Granice relacyjności: integracja psychiatrii klinicznej i modelu przymierza terapeutycznego Safrana i Murana

AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł analizuje krytyczny punkt styku między psychoterapią relacyjną a psychiatrią kliniczną, ostrzegając przed tzw. błędem poziomu. Autor argumentuje, że choć model Safrana i Murana pozwala głęboko zrozumieć dynamikę kontaktu i opór pacjenta, nie może on zastąpić diagnostyki medycznej w przypadku zaburzeń biologicznych, takich jak mania czy psychoza. Prawdziwa kompetencja kliniczna polega na utrzymywaniu wielopoziomowej przyczynowości – jednoczesnym rozpoznawaniu objawów syndromologicznych oraz relacyjnego doświadczania choroby. Integracja obu podejść pozwala na wdrożenie niezbędnych interwencji psychiatrycznych (zgodnie z wytycznymi NICE) przy jednoczesnym zachowaniu szacunku dla podmiotowości i autonomii pacjenta, co znacząco podnosi jakość procesu terapeutycznego i bezpieczeństwo leczenia.

The article analyzes the critical point of intersection between relational psychotherapy and clinical psychiatry, warning against the so-called level error. The author argues that while the Safran and Muran model allows for a deep understanding of contact dynamics and patient resistance, it cannot replace medical diagnostics in the case of biological disorders such as mania or psychosis. True clinical competence consists of maintaining multi-level causality—simultaneously recognizing syndromic symptoms and the relational experience of the illness. Integrating both approaches allows for the implementation of necessary psychiatric interventions (in accordance with NICE guidelines) while simultaneously maintaining respect for the patient's subjectivity and autonomy, which significantly increases the quality of the therapeutic process and treatment safety.

Artykuł stanowi krytyczną analizę granic psychoterapii relacyjnej w zderzeniu z rygorami psychiatrii klinicznej. Autor stawia tezę, że pełna kompetencja terapeutyczna wymaga syntezy perspektywy interpersonalnej (Safrana i Murana) z twardą diagnostyką medyczną, aby uniknąć błędu redukcjonizmu. Tekst ostrzega przed pułapką „teorii totalnej", w której objawy biologiczne – takie jak mania, psychoza czy ciężka depresja – są błędnie interpretowane wyłącznie jako komunikaty relacyjne lub walka o autonomię. Wskazując na wytyczne NICE, autor argumentuje, że bezpieczeństwo pacjenta i stabilizacja biologiczna stanowią fundament, bez którego praca nad relacją staje się nie tylko nieskuteczna, ale wręcz niebezpieczna. Ostatecznie proponuje model bio-psycho-społeczno-relacyjny, w którym diagnoza medyczna i rozumienie subiektywnego znaczenia objawu nie wykluczają się, lecz wzajemnie korygują, służąc wspólnemu celowi: przywróceniu sprawczości pacjenta.

SŁOWA KLUCZOWE

model przymierza terapeutycznego | psychiatria kliniczna | Safran i Muran | diagnostyka różnicowa | wytyczne NICE | bio-psycho-społeczno-relacyjny model kliniczny | przymierze terapeutyczne | błąd poziomu | interwencja relacyjna | bezpieczeństwo biologiczne | responsywność terapeutyczna | formuła ryzyka | metakomunikacja | sprawczość pacjenta

Granice interpretacji relacyjnej wobec diagnostyki klinicznej

Kiedy relacja nie wystarcza: psychiatria kliniczna, diagnostyka różnicowa i granice interpretacji

Psychoterapia relacyjna osiąga dojrzałość nie wtedy, gdy potrafi wyjaśnić coraz więcej zjawisk za pomocą relacji, lecz gdy rozpoznaje te, których do relacji redukować nie wolno. To zasadnicza różnica między teorią bogatą a teorią totalną.

Pierwsza poszerza rozumienie pacjenta; druga podporządkowuje go własnemu językowi. W perspektywie Safrana i Murana zachowanie człowieka w gabinecie staje się cenną informacją o sposobie konstruowania kontaktu: wycofanie może chronić więź kosztem sprawczości, konfrontacja bronić autonomii, opór być wydarzeniem interpersonalnym, a reakcja terapeuty – informacją o

wspólnie tworzonej konfiguracji. Książka właśnie w ten sposób rekonceptualizuje opór i pat terapeutyczny. Psychiatra kliniczny musi jednak zadać drugie pytanie: czy zachowanie, które odczytujemy jako relacyjne, znajduje wystarczające wyjaśnienie w stanie psychicznym pacjenta, jego chorobie, przyjmowanych substancjach psychoaktywnych, farmakoterapii lub zaburzeniu somatycznym? Nie ma tu konieczności wyboru jednej odpowiedzi.

Ten sam człowiek może jednocześnie przeżywać konfrontacyjne zerwanie przymierza i znajdować się we wczesnej fazie manii. Może wycofywać się z kontaktu, ponieważ terapeuta nieświadomie wywiera na niego presję, a równocześnie cierpieć na ciężką depresję z zahamowaniem psychoruchowym. Pacjent z urojeniami prześladowczymi może odczytywać pytania terapeuty przez pryzmat własnej historii relacyjnego upokorzenia, jednak jego nieufności nie wolno sprowadzić do przeniesienia, jeśli występuje zaburzenie testowania rzeczywistości.

Kliniczna kompetencja wymaga zatem zdolności do utrzymywania wielopoziomowej przyczynowości: interpersonalnej, psychologicznej, rozwojowej, biologicznej, farmakologicznej, społecznej i somatycznej. Jest to zgodne z elementarną logiką współczesnej psychiatrii. Diagnoza nie powinna być etykietą zastępującą osobę, lecz hipotezą dotyczącą wzorca objawów, przebiegu, upośledzenia funkcjonowania i ryzyka, co wpływa na dobór interwencji. Relacyjna konceptualizacja odpowiada natomiast na inne pytanie: jak pacjent doświadcza choroby, leczenia, zależności, autorytetu, pomocy i samego klinicysty? Psychiatria może stwierdzić, że pacjent przechodzi epizod maniakalny; psychoterapia relacyjna pomoże zrozumieć, dlaczego propozycję leczenia przeżywa on jako próbę podporządkowania.

Oba twierdzenia mogą być prawdziwe jednocześnie. Niebezpieczeństwo pojawia się dopiero wtedy, gdy poziomy zostaną pomylone. Człowiek w manii może rzeczywiście odczuwać silną potrzebę autonomii, ale jego wielkościowość, zmniejszona potrzeba snu, zwiększony napęd, gonitwa myśli, impulsywność i ryzykowne decyzje nie stają się przez to wyłącznie metaforami "walki o sprawczość". Aktualne wytyczne NICE nakazują pilną specjalistyczną ocenę psychiatryczną w przypadku podejrzenia manii, ciężkiej depresji lub gdy osoba stanowi zagrożenie dla siebie bądź innych. W stanie manii zaleca się ponadto ograniczenie stymulacji otoczenia i powstrzymanie się od kluczowych decyzji do czasu poprawy stanu zdrowia.

Wyobraźmy sobie pacjenta, który przez kilka miesięcy terapii był względnie spokojny, po czym zaczyna mówić niemal bez przerw, skraca sen z siedmiu godzin do dwóch, podejmuje kilka przedsięwzięć równocześnie, wydaje znaczące sumy pieniędzy i staje się drażliwy. Jest przekonany o wyjątkowości własnych pomysłów i coraz gwałtowniej reaguje na sugestię terapeuty, aby zwolnił. Język relacyjny natychmiast dostarczy atrakcyjnych hipotez: terapeuta ogranicza autonomię, powstaje konfrontacyjne zerwanie, pacjent walczy z doświadczeniem kontroli. Hipotezy te mogą

być częściowo prawdziwe. Jeżeli jednak klinicysta zatrzyma się na nich, dopuści się błędu poziomu. Zmiana snu, napędu, zachowań ryzykownych i funkcjonowania w czasie jest informacją syndromologiczną wymagającą badania psychiatrycznego.

Relacyjność jako wsparcie dla interwencji psychiatrycznych

Zasada ta działa w obie strony. Rozpoznanie manii nie oznacza, że relacja przestaje mieć znaczenie; to właśnie sposób, w jaki lekarz komunikuje potrzebę leczenia, decyduje o tym, czy pacjent doświadczy interwencji jako troski, poniżenia czy przymusu. Osoby z historią kontroli i naruszania autonomii mogą szczególnie gwałtownie reagować na dyrektywność. W tym miejscu perspektywa relacyjna może realnie ulepszyć praktykę psychiatryczną: pomaga klinicyście zachować szacunek dla podmiotowości osoby nawet wtedy, gdy względy bezpieczeństwa sprawiają, że nie wszystkie decyzje mogą pozostać otwarte na negocjacje. Autonomia nie polega bowiem na udawaniu, że choroba nie wpływa na zdolność oceny, tak jak troska nie polega na uznaniu chorego człowieka za przedmiot zarządzania.

Podobny problem pojawia się w psychozie. Materiał Safrana i Murana uczy, by nie zakładać, że interpretacja terapeuty jest obiektywną prawdą, lecz traktować doświadczenie pacjenta jako konstruowane w konkretnej relacji. Zasadę tę można zachować również w kontakcie z osobą psychotyczną, choć wymaga ona wyraźnego rozróżnienia pomiędzy szacunkiem dla doświadczenia a potwierdzaniem jego literalnej treści. Pacjent może rzeczywiście odczuwać ogromne przerażenie, będąc przekonanym, że obce służby kontrolują jego myśli. To przerażenie jest realne, tak samo jak znaczenie tego doświadczenia dla jego poczucia bezpieczeństwa. Nie oznacza to jednak, że klinicysta powinien potwierdzać urojeniowe wyjaśnienie jako fakt zewnętrzny.

Psychiatryczne badanie stanu psychicznego wymaga w takim przypadku oceny charakteru przekonania, jego siły i podatności na korektę, wpływu na zachowanie, obecności omamów oraz dezorganizacji myślenia. Niezbędna jest analiza zmian funkcjonowania, objawów afektywnych, kwestii używania substancji, chorób neurologicznych czy somatycznych, a także ocena bezpieczeństwa chorego i otoczenia. Aktualne zalecenia NICE wskazują, że osoby z pierwszą prezentacją psychozy powinny uzyskać dostęp do specjalistycznego zespołu wczesnej interwnencji, a w pierwszym epizodzie psychozy należy oferować leczenie przeciwpsychotyczne łącznie z interwencjami psychologicznymi – CBT i interwencją rodzinną. Jeżeli pacjent chce początkowo korzystać wyłącznie z leczenia psychologicznego, zalecane jest bliskie monitorowanie i ponowne omówienie farmakoterapii w krótkim terminie.

Jest to istotny argument przeciw fałszywej opozycji między „biologiczną psychiatrią” a „humanistyczną psychoterapią”. W rekomendowanym leczeniu psychozy farmakoterapia i interwencje psychologiczne nie są alternatywami reprezentującymi dwie walczące ontologie człowieka. Są elementami leczenia złożonego zaburzenia. Interwencja relacyjna może pomagać utrzymać przymierze, rozumieć znaczenie leków oraz pracować z doświadczeniem stygmatyzacji, zależności i utraty zaufania do własnego umysłu.

Granice relacyjności w obliczu psychozy i depresji

Perspektywa relacyjna nie powinna jednak uzurpować sobie prawa do zastąpienia specjalistycznego leczenia ostrego zespołu psychotycznego. Jednym z najpoważniejszych błędów w podejściu psychodynamicznym byłoby potraktowanie narastającej podejrzliwości jako wyłącznie "negatywnego przeniesienia". Pacjent, który zaczyna podejrzewać terapeutę o udział w spisku, może oczywiście organizować swoją percepcję przez wcześniejsze doświadczenia zdrady. Klinicysta musi jednak ustalić, czy podobne przekonania pojawiają się także poza terapią, czy przybrały charakter urojeniowy, czy pacjent słyszy głosy, jak wygląda jego bieżące funkcjonowanie i czy istnieje ryzyko działania pod wpływem tych przekonań.

Relacyjna ciekawość nie znika. Zmienia się natomiast hierarchia zadań. Oznacza to, że nie każda intensyfikacja materiału relacyjnego wymaga intensywniejszej pracy na tym poziomie. Czasami wzrost niezwykłości, lęku czy agresji w komunikacji jest sygnałem, że konieczne jest przejście na bardziej strukturalny poziom leczenia. W stanie wysokiej dezorganizacji zadaniem terapeuty może być dostarczenie mniej interpretacji, a więcej stabilności; mniej odsłaniania własnej subiektywności, a więcej przewidywalności; mniej metakomunikacyjnego eksperymentowania, a więcej konkretów dotyczących snu, leków, substancji, bezpieczeństwa i kontaktu z zespołem leczącym.

Paradoksalnie jest to zgodne z relacyjną filozofią responsywności. Jeśli Safran i Muran krytykują mechaniczną technikę za brak odpowiedzi na potrzeby konkretnego pacjenta, równie mechaniczne byłoby stosowanie metakomunikacji bez względu na stan psychiczny chorego. Relacyjność, która nie dostosowuje się do zdolności pacjenta do refleksji, sama przestaje być relacyjna. Ciężka depresja stawia przed tym modelem inny problem.

Pacjent może być małomówny, apatyczny, wycofany, pozbawiony spontaniczności i niemal automatycznie zgadzać się z terapeutą. W języku relacyjnym profil ten może przypominać zerwanie wycofaniowe; książka wskazuje bowiem, że uległość, spłycenie afektu i dystans mogą być markerami takiego stanu. Psychiatra musi jednak ocenić, czy obserwowana martwota nie wynika

przede wszystkim z depresyjnego zahamowania, anhedonii, wyczerpania, zaburzeń koncentracji, poczucia beznadziejności lub wpływu farmakoterapii. Interpretowanie ciężkiej depresji jako "niechęci do kontaktu" może dodatkowo obciążać pacjenta. Osoba, która ledwo znajduje energię na uczestnictwo w sesji, może usłyszeć, że jej ograniczona ekspresja jest sposobem utrzymywania dystansu wobec terapeuty. W najgorszym przypadku klinicysta moralizuje biologicznie i psychologicznie uwarunkowaną niemożność.

Bezpieczeństwo biologiczne jako fundament relacji

Hipoteza relacyjna powinna zatem zawsze pozostawać proporcjonalna do dostępnych danych. Jeszcze bardziej krytyczna jest kwestia samobójczości. Współczesne zalecenia NICE w obszarze depresji wymagają bezpośredniego pytania o myśli i zamiary samobójcze, oceny wsparcia oraz zapewnienia pomocy adekwatnej do potrzeb; przy znacznym ryzyku zaleca się pilne skierowanie do specjalistycznych świadczeń psychiatrycznych. Jest to interesująco zbieżne z relacyjną krytyką domyślania się tego, co pacjent „naprawdę" czuje – o ryzyko należy zapytać wprost. Nie oznacza to jednak powrotu do iluzji, jakoby bezpieczeństwo dało się rozstrzygnąć za pomocą jednej skali.

Aktualne wytyczne NICE dotyczące samouszkodzeń jednoznacznie odradzają używania skal ryzyka do przewidywania przyszłych prób samobójczych czy samookaleczeń. Zabraniają one również opierania decyzji o leczeniu lub wypisie na globalnej klasyfikacji „niskie-średnie-wysokie" na rzecz indywidualnej formuły ryzyka w ramach oceny psychospołecznej. Taka ocena powinna obejmować aktualne potrzeby, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, czynniki historyczne, zmienne oraz zasoby ochronne, pozostając elementem współpracy z pacjentem. To właśnie tutaj współczesna psychiatria i psychoterapia relacyjna spotykają się w szczególnie ciekawy sposób.

Rzetelna ocena ryzyka nie polega na tym, że ekspert wylicza prawdopodobieństwo śmierci i nadaje pacjentowi etykietę „wysokiego ryzyka". Polega ona na formulacji: próbie zrozumienia, dlaczego zagrożenie wzrosło właśnie teraz, jaką funkcję pełni dane zachowanie, co może zmienić sytuację i jak zbudować bezpieczny plan. NICE zaleca, aby po samouszkodzeniu jak najszybciej przeprowadzić ocenę psychospołeczną ukierunkowaną na budowanie współpracującej relacji terapeutycznej i wspólne rozumienie przyczyn zachowania. Tutaj psychiatryczna odpowiedzialność i relacyjne przymierze nie konkurują - wręcz wzajemnie się potrzebują. Model relacyjny pomaga przy tym zrozumieć sam fakt, że pacjent mówi o samobójstwie lub milczy na ten temat. Człowiek może ukrywać zamiary nie tylko z braku chęci przyjęcia pomocy, ale z obawy przed utratą autonomii, hospitalizacją, moralizowaniem, paniką terapeuty czy zawstydzeniem. Może ujawniać

myśli samobójcze w sposób odczuwany przez terapeutę jako presja, grozić śmiercią w obliczu rozstania lub natychmiast minimalizować swoje słowa, gdy zauważy niepokój klinicysty.

Wszystko to ma znaczenie relacyjne, jednak żadna z tych interpretacji nie zwalnia z rzetelnej oceny ryzyka. Szczególnie niebezpieczne byłoby używanie pojęcia „neediness" do dyskwalifikowania komunikatów samobójczych jako roszczeniowych. Książka opisuje roszczeniowość jako możliwą obronę wokół głębszej potrzeby i bezbronności – słowo „możliwa" jest tu kluczowe. Nawet jeśli wypowiedź pełni funkcję interpersonalną, na przykład próbuje zapobiec opuszczeniu, nie oznacza to, że zagrożenie nie jest realne. Zachowanie może jednocześnie komunikować potrzebę i stwarzać śmiertelne ryzyko; funkcja interpersonalna nie unieważnia niebezpieczeństwa. Podobnie samouszkodzenia nie powinny być sprowadzane do „manipulacji relacyjnej". Wytyczne NICE podkreślają, że każdy epizod samouszkodzenia należy oceniać w jego własnym kontekście, pamiętając, że jego funkcja może się zmieniać, a reakcje klinicysty powinny być wolne od stygmatyzacji i karania. Jest to kluczowe dla psychoterapii relacyjnej, gdyż język funkcji interpersonalnych łatwo przeobrazić w język moralnej dyskwalifikacji: „pacjent robi to, aby na mnie wpłynąć". Tymczasem ludzie wpływają na siebie nieustannie.

Pytanie kliniczne brzmi: jaki stan cierpienia, regulacji i ryzyka kryje się za zachowaniem i jakie środki są niezbędne, by osoba pozostała przy życiu. Przyjęcie bezpieczeństwa jako nadrzędnego kryterium pozwala również właściwie rozumieć pojęcie „przetrwania terapeuty". W pracy relacyjnej dąży się do tego, by terapeuta potrafił znieść złość pacjenta bez retaliacji, co książka łączy ze stabilnością i „pomieszczaniem" trudnych afektów. Nie oznacza to jednak, że profesjonalista powinien „przetrwać" każde zachowanie w sensie dosłownym.

Groźba przemocy, dostęp do broni, ciężkie pobudzenie, intoksykacja czy zachowania niemożliwe do bezpiecznego opanowania wymagają procedur bezpieczeństwa, wsparcia zespołu kryzysowego, a niekiedy hospitalizacji. Odpowiedzialność nie polega na heroicznej odporności jednostki. Z perspektywy psychiatrii klinicznej kluczowym czynnikiem różnicującym jest czas. Relacyjny schemat osobowości zwykle posiada historię i pewną powtarzalność; nagła, jakościowa zmiana funkcjonowania powinna zatem zwiększyć podejrzliwość wobec przyczyn innych niż charakterologiczne. Pacjent od lat ostrożny może w ciągu tygodnia stać się skrajnie podejrzliwy. Osoba spokojna może rozwinąć gwałtowne pobudzenie. Człowiek relacyjnie zależny może nagle stać się wielkościowy i przekonany, że nie potrzebuje snu ani pomocy. Tego rodzaju state change wymaga szczególnej uwagi psychiatrycznej. Należy wówczas wziąć pod uwagę substancje psychoaktywne, zmiany leków, sterydy, stymulanty, zaburzenia endokrynologiczne, infekcje, choroby neurologiczne, metaboliczne, urazy czy bezsenność. Psychoterapia relacyjna jest w takich sytuacjach szczególnie podatna na błąd atrybucji: intensywnie analizując znaczenie zachowania,

może przeoczyć fakt, że zmieniła się jego biologiczna możliwość. Najbardziej jaskrawym przykładem jest majaczenie.

Pacjent może być podejrzliwy, przestraszony, niekonsekwentny, agresywny lub nie rozpoznawać osób. Interpretowanie tego wyłącznie jako przeniesienia byłoby poważnym błędem klinicznym. Zaburzenia świadomości i uwagi oraz fluktuujący przebieg wymagają podejrzenia ostrego stanu somatycznego. Podobna ostrożność dotyczy otępień, padaczki, chorób autoimmunologicznych, zaburzeń tarczycy, niedoborów, zatruć i działań ubocznych farmakoterapii.

Model bio-psycho-społeczno-relacyjny jako synteza biologii i znaczenia

Psychiatra kliniczny musi stale pamiętać, że umysł ma ciało, a zmiana psychiczna może być sygnałem choroby wykraczającej poza obszar psychologii. Nie oznacza to jednak powrotu do dualizmu, w którym „prawdziwa choroba" jest biologiczna, a relacja pozostaje jedynie miękkim dodatkiem. Współczesny model biopsychospołeczny jest użyteczny właśnie dlatego, że pozwala utrzymać różne poziomy wyjaśnienia bez konieczności uznawania jednego z nich za ostateczny. W psychoterapii relacyjnej warto rozszerzyć go o wymiar interpersonalny: bio-psycho-społeczno-relacyjny model kliniczny. Relacja nie jest tu tylko elementem środowiska społecznego, lecz aktywnym medium, przez które pacjent doświadcza diagnostyki, farmakoterapii, hospitalizacji, zaleceń i własnej choroby.

Farmakoterapia dostarcza w tym kontekście niezwykle bogatego materiału. Tabletka ma działanie farmakodynamiczne, ale posiada również znaczenie. Dla jednego pacjenta jest dowodem choroby i źródłem wstydu, dla drugiego aktem troski, dla trzeciego narzędziem kontroli, a dla czwartego szansą na odzyskanie sprawczości. Pacjent może nie przyjmować leku z powodu działań niepożądanych, braku skuteczności, dezorganizacji poznawczej, barier finansowych, uzależnienia czy przekonań urojeniowych – lub po prostu dlatego, że przyjęcie leku oznaczałoby zgodę na diagnozę, której nie akceptuje. Nieprzestrzeganie zaleceń nie jest zatem zjawiskiem jednolitym.

Podejście relacyjne może znacząco wzbogacić rozmowę o farmakoterapii, o ile nie zamieni jej w interpretowanie wszystkiego. Psychiatra może pytać nie tylko: „czy przyjmuje pan lek?", ale także: „co dla pana oznacza fakt, że proponuję ten lek?". Może w ten sposób odkryć, że każda sugestia zwiększenia dawki uruchamia historię kontrolującego rodzica, ale może też dowiedzieć się, że pacjent po prostu doświadcza akatyzji lub dysfunkcji seksualnych i dlatego odrzuca leczenie. Pierwszą odpowiedź należy metakomunikować; drugą trzeba potraktować farmakologicznie. To

rozróżnienie ma kluczowe znaczenie etyczne. Jeśli pacjent zgłasza działanie niepożądane, a klinicysta interpretuje ten sprzeciw jako „opór przed zależnością", psychologia staje się narzędziem unieważnienia realności somatycznej.

Relacyjna epistemologia powinna działać odwrotnie: poszerzać liczbę hipotez. „Może chodzić o znaczenie zależności, a może lek jest źle tolerowany; sprawdźmy oba poziomy". W psychoterapii relacyjnej sama diagnoza psychiatryczna staje się ważnym wydarzeniem interpersonalnym. Dla jednego pacjenta nazwanie zespołu przynosi ulgę – cierpienie zyskuje formę, historię naturalną i konkretne możliwości leczenia. Inny doświadcza diagnozy jako redukcji własnej podmiotowości do kodu medycznego, jeszcze inny słyszy w niej wyrok lub stygmat. Kompetentny klinicysta nie musi wybierać między prawdą diagnostyczną a subiektywnym doświadczeniem pacjenta. Może stwierdzić: istnieją mocne podstawy, aby rozpoznawać określony zespół, a jednocześnie chcę rozumieć, co znaczy dla pana to, że tak nazywamy pańskie doświadczenie.

Jest to szczególnie istotne w zaburzeniach, w których pacjent nie podziela konceptualizacji psychiatrycznej. Psychoterapia relacyjna wnosi tutaj lekcję negocjacji bez wymogu udawanej równoważności wszystkich sądów. Klinicysta nie musi twierdzić, że „być może pana urojenie jest prawdziwe", aby zachować szacunek do pacjenta. Może powiedzieć: „widzę, że dla pana to doświadczenie jest całkowicie przekonujące; ja rozumiem je inaczej i chcę znaleźć sposób, żebyśmy mogli współpracować mimo tej różnicy". To forma przymierza, która nie wymaga identycznej epistemologii. W tym miejscu powraca Bordinowska triada: w ciężkim zaburzeniu psychicznym więź może być dobra, nawet gdy brakuje zgody co do celów lub zadań.

Pacjent może ufać lekarzowi, ale odrzucać lek. Może zgadzać się na redukcję lęku, lecz nie uznawać głosów za objaw choroby. Relacyjna koncepcja przymierza pozwala rozdzielić te komponenty zamiast etykietować całe leczenie jako „brak współpracy". Właśnie tę dynamiczną współzależność zadań, celów i więzi należy uznać za punkt wyjścia dla dalszej relacyjnej rekonceptualizacji. W psychiatrii ma to wymiar praktyczny: pacjent nieakceptujący diagnozy może mimo to zgodzić się na wspólny cel – lepszy sen, mniej lęku czy powrót do pracy. Współpraca może zacząć się od obszaru rzeczywistej zgody. Psychiatria relacyjnie kompetentna nie musi wygrać sporu o całą rzeczywistość, aby rozpocząć skuteczne leczenie.

Jednocześnie istnieją sytuacje, w których autonomia pacjenta napotyka realne granice bezpieczeństwa. Ocena zdolności do podejmowania decyzji, prawne zasady leczenia bez zgody i hospitalizacja przymusowa należą do odrębnego porządku prawnego i wymagają stosowania właściwych przepisów jurysdykcji. Sam model relacyjny nie rozstrzyga tych kwestii, może jednak wpływać na sposób realizacji koniecznych interwencji. Nawet tam, gdzie prawo pozwala ograniczyć

wolność, nie znika obowiązek wyjaśniania, respektowania godności i minimalizowania doświadczenia upokorzenia.

Relacyjność jako humanizacja bezpieczeństwa i koordynacja opieki

To szczególnie ważna lekcja dla psychiatrii instytucjonalnej. Przymus może być prawnie i klinicznie uzasadniony, lecz nie czyni go to psychologicznie neutralnym. Pacjent może przeżyć hospitalizację jednocześnie jako ratunek i jako traumatyczne naruszenie autonomii. Klinicysta nie powinien wymuszać jednej narracji: „uratowaliśmy panu życie, więc nie ma pan prawa czuć się skrzywdzony". Można uznać oba te fakty jednocześnie. Relacyjność okazuje się tutaj nie alternatywą dla bezpieczeństwa, lecz metodą humanizacji koniecznej asymetrii.

Podobna zasada dotyczy sytuacji, w której terapeuta nie posiada kompetencji psychiatrycznych. Relacyjna bliskość nie daje uprawnień diagnostycznych ani farmakologicznych. Klinicysta musi znać granice własnej roli i potrafić skierować pacjenta do psychiatry, lekarza rodzinnego, neurologa, na oddział ratunkowy czy do innego specjalisty. Takie skierowanie nie powinno być przeżywane przez terapeutę jako porażka jego metody. Przeciwnie – jest dowodem na to, że dobro pacjenta jest ważniejsze niż integralność szkoły terapeutycznej.

W ten sposób można ponownie zinterpretować pojęcie holdingu. W książce stabilność terapeuty rozumiana jest jako zdolność do pozostawania obecnym, niereaktywnym i nieodwetowym wobec trudnych afektów. W psychiatrii klinicznej holding nie musi jednak oznaczać wyłącznie psychologicznego pomieszczania. Czasami „trzymanie" pacjenta w bezpieczeństwie stanowi system: regularny kontakt, farmakoterapia, wsparcie rodziny, zespół środowiskowy, plan kryzysowy, możliwość szybkiej konsultacji, a w wyjątkowych sytuacjach – hospitalizacja. Współczesna psychiatria staje się najbardziej relacyjna wtedy, gdy rozumie, że bezpieczeństwo to nie tylko procedura, ale doświadczeniem bycia podtrzymanym przez przewidywalną sieć opieki.

Prowadzi to do interesującego przeformułowania relacyjnego „we-ness". W terapii Safrana i Murana terapeuta może mówić o wspólnym utknięciu – „coś wydarzyło się między nami". W psychiatrii ciężkich zaburzeń zaimek „my" ulega rozszerzeniu: pacjent, terapeuta, psychiatra, rodzina, pielęgniarka, pracownik środowiskowy i pozostali członkowie zespołu wspólnie tworzą strukturę opieki. Wiąże się to z koniecznością komunikacji, spójności zadań i jasności ról. Chaos między profesjonalistami sam w sobie może stać się klinicznym czynnikiem destabilizującym. Pacjent z historią nieprzewidywalnych opiekunów szczególnie łatwo doświadcza niespójnego

systemu leczenia jako powtórzenia wcześniejszego świata: gdy psychiatra mówi jedno, psychoterapeuta drugie, oddział trzecie, a rodzina otrzymuje jeszcze inne informacje.

Relacyjna kompetencja systemowa oznacza zatem również negocjowanie przymierza między specjalistami. Nie wymaga ono identyczności poglądów, lecz wystarczającej koherencji, aby różnice między ekspertami nie zostały przerzucone na pacjenta. W tym miejscu można wyprowadzić pięć poziomów klinicznego pytania – nie jako mechaniczną checklistę, lecz jako strukturę myślenia. Najpierw: co dzieje się fenomenologicznie? Jakie objawy, emocje, myśli i zachowania są obecne? Następnie: czy występuje rozpoznawalny zespół psychiatryczny lub stan somatyczny?

Dalej: jakie jest aktualne ryzyko dla pacjenta lub innych osób? Kolejne pytanie brzmi: jak pacjent nadaje temu doświadczeniu znaczenie w relacjach? Dopiero na końcu można pytać: co aktualna relacja terapeutyczna wnosi do problemu i co można w niej zmienić? Błąd pojawia się wtedy, gdy zaczynamy od piątego poziomu, przyjmując, że wszystkie wcześniejsze są jedynie jego odmianą.

Interdyscyplinarna korekta i prymat bezpieczeństwa

Właśnie tutaj psychiatra kliniczny może stać się nie przeciwnikiem relacyjnego terapeuty, lecz jego epistemologicznym korektorem. Pyta o przebieg choroby, sen, apetyt i psychomotorykę; o substancje, objawy somatyczne, leki oraz ogólne funkcjonowanie; o orientację, świadomość, myśli samobójcze, urojenia, omamy i ryzyko. Terapeuta relacyjny może z kolei korygować psychiatrę, który w gąszczu tych zmiennych przestaje dostrzegać, jak sposób zadawania pytań wpływa na odpowiedzi pacjenta, jak diagnoza kształtuje tożsamość, a historia wcześniejszych relacji determinuje gotowość do współpracy.

Nowoczesne stanowisko nie polega zatem na zwycięstwie jednej szkoły, lecz na pluralizmie poziomów wyjaśnienia kontrolowanym przez konsekwencje kliniczne. Jeśli hipoteza relacyjna poprawia rozumienie pacjenta, nie opóźnia niezbędnego leczenia i pomaga negocjować przymierze – jest użyteczna. Jeśli jednak prowadzi do ignorowania objawów psychotycznych, ryzyka czy somatycznych przyczyn zmiany zachowania – staje się niebezpieczna. Analogicznie, diagnoza psychiatryczna jest klinicznie wartościowa, gdy pomaga dobrać skuteczne leczenie i wspólnie stworzyć plan; staje się natomiast redukcją człowieka do kategorii, jeśli służy unieważnieniu wszystkiego, co pacjent mówi o własnym doświadczeniu.

Tak rozumiana integracja ma kluczowe znaczenie dla sporu o sprawczość. W modelu relacyjnym agency jest podstawowym wymiarem funkcjonowania. Choroba psychiczna może czasowo tę sprawczość osłabiać, lecz celem psychiatrii nie powinno być jej zastąpienie profesjonalnym

paternalizmem – leczenie ma wręcz służyć jej odzyskaniu. Leki stabilizujące ciężką manię, terapia psychozy czy interwencja zapobiegająca samobójstwu mogą w krótkim okresie ograniczać autonomię lub być tak przeżywane, jednak ich głębszym celem jest przywrócenie człowiekowi zdolności do swobodniejszego kierowania własnym życiem. W tej perspektywie ujawnia się głęboka zgodność między relacyjną psychoterapią a rzetelną psychiatrią kliniczną: obie rozumieją leczenie nie jako narzucanie normy, lecz jako poszerzanie zakresu możliwego działania człowieka. Dobra psychoterapia zwiększa repertuar relacyjny – pacjent nie musi zawsze uciekać, podporządkowywać się albo walczyć. Skuteczna psychiatria zwiększa repertuar biologiczno-psychiczny – człowiek przestaje być bezwzględnie sterowany przez depresję, manię, psychozę czy przymus używania substancji.

Choć na różnych poziomach obie interwencje służą sprawczości, nie należy popadać w idyllę integracyjną. Między psychiatrią a psychoterapią istnieją realne konflikty modeli, języków, instytucji i interesów. Psychoterapeuta może uważać, że psychiatra zbyt szybko medykalizuje cierpienie; psychiatra z kolei może uznać, że terapeuta nadmiernie psychologizuje ciężką chorobę.

Pacjent, zawieszony między nimi, może otrzymać dwa niekompatybilne obrazy samego siebie. Rozwiązaniem nie jest naiwna deklaracja, że „wszyscy mają rację", lecz powrót do konkretnego pytania klinicznego: która hipoteza wyjaśnia jakie dane, czego nie wyjaśnia i jakie konsekwencje dla leczenia niesie jej przyjęcie? Relacyjna epistemologia może być tutaj niezwykle wartościowa, o ile zachowa własny fallibilizm. Psychiatra może powiedzieć: „rozpoznaję objawy wskazujące na epizod maniakalny i dlatego rekomenduję określone leczenie; jednocześnie chcę wiedzieć, co ta rekomendacja dla pana znaczy". Terapeuta może odpowiedzieć: „widzę, że propozycję farmakoterapii pacjent przeżywa jako kontrolę, ale nie wyciągam z tego wniosku, że mania jest wyłącznie relacyjną konstrukcją". Wtedy powstaje prawdziwa interdyscyplinarność: dyscypliny zachowują własne kompetencje, lecz korygują swoje ślepe plamy.

Najważniejszą zasadę można ująć następująco: znaczenie nie zastępuje diagnozy, diagnoza nie zastępuje znaczenia, a bezpieczeństwo czasami musi poprzedzić oba. Psychiatra może potrzebować najpierw zatrzymać ostrą dekompensację, aby później można było ją rozumieć. Terapeuta może czasowo zrezygnować z pogłębionej metakomunikacji, by pacjent odzyskał zdolność do refleksji. Nie jest to klęska relacyjności, lecz jej najbardziej odpowiedzialna postać.

Sekwencyjna integracja biologii i relacji jako fundament responsywności

Dojrzały terapeuta relacyjny powinien potrafić odróżnić trzy stwierdzenia: „pacjent nie chce ze mną rozmawiać", „pacjent obecnie nie jest w stanie ze mną rozmawiać" oraz „pacjent nie jest w stanie rozmawiać w taki sposób, jaki mu proponuję". Pierwsze sugeruje sprawczość, drugie ograniczenie kliniczne, trzecie zaś potencjalny problem z responsywnością terapeuty. Choć te możliwości mogą współistnieć, każda z nich wymaga innego działania.

Podobnie należy rozróżnić: „pacjent mnie atakuje", „pacjent znajduje się w stanie pobudzenia psychopatologicznego" oraz „moja interwencja rzeczywiście nasiliła jego złość". Kliniczne mistrzostwo zaczyna się w momencie, gdy terapeuta potrafi utrzymać w głowie kilka hipotez, jednocześnie rozpoznając, która z nich wymaga natychmiastowej reakcji. Niepewność jest cnotą tylko do momentu, w którym nie staje się usprawiedliwieniem dla bezczynności wobec niebezpieczeństwa.

To właśnie psychiatria wprowadza do teorii relacyjnej pojęcie priorytetu klinicznego. Nie wszystkie problemy występujące w danej chwili mają tę samą rangę. Przy bezpośrednim zagrożeniu życia pierwszeństwo otrzymuje bezpieczeństwo. W ciężkiej psychozie stabilizacja może wyprzedzać eksplorację, a w manii konieczne jest ograniczenie destabilizującego pobudzenia. Po ustabilizowaniu pacjenta pytania relacyjne nie tracą na znaczeniu – przeciwnie, stają się często niezbędne, by zrozumieć, co dane zdarzenie zrobiło z poczuciem siebie, zaufaniem i gotowością do dalszego leczenia. Mówimy tu o sekwencyjnej integracji: najpierw realizujemy to, czego wymaga bezpieczeństwo i stan kliniczny, a następnie przechodzimy do pełniejszej refleksji, mentalizacji i pracy nad relacją. Sekwencja ta nie zawsze jest liniowa.

Bywa, że psychoterapia poprawia współpracę na tyle, iż umożliwia skuteczną farmakoterapię. Czasem to lek redukuje dezorganizację, czyniąc psychoterapię w ogóle możliwą. Z kolei interwencja rodzinna może obniżyć poziom stresu i ryzyko nawrotu. Właśnie dlatego w przypadku zaburzeń psychotycznych wytyczne NICE rekomendują łączenie leczenia przeciwpsychotycznego z interwencjami psychologicznymi i rodzinnymi, zamiast wyboru jednego z tych poziomów. Tym samym relacyjna teoria przymierza otrzymuje istotne rozszerzenie. Przymierze nie polega wyłącznie na negocjowaniu tego, co dzieje się między dwiema psychikami; w psychiatrii jest ono także negocjowaniem realności choroby, niepewności diagnostycznej, ograniczeń leczenia, działań niepożądanych, ryzyka, autonomii oraz koniecznej zależności od systemu opieki. Jest to przymierze bardziej wymagające, gdyż stawką bywa nie tylko pogłębienie samowiedzy, ale bezpieczeństwo i samo funkcjonowanie człowieka.

Dlatego najlepsza psychiatria nie powinna obawiać się psychoterapii relacyjnej, a najlepsza psychoterapia relacyjna – psychiatrii. Pierwsza przypomina, że człowiek nigdy nie jest tylko neurobiologicznym nosicielem zespołu objawowego. Druga zaś, że nie jest on wyłącznie wytworem historii relacji. Między neuronem i narracją nie trzeba wybierać. Są to różne poziomy tego samego życia. Można to zamknąć formułą scalającą dotychczasowy wywód: relacja jest miejscem, w którym odbywa się leczenie, ale nie zawsze jest jego jedynym przedmiotem. W gabinecie spotykają się dwie podmiotowości, lecz jedna z nich może cierpieć na chorobę wymagającą interwencji biologicznej, kryzysowej lub instytucjonalnej. Uznanie tego faktu nie umniejsza relacji. Przeciwnie – chroni ją przed narcystycznym roszczeniem psychoterapii, że każde ludzkie cierpienie musi dać się wytłumaczyć jej własnym językiem. Tak rozumiana granica otwiera kolejny poziom analizy.

Skoro nie istnieje jedna interwencja odpowiednia dla każdego stanu, należy postawić pytanie o responsywność terapeutyczną jako zasadę integrującą różne szkoły: w jaki sposób relacyjne odkrycia Safrana i Murana można odnieść do CBT, terapii psychodynamicznej, schematów, DBT, MBT i innych współczesnych modeli, nie tworząc przy tym eklektycznej mieszaniny? Dopiero wtedy dostrzeżemy, że rekonceptualizacja przymierza nie musi być domeną jednej szkoły. Może stać się metateorią pozwalającą pytać, co każda technika robi w konkretnej relacji, z konkretnym pacjentem i w konkretnym momencie jego zdolności do zmiany.

> Czy dążenie do całkowitego wyjaśnienia cierpienia poprzez język relacji nie staje się paradoksalnie formą przemocy wobec pacjenta, którego biologia krzyczy głośniej niż jego historia? Prawdziwa responsywność terapeuty zaczyna się tam, gdzie kończy się pokusa interpretowania wszystkiego i pojawia się pokora wobec medycznej realności choroby. W tym napięciu między neuronem a narracją rozgrywa się walka o to, by pacjent nie został zredukowany ani do kodu medycznego, ani do metafory relacyjnej.

Inspiracje

[1] 

"Negotiating The Therapeutic Alliance" Jeremy D - Safran

Guilford Press | ISBN: 9781572308695

Jeremy David Safran (1952–2018) był wybitnym kanadyjsko-amerykańskim psychologiem klinicznym, psychoanalitykiem i badaczem psychoterapii. Większość swojej kariery akademickiej spędził jako profesor psychologii i dyrektor ds. szkoleń klinicznych w New School for Social Research w Nowym Jorku. Ponadto był członkiem wydziału Programu Podyplomowego Psychoterapii i Psychoanalizy Uniwersytetu Nowojorskiego oraz współzałożycielem Centrum im. Sándora Ferenciego w New School. Safran zyskał międzynarodowe uznanie za pionierskie badania nad sojuszem terapeutycznym, w szczególności nad identyfikacją i rozwiązywaniem zerwań w sojuszu, które zrewolucjonizowały współczesną praktykę kliniczną. Wniósł fundamentalny wkład w psychoanalizę relacyjną, terapię skoncentrowaną na emocjach oraz integrację psychologii buddyjskiej z psychoterapią. Safran był również byłym prezesem Międzynarodowego Stowarzyszenia Psychoanalizy i Psychoterapii Relacyjnej.

Jeremy David Safran (1952–2018) was a prominent Canadian-American clinical psychologist, psychoanalyst, and psychotherapy researcher. He spent much of his academic career as a Professor of Psychology and Director of Clinical Training at the New School for Social Research in New York City. Additionally, he served on the faculty of the New York University Postdoctoral Program in Psychotherapy and Psychoanalysis and co-founded the Sándor Ferenczi Center at The New School. Safran was internationally recognized for his pioneering research on the therapeutic alliance, particularly the identification and resolution of alliance ruptures, which transformed contemporary clinical practice. He made fundamental contributions to relational psychoanalysis, emotion-focused therapy, and the integration of Buddhist psychology with psychotherapy. Safran was also a past president of the International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy.

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

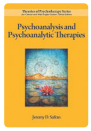
2020 | ISBN: 9788897479192



[2] **"Widening the Scope of Cognitive Therapy"**

Jeremy D. Safran

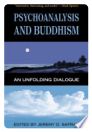
1998



[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 generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance."**

Edward S. Bordin

1979 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/h0085885

Źródło

[2] **"A Working Alliance Based Model of Supervision"**

Edward S. Bordin

1983 | The Counseling Psychologist | DOI: 10.1177/0011000083111007

Źródło

[3] **"Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions."**
Edward S. Bordin
1994
Źródło

[4] **"Psychodynamic model of career choice and satisfaction."**
Edward S. Bordin
1990
Źródło

Artykuły naukowe autora:

[5] **"Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide"**
Jeremy D. Safran, John Christopher Muran
2000
Źródło

[6] **"Repairing alliance ruptures."**
Jeremy D. Safran, John Christopher Muran, Catherine F. Eubanks
2011 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/a0022140
Źródło

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

[8] **"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

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

[10] "Emotion in psychotherapy."

Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran

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

Źródło

[11] "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

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

Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran

1987

Źródło

[13] "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

[14] "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: b1b828b4-2d09-41c6-aeb1-d6d22ba1898a