylności ogranicza ten efekt.

Pokazuje ono, że wysoka kompetencja nie jest tożsama z uprzywilejowanym dostępem do cudzej prawdy. Najdojrzalszy superwizor pełni więc paradoksalną funkcję: używa autorytetu, aby nauczyć ograniczeń autorytetu. Musi potrafić egzekwować standardy i diagnozować błędy, a jednocześnie zachować świadomość, że jego własne rozumienie jest zawsze częściowe. Wymaganie kompetencji nie stoi w sprzeczności z intersubiektywnością; dopiero ich połączenie chroni przed dogmatyzmem i relatywizmem. Materiał źródłowy trafnie podsumowuje tę filozofię: celem nie jest stworzenie nieomylnego eksperta, lecz klinicysty potrafiącego pozostawać w autentycznym, trudnym kontakcie, zauważać własne reakcje i naprawiać pęknięcia. Można tę tezę rozbudować: mistrzostwo kliniczne nie polega na braku błędów, lecz na stanie, w którym błąd rzadziej musi być wypierany lub racjonalizowany, a częściej jest rozpoznawany na tyle wcześnie, by nie stać się utrwalonym patem. Tak rozumiana superwizja stanowi system bezpieczeństwa. Pacjent doświadcza terapii wewnątrz diady, która z definicji ma ograniczoną zdolność kontrolowania własnych błędów.

Superwizja wprowadza drugi umysł i kontekst. Zespół kliniczny dodaje kolejny, a standardy etyczne i psychiatryczne następne. Im bardziej skomplikowany przypadek, tym mniej rozsądna staje się fantazja samotnego terapeuty-geniusza. W relacyjnej wizji profesjonalizmu jednostką kompetencji nie jest zatem pojedynczy terapeuta, lecz sieć refleksji, w której może on zostać skorygowany przez pacjenta, superwizora, współpracowników, wyniki pomiarów, nagrania sesji, diagnozę psychiatryczną i własną obserwację.

Im bardziej system dopuszcza korektę, tym mniejsze ryzyko, że jedna teoria lub osobowość przejmie całkowitą władzę nad znaczeniem. Prowadzi to do wniosku bardziej instytucjonalnego niż

psychodynamicznego. Psychoterapia relacyjna zakładała, że prawda kliniczna powstaje pomiędzy dwiema osobami. Dojrzała wersja tej idei musi jednak dodać: czasami dwie osoby nie wystarczą. Diada może ulec zamknięciu, wzajemnie potwierdzać błędy, racjonalizować naruszenie granic lub przeoczyć biologiczną dekompensację. Potrzebna jest trzecia perspektywa — superwizor, konsultant, psychiatra czy instytucja — nie po to, by anulować relację, lecz by pomóc jej dostrzec to, czego sama już nie widzi.

Relacyjność jako element szerszego rozumienia klinicznego

Szkolenie relacyjne prowadzi nas zatem do zagadnienia, które w dotychczasowym wywodzie wielokrotnie pojawiało się na obrzeżach, lecz wymaga osobnego opracowania: granic kompetencji psychoterapii wobec psychiatrii klinicznej. Fakt, że relacja stanowi istotny poziom przyczynowy i leczniczy, nie oznacza, iż wszystkie zjawiska psychopatologiczne mają charakter relacyjny. Konieczne jest zatem precyzyjne rozróżnienie sytuacji, w których milczenie może być wycofaniem przymierza, ale również objawem ciężkiej depresji lub psychozy; w których konfrontacja może oznaczać walkę o sprawczość, lecz także manię; oraz tych, w których niezwykłe doświadczenie interpersonalne należy metakomunikować, a w innych – ocenić rzeczywistość, ryzyko, stan somatyczny i wskazania do leczenia biologicznego. Dopiero na tym styku można zbudować psychoterapię relacyjną naprawdę kliniczną: taką, która nie konkuruje z psychiatrią, lecz potrafi z nią współpracować. Relacja przestaje wówczas być uniwersalnym wyjaśnieniem człowieka, a staje się jednym z kluczowych poziomów jego rozumienia – takim, którego nie wolno redukować do biologii, ale którego równie niebezpiecznie byłoby używać do redukowania biologii, diagnozy i ryzyka do metafory spotkania.

> Ostatecznie największym zagrożeniem dla procesu leczenia nie jest brak wiedzy teoretycznej, lecz system przekonań pozbawiony skutecznych mechanizmów korekty własnych błędów. Czy potrafimy zatem zbudować kulturę zawodową, w której autorytet nie chroni się murem nieomylności, lecz czerpie siłę z odwagi do przyznania: „to, co zrobiłem, nie było właściwe”? W tym kruchym punkcie między bliskością a granicą rozstrzyga się, czy terapia pozostanie bezpiecznym schronieniem, czy stanie się ryzykownym eksperymentem na drugim człowieku.

Inspiracje

[1] 

"Negotiating The Therapeutic Alliance" Jeremy D - Safran

Guilford Press | ISBN: 9781572308695

Jeremy David Safran (1952–2018) był kanadyjsko-amerykańskim psychologiem klinicznym, psychoanalitykiem i badaczem psychoterapii o międzynarodowej renomie. Był profesorem psychologii i dyrektorem ds. szkoleń klinicznych w New School for Social Research w Nowym Jorku oraz wykładowcą na Programie Podoktorskim Psychoterapii i Psychoanalizy Uniwersytetu Nowojorskiego. Pełnił również funkcję prezesa Międzynarodowego Stowarzyszenia Psychoanalizy i Psychoterapii Relacyjnej. Safran wniósł fundamentalny wkład w badania i praktykę psychoterapeutyczną, przede wszystkim dzięki pionierskim pracom empirycznym nad relacją terapeutyczną oraz identyfikacją i naprawą zerwań w sojuszu terapeutycznym. Jego podejście integracyjne łączyło psychoanalizę relacyjną, terapię poznawczą, terapię skoncentrowaną na emocjach i buddyjską uważność. Safran opracował metodę szkolenia zorientowanego na sojusz (AFT) i krótkoterminową terapię relacyjną, ustanawiając negocjacje sojuszu jako kluczowy mechanizm zmiany terapeutycznej.

Jeremy David Safran (1952–2018) was an internationally renowned Canadian-American clinical psychologist, psychoanalyst, and psychotherapy researcher. He served as Professor of Psychology and Director of Clinical Training at The New School for Social Research in New York City and held a faculty appointment at New York University's Postdoctoral Program in Psychotherapy and Psychoanalysis. He also served as President of the International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy. Safran made foundational contributions to psychotherapy research and practice, most notably through his pioneering empirical work on the therapeutic relationship and the identification and repair of therapeutic alliance ruptures. His integrative approach bridged relational psychoanalysis, cognitive therapy, emotion-focused therapy, and Buddhist mindfulness. Safran developed Alliance-Focused Training (AFT) and Brief Relational Therapy, establishing alliance negotiation as a core mechanism 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

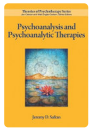
2020 | ISBN: 9788897479192



[2] "Widening the Scope of Cognitive Therapy"

Jeremy D. Safran

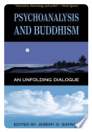
1998



[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

Książki autorów przywoływanych i literatura pokrewna:



[7] "The Psychopathology of Everyday Life"

Sigmund Freud

Penguin UK | ISBN: 9780141184036

Artykuły naukowe

Prace autorów przywoływanych w tekście:

[1] "Emotional Factors in Essential Hypertension"

FRANZ ALEXANDER

1939 | Psychosomatic Medicine | DOI: 10.1097/00006842-193901000-00013

Źródło

[2] **"Feeling the responsibility: Exploring the emotional experiences of final-year medical students when carrying out clinical tasks"**

Miriam Alexander, Ronja Behrend, Anne Franz, Harm Peters

2024 | Medical Teacher | DOI: 10.1080/0142159x.2024.2351137

Źródło

[3] **"Two Forms of Regression and Their Therapeutic Implications"**

Franz Alexander

2023 | Psychoanalysis and Psychotherapy | DOI: 10.4324/9781003408161-6

Źródło

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

F. Alexander

2007 | The Psychoanalytic Quarterly | DOI: 10.1002/j.2167-4086.2007.tb00293.x

Źródło

[5] **"Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome."**

William P. Henry, Thomas E. Schacht, Hans H. Strupp

1990 | Journal of Consulting and Clinical Psychology | DOI: 10.1037/0022-006x.58.6.768

Źródło

[6] **"A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy."**

Hans H. Strupp, Suzanne W. Hadley

1977 | American Psychologist | DOI: 10.1037//0003-066x.32.3.187

Źródło

[7] **"Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome."**

William P. Henry, Thomas E. Schacht, Hans H. Strupp

1986 | Journal of Consulting and Clinical Psychology | DOI: 10.1037//0022-006x.54.1.27

Źródło

[8] **"The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study."**

Stephanie S. O'Malley, Chong S. Suh, Hans H. Strupp

1983 | Journal of Consulting and Clinical Psychology | DOI: 10.1037/0022-006x.51.4.581

Źródło

[9] "The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action"

Barry N. Checkoway, Donald A. Schön

1985 | Journal of Policy Analysis and Management | DOI: 10.2307/3324262

Źródło

[10] "Educating the reflective practitioner"

Donald A. Schön

1987

Źródło

[11] "Organizational Learning: A Theory of Action Perspective"

Ch. Argyris, Donald A. Schön

1997 | Revista Española de Investigaciones Sociológicas | DOI: 10.2307/40183951

Źródło

[12] "Educating the Reflective Practitioner: Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions"

Donald A. Schön

1987

Źródło

Artykuły naukowe autora:

[13] "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

[14] "Interpersonal process in cognitive therapy"

Jeremy D. Safran, Zindel V. Segal

1990 | Medical Entomology and Zoology

Źródło

[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] "Alliance rupture repair: A meta-analysis."

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

2018 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/pst0000185

Źródło

[18] "Emotion in psychotherapy."

Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran

1989 | PubMed | DOI: 10.1037//0003-066x.44.1.19

Źródło

[19] "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

[20] "Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change."

Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran

1987

Źródło

[21] "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

[22] "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: 7c026fa0-0bef-4237-9763-71c4fd5a98ac