Refleksyjna responsywność i pokora epistemiczna w świetle koncepcji Negotiating The Therapeutic Alliance

AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Tekst analizuje zjawisko narcyzmu zawodowego u terapeutów, rozumianego jako mechanizm obronny przed wstydem i poczuciem nieadekwatności. Autor ostrzega przed nadużywaniem teorii psychologicznej do ochrony ego klinicysty, co może prowadzić do błędnych interpretacji oporu pacjenta. Kluczowym rozwiązaniem jest rozwój pokory epistemicznej oraz tzw. kalibrowanej pewności. Przywołując badania nad professional self-doubt, artykuł wskazuje, że umiarkowany poziom zwątpienia we własną skuteczność sprzyja lepszej naprawie zerwań w relacji i budowaniu silniejszego przymierza terapeutycznego. Dojrzałość zawodowa polega zatem na zdolności do rozpoznania zranienia narcystycznego i powstrzymania automatycznych reakcji obronnych na rzecz refleksyjnej responsywności.

The text analyzes the phenomenon of professional narcissism in therapists, understood as a defense mechanism against shame and feelings of inadequacy. The author warns against the misuse of psychological theory to protect the clinician's ego, which can lead to misinterpretations of patient resistance. The key solution is the development of epistemic humility and so-called calibrated confidence. Drawing on research on professional self-doubt, the article indicates that a moderate level of doubt regarding one's own effectiveness promotes better repair of relational ruptures and the building of a stronger therapeutic alliance. Professional maturity thus consists in the ability to recognize narcissistic injury and restrain automatic defensive reactions in favor of reflexive responsiveness.

Artykuł stanowi krytyczną analizę tożsamości zawodowej psychoterapeuty, koncentrując się na napięciu między narcystyczną potrzebą kompetencji a rzeczywistością klinicznej

omylności. Autor stawia tezę, że prawdziwa skuteczność terapeutyczna nie wynika z technicznej perfekcji czy neutralności, lecz z przyjęcia postawy epistemicznej pokory i refleksyjnej responsywności. Tekst demaskuje mechanizmy „narcyzmu zawodowego", w którym teoria bywa nadużywana jako tarcza chroniąca ego klinicysty przed wstydem towarzyszącym błędom lub brakiem postępów pacjenta. Kluczowym elementem procesu leczniczego okazuje się nie unikanie zerwań w przymierzu, lecz zdolność do ich wspólnej naprawy, co przekształca błąd w doświadczenie emancypacyjne. W ten sposób terapia przestaje być jednostronnym procesem „naprawiania" pacjenta przez eksperta, a staje się laboratorium wolności relacyjnej, w którym obie strony uczą się elastyczności między autonomią a zależnością. Ostatecznie profesjonalizm zostaje zdefiniowany jako nieustanna kalibracja własnego Ja, gdzie zdolność do przyznania się do niewiedzy staje się warunkiem bezpieczeństwa i rozwoju pacjenta.

SŁOWA KLUCZOWE

pokora epistemiczna | refleksyjna responsywność | narcyzm zawodowy | przymierze terapeutyczne | professional self-doubt | kalibrowana pewność | naprawa zerwań w relacji | enactment | pseudoprzymierze | relacyjna epistemologia | inner work | syndrom zbawcy | asymetria odpowiedzialności | internalizacja funkcji refleksyjnej

Narcyzm zawodowy i ryzyko nadużywania teorii do ochrony ego

Terapeuta bez piedestału: narcyzm zawodowy, wstyd, bezradność i epistemiczna pokora

Psychoterapia jest jednym z nielicznych zawodów, w których profesjonalista wykorzystuje jako podstawowe narzędzie nie tylko wiedzę czy procedury, lecz przede wszystkim własną osobowość. Sposób słuchania, tolerancja napięcia, potrzeba kontroli, stosunek do niewiedzy, podatność na krytykę, osobiste doświadczenia zależności i separacji, a także zdolność przeżywania wstydu i regulowania poczucia własnej wartości – wszystko to nieustannie oddziałuje na proces terapeutyczny. Z tego powodu relacyjna rewolucja, która odebrała terapeucie status neutralnego

obserwatora, musi prędzej czy później postawić pytanie niewygodne dla samego środowiska: co dzieje się z terapeutą, gdy pacjent nie poprawia się, nie zgadza z nim, nie podziwia go, odrzuca jego interpretację lub pokazuje, że pomocy potrzebuje od kogoś innego?

Nie chodzi tutaj o twierdzenie, że psychoterapeutów cechuje szczególny patologiczny narcyzm. „Narcyzm zawodowy" należy rozumieć szerzej – jako nieuniknione przywiązanie profesjonalnego Ja do obrazu własnej kompetencji, skuteczności i znaczenia. Lekarz chce trafnie diagnozować, naukowiec wytwarzać rzetelną wiedzę, sędzia wydawać sprawiedliwe wyroki. Terapeuta chce pomagać.

Trudność zaczyna się w momencie, gdy stwierdzenie „moja interwencja nie pomogła" przestaje być neutralną informacją o działaniu, a zostaje przeżyte jako „jestem złym terapeutą". Błąd techniczny zostaje wówczas powiązany z globalnym poczuciem własnej wartości. Safran lokalizuje tę trudność konkretnie w modelu naprawy zerwania konfrontacyjnego: krytyka kompetencji terapeuty „rzuca wyzwanie jego narcyzmowi", a zadaniem klinicysty jest wywikłanie się z reakcji obronnej i powstrzymanie kontrataku. Tę uwagę można jednak rozszerzyć na znacznie szerszy kontekst.

Pacjent może zagrozić profesjonalnemu Ja terapeuty również poprzez milczenie, brak postępów, rezygnację z terapii, odmowę odpowiedzi na pytanie, pozytywną opinię o innym specjaliście czy decyzję o farmakoterapii. Żadne z tych zdarzeń nie musi być agresywne, by aktywować wstyd klinicysty. Wstyd i narcyzm są tu funkcjonalnie splecione: wstyd mówi „zostałem ujawniony jako niewystarczający", na co narcyzm obronny odpowiada „muszę odzyskać pozycję kompetentnego". W psychoterapii odzyskanie tej pozycji może przybrać szczególnie subtelne formy, gdyż profesjonalista dysponuje potężnym językiem interpretacji. Może on nazwać krytykę pacjenta oporem, rezygnację unikaniem bliskości, brak poprawy niegotowością do zmiany, a niezgodność obroną przed wglądem.

Każda z tych hipotez bywa czasem prawdziwa. Niebezpieczeństwo polega jednak na tym, że teoria może służyć dwóm funkcjom jednocześnie: wyjaśniać pacjenta i chronić terapeutę przed własnym wstydem. Relacyjna epistemologia wymaga zatem pytania nie tylko o to, czy interpretacja jest możliwa, ale dlaczego staje się ona w danym momencie tak potrzebna. Jeśli klinicysta szczególnie mocno pragnie udowodnić, że pacjent unika zależności, warto sprawdzić, czy sam nie unika doświadczenia bycia niepotrzebnym. Jeśli zaciekle broni zasadności swojego postępowania, może trzeba zapytać, czy nie próbuje ochronić obrazu siebie jako terapeuty kompetentnego. A jeśli nagle dąży do zwiększenia liczby interwencji, być może trudno mu tolerować bezradność.

W tym miejscu „inner work" z materiału Safrana i Murana przestaje być psychologicznym luksusem, a staje się warunkiem bezpieczeństwa klinicznego. Terapeuta powinien rozwijać

zdolność kontaktu z własnymi intensywnymi uczuciami bez automatycznej potrzeby rozładowywania ich w działaniu. Uważność ma poszerzać wewnętrzną przestrzeń między przeżyciem a reakcją, zaś „beginner's mind" umożliwia przyjęcie, że aktualna konceptualizacja może być błędna. Zawodowa dojrzałość nie polega więc na tym, by terapeuta nie doświadczał zranienia narcystycznego, lecz by potrafił je rozpoznać, zanim stanie się ono interwencją.

Kalibrowana pewność jako fundament pokory epistemicznej

Najnowsze badania nad professional self-doubt – profesjonalnym zwątpieniem we własną skuteczność – pokazują, że problem jest bardziej złożony niż proste przeciwstawienie sobie pewności i niepewności. Badanie z 2025 roku, obejmujące 4986 sesji 535 pacjentów prowadzonych przez 53 terapeutów, wskazało na nieliniową zależność między trwałym poziomem profesjonalnego zwątpienia a naprawą zerwań w relacji. Zarówno bardzo niski, jak i bardzo wysoki poziom tego zjawiska wiązał się z gorszymi ocenami przymierza po kryzysach; najbardziej adaptacyjne okazywało się natomiast umiarkowane zwątpienie. Co więcej, wzrost sytuacyjnego zwątpienia podczas konkretnego zerwania mógł sprzyjać poprawie przymierza u tych terapeutów, którzy nie byli obciążeni globalnym poczuciem nieadekwatności. Jest to wynik niezwykle istotny, gdyż oddziela on zdolność do kwestionowania własnych działań od chronicznego poczucia bycia niewystarczającym. Ta pierwsza może być kompetencją: terapeuta dostrzega, że coś nie działa i potrafi pomyśleć: „być może coś przeoczyłem". Druga zaś bywa destabilizująca.

Jeśli każda trudność natychmiast uruchamia globalne przekonanie „nie nadaję się do tej pracy", klinicysta traci przestrzeń na badanie pacjenta, gdyż musi najpierw ratować własną tożsamość. Można zatem mówić o optymalnym zakresie profesjonalnej niepewności. Zbyt mała ilość zwątpienia sprzyja dogmatyzmowi; zbyt duża prowadzi do paraliżu, nadmiernej samokontroli i potrzeby chronienia się za procedurą. Właśnie ten problem uwidacznia się w interpretacji Vanderbilt II: terapeuci bardziej skłonni do samokontroli i samoobwiniania wdrażali technikę w sposób sztywniejszy, a materiał Safrana i Murana traktuje tę sztywność jako potencjalną obronę klinicysty przed własną podatnością na zranienie. Należy jednak zachować naukową ostrożność wobec uproszczonego hasła, że „zwątpienie czyni terapeutę lepszym". W badaniu 46 terapeutów i 1817 pacjentów różnice między specjalistami odpowiadały za około 5 procent wariancji tempa poprawy, lecz cechy osobiste – w tym professional self-doubt, self-efficacy i pokora – nie tworzyły prostego, stabilnego profilu terapeuty skutecznego. Starsze badanie naturalistyczne wykazało korzystny związek profesjonalnego zwątpienia z niektórymi rezultatami interpersonalnymi

pacjentów, jednak i tutaj zależności były specyficzne dla mierzonego wyniku, co nie pozwala gloryfikować niepewności jako uniwersalnej zalety.

Bardziej użyteczne okazuje się pojęcie kalibrowanej pewności. Terapeuta powinien posiadać wystarczającą pewność siebie, aby podejmować decyzje, stawiać granice, formułować hipotezy i działać w sytuacjach ryzyka. Jednocześnie musi zachować zdolność do zwątpienia, by jego hipotezy pozostawały odwracalne. Pewność bez możliwości korekty przeobraża się w dogmatyzm; zwątpienie bez zdolności działania staje się bezradnością. To rozróżnienie można przenieść na relację między kompetencją a pokorą. Pokora epistemiczna nie polega na rytualnym powtarzaniu słów „mogę się mylić". Terapeuta może wypowiadać takie zdanie, a jednocześnie zachowywać się tak, jakby niezgoda pacjenta była niedopuszczalna. Pokora jest właściwością systemu poznawczego: informacja sprzeczna z hipotezą musi mieć realną szansę na jej zmianę. Relacyjna pokora przypomina tu pokorę naukową. Badacz nie staje się pokorny dzięki używaniu ostrożnych przysłówków, lecz wtedy, gdy projektuje możliwość falsyfikacji własnej koncepcji.

Iluzja refleksyjności a pułapka profesjonalnego wstydu

Terapeuta nie staje się epistemicznie pokorny tylko dlatego, że używa fraz typu „zastanawiam się, czy...", jeśli odpowiedź pacjenta brzmiąca „nie" i tak niczego nie zmienia. Można zatem uznać, że najbardziej niebezpieczną formą terapeutycznej pewności nie jest jawny autorytaryzm, lecz nieomylność ubrana w język refleksyjności. Klinicysta pyta, ale w rzeczywistości nie dopuszcza odpowiedzi; mówi o wspólnym konstruowaniu znaczeń, lecz każdą różnicę wyjaśnia własnym modelem; deklaruje ciekawość, choć już wie, dokąd rozmowa powinna zmierzać. Pacjent może wtedy odczuwać większą dezorientację niż w starciu z jawnym autorytetem, ponieważ formalnie otrzymuje autonomię, która funkcjonalnie nie istnieje. Zjawisko to wpisuje się w relacyjny problem pseudoprzymierza.

Pacjent uczy się języka terapeuty, zaczyna mówić o swoich „schematach", „częściach", „unikaniu", „mentalizacji" czy „przeniesieniu" i może sprawiać wrażenie coraz bardziej wglądowego. Pytanie brzmi jednak, czy wypracował własny język doświadczenia, czy jedynie nauczył się poprawnie odpowiadać w dialekcie terapeutycznej szkoły. Profesjonalny narcyzm klinicysty może czerpać ogromną gratyfikację z sytuacji, w której pacjent zaczyna widzieć siebie dokładnie tak, jak widzi go terapeuta. W tradycji Safrana i Murana antidotum jest właśnie zdolność do negocjowania znaczeń oraz partnerstwo w ustalaniu celów, co „zdejmuje z terapeuty ciężar nieomylności". Warto potraktować to sformułowanie dosłownie: nieomylność nie jest tylko przywilejem, jest ciężarem. Terapeuta, który musi zawsze wiedzieć, znajduje się w stanie permanentnego zagrożenia. Każde

„nie wiem” staje się porażką, każdy niespodziewany obrót procesu podważa jego status, a pacjent niewpasowujący się w teorię zaczyna być postrzegany jako problematyczny. Uwolnienie od nieomylności nie oznacza jednak uwolnienia od odpowiedzialności – jest wręcz przeciwnie. Łatwiej wziąć odpowiedzialność za błąd, gdy ten nie niszczy całej tożsamości zawodowej. Terapeuta, który może przyznać: „źle to rozpoznałem”, nie musi udowadniać, że to pacjent źle zrozumiał jego interwencję. Stabilne poczucie kompetencji paradoksalnie zwiększa zdolność do przyjęcia lokalnej niekompetencji.

Tu pojawia się problem wstydu. Wstyd ma tendencję do globalizacji: zamiast „zrobiłem coś nietrafnie”, myślimy „jestem nietrafny”; zamiast „nie wiem”, czujemy „jestem kimś, kto nie powinien nie wiedzieć”. W rezultacie profesjonalista może bronić się przed wstydem poprzez racjonalizację, obwinianie pacjenta, unikanie superwizji, sztywne trzymanie się manualu lub nadmierną intelektualizację procesu. Superwizja relacyjna powinna z tego powodu modelować doświadczenie, w którym przyznanie się do niewiedzy nie skutkuje utratą statusu profesjonalnego. Materiał źródłowy opisuje superwizora jako osobę zdolną ujawniać własne chwile zagubienia, przyznawać się do błędów i modelować naprawę zerwania; mistrzostwo ma polegać tu nie na bezbłędności, lecz na umiejętności zauważenia i metakomunikowania błędu.

Idea ta ma istotny wymiar kulturowy. Jeśli środowisko terapeutyczne idealizuje swoich najbardziej znanych przedstawicieli, studenci przejmują nie tylko teorię, ale i model tożsamości zawodowej: dobry terapeuta „widzi głęboko”, trafnie czyta pacjenta, pozostaje spokojny i nigdy nie traci kontaktu z procesem. W realnej klinice taki ideał jest nieosiągalny. Rozdźwięk między mitem a rzeczywistością może wytworzyć ukrytą kulturę wstydu, w której własne pomyłki omawia się ostrożniej niż błędy pacjenta. Relacyjna wizja profesjonalizmu proponuje inne kryterium.

Terapeuta rozwinięty nie jest kimś, kto przestał być podatny na enactment. Jest człowiekiem, który coraz szybciej rozpoznaje, że został w niego wciągnięty, rzadziej odczuwa potrzebę udowadniania, że problem stworzył wyłącznie pacjent i częściej potrafi wykorzystać superwizję lub feedback do korekty swojego działania.

Osoba terapeuty i pułapka gratyfikacji z zależności

Badania nad efektem terapeuty dowodzą, że kwestia ta nie jest wyłącznie teoretyczna. Metaanaliza obejmująca 152 badania i 827 efektów potwierdziła, iż wkład poszczególnych terapeutów ma istotne znaczenie dla związku między przymierzem a wynikiem terapii. Inne analizy wskazują, że różnice między terapeutami w jakości przymierza przewidywały rezultaty leczenia nawet po uwzględnieniu poziomu funkcjonowania pacjentów. Nie oznacza to, że dysponujemy prostym zestawem cech

pozwalającym wybrać „dobrych" klinicystów przed rozpoczęciem pracy; znaczy natomiast, że osoba klinicysty nie jest statystycznie przezroczysta.

Jeszcze ciekawsze są badania nad rozbieżnością perspektyw pacjenta i terapeuty w ocenie przymierza. Analiza 241 diad Safrana, Murana i współpracowników wykazała, że szczególnie silną moc predykcyjną miały zmiany w ocenie dokonywanej przez pacjenta. Jednocześnie pełniejsze rozumienie procesu wymagało traktowania ocen obu uczestników jako wzajemnie powiązanych, a nie uznawania jednej z nich za obiektywnie prawdziwą. W innym badaniu naturalistycznym korzystniejsze wyniki częściej występowały wtedy, gdy w toku terapii perspektywy pacjenta i terapeuty zbiegały się, podczas gdy utrzymująca się rozbieżność wiązała się z gorszym rezultatem. Stanowi to silny empiryczny argument przeciw terapeutycznemu solipsyzmowi.

Klinicysta może bowiem uważać relację za bardzo dobrą, podczas gdy pacjent tak nie sądzi. Może wierzyć, że konflikt został naprawiony, w rzeczywistości zaś pacjent nauczył się jedynie przestać protestować. Sama pewność terapeuty jest więc słabym substytutem wspólnego sprawdzenia.

Można tutaj przejść do drugiego bieguna problemu – idealizacji terapeuty przez pacjenta. Psychoterapia tworzy środowisko szczególnie podatne na to zjawisko. Pacjent spotyka człowieka, który uważnie słucha, zachowuje poufność, posiada wiedzę o psychice, pamięta szczegóły jego życia i oferuje stabilną uwagę. W sytuacji cierpienia taka osoba może łatwo zostać przeżyta jako ktoś posiadający wyjątkową mądrość, siłę, moralną czystość lub zdolność rozumienia, której brakuje innym. Idealizacja sama w sobie nie jest anomalią; w pewnych fazach terapii może wręcz umożliwiać zaufanie i nadzieję. Rozwój relacji opisuje się przecież jako przejście od koniecznej idealizacji ku akceptacji realności ograniczonego drugiego człowieka.

Problem zaczyna się jednak wtedy, gdy terapeuta potrzebuje idealizacji bardziej niż pacjent. Idealizowany klinicysta otrzymuje potężną gratyfikację: jego słowa nabierają szczególnego znaczenia, są pamiętane przez lata i stają się punktem odniesienia przy ważnych decyzjach; czasem pacjent uważa go za jedyną osobę, która naprawdę go rozumie. Bardzo łatwo jest wówczas pomylić kliniczną odpowiedzialność za tę zależność z emocjonalną przyjemnością bycia niezastąpionym. Wtedy może pojawić się subtelna odmiana „syndromu zbawcy". Nie traktuję tego określenia jako formalnej jednostki psychopatologicznej, lecz jako metaforę profesjonalnej organizacji motywacji. Terapeuta zaczyna nieświadomie potrzebować tego, aby pacjent go potrzebował. Przedłużająca się zależność przestaje wtedy niepokoić, gdyż potwierdza znaczenie pracy. Próba zakończenia terapii uruchamia w klinicyście nie tylko troskę o pacjenta, ale i poczucie utraty własnej funkcji.

Z punktu widzenia psychologii relacyjnej jest to szczególnie ciekawa, odwrócona konfiguracja agency-relatedness. Dotychczas analizowaliśmy pacjenta, który poświęca autonomię, aby zachować

więź. Teraz widzimy terapeutę, który może nieświadomie wspierać taką organizację, ponieważ sam czerpie poczucie wartości z relacji opartej na zależności. Obie strony otrzymują krótkoterminową korzyść: pacjent nie musi doświadczać pełnej odpowiedzialności za własne życie, a terapeuta – własnej ograniczoności.

Pułapki narcyzmu zawodowego i regulacja profesjonalnego Ja

Taka diada może być niezwykle zgodna, a przez to właśnie niebezpieczna. Brak konfliktów, dropoutów czy skarg stwarza złudzenie sukcesu: pacjent przychodzi regularnie, terapeuta jest zaangażowany, a obie strony uznają relację za wyjątkową. Dopiero pytanie o sprawczość poza gabinetem ujawnia, czy więź wspiera rozwój, czy zaczęła zastępować życie. To kolejny powód, dla którego BRT i problem zakończenia zajmowały tak istotne miejsce w teorii Safrana i Murana.

Terapeuta musi nauczyć się tolerować fakt, że dobra terapia może prowadzić do zmniejszenia centralności jego osoby. Safran mówi o akceptacji "loose ends" oraz odejściu od fantazji totalnej rezolucji. Można tę zasadę rozszerzyć: dojrzały klinicysta potrafi przyjąć, że pacjent opuszcza terapię nie dlatego, iż terapeuta stał się zbędny jako człowiek, lecz dlatego, że profesjonalna funkcja relacji została wystarczająco wypełniona. Trudność ta nabiera szczególnej ostrości w sytuacji, gdy pacjent wybiera innego specjalistę. Klinicysta może uznać to za racjonalną decyzję dotyczącą dopasowania, ale może również doświadczyć zazdrości, zranienia czy rywalizacji. Relacyjność pozwala te uczucia nazwać, lecz nie uprawnia do ich przerzucania na pacjenta. Pytanie powinno brzmieć: czy potrafię rzeczywiście poprzeć decyzję, która jest dla pacjenta dobra, choć pozbawia mnie roli? Relacyjny profesjonalizm wymaga zatem swoistego antynarcyzmu instytucjonalnego. Terapeuta nie jest właścicielem pacjenta ani jego narracji. Konsultacja psychiatryczna nie jest zdradą psychoterapii, a zmiana modalności nie musi oznaczać dewaluacji wcześniejszej pracy. Druga opinia nie jest podważeniem autorytetu. System dobrej opieki powinien być zorganizowany wokół potrzeb pacjenta, a nie integralności prestiżu poszczególnych profesjonalistów.

Inny wariant zawodowego narcyzmu przejawia się w potrzebie bycia głębokim. Psychoterapia, zwłaszcza w tradycjach psychodynamicznych i relacyjnych, operuje bogatym aparatem pojęciowym, który pozwala klinicyście dostrzegać subtelne związki. Jednak intelektualna elegancja interpretacji może sama stać się źródłem gratyfikacji. Pojawia się pokusa preferowania złożonych konstrukcji nad prostymi wyjaśnieniami tylko dlatego, że lepiej potwierdzają one profesjonalną wyjątkowość. Pacjent jest zmęczony – terapeuta widzi dissociację. Pacjent nie zgadza się – klinicysta dostrzega

enactment. Pacjent spóźnia się przez awarię transportu – można w tym odnaleźć nieświadomy konflikt związany z zależnością.

Każde zachowanie da się wpisać w teorię, jeśli system jest wystarczająco pojemny. Właśnie dlatego w poprzednich częściach tak mocno potrzebowaliśmy psychiatrii, pomiaru, superwizji i zasady niskiego poziomu inferencji. Czasami prostsze wyjaśnienie jest po prostu lepsze. Epistemiczna pokora oznacza więc także tolerowanie banalności. Nie każdy moment jest głęboki; nie każda pomyłka terapeuty odtwarza rdzeń psychopatologii pacjenta.

Nie każde milczenie niesie nieświadomy komunikat, a nie każde zakończenie jest dramatem separacyjnym. Profesjonalna dojrzałość wymaga zdolności do nieprodukowania znaczenia tam, gdzie dane go nie wymagają. Przeciwieństwem tej pokusy jest jednak defensywna powierzchowność – ucieczka w procedurę, by uniknąć konfrontacji z trudnością. Materiał Vanderbilt II wskazuje tutaj na istotny mechanizm: sztywne stosowanie techniki może być formą regulacji lęku klinicysty. Relacyjna pokora nie oznacza więc postulatu "interpretuj mniej" czy „stosuj więcej manualu”. Oznacza ona zdolność korzystania zarówno z teorii, jak i procedury, bez przekształcania żadnej z nich w schronienie przed niepewnością. Możemy to ująć jako problem regulacji profesjonalnego Ja. Terapeuta potrzebuje wystarczająco stabilnej tożsamości zawodowej, aby móc czasowo nie wiedzieć. Musi być pewny własnej wartości, by pacjent mógł powiedzieć mu, że zawiódł. Musi być niezależny od podziwu, by pacjent mógł przestać go potrzebować. I musi być wystarczająco przywiązany do standardów, by potrafić zmienić technikę, gdy ta nie działa.

Wystarczająco dobry terapeuta jako alternatywa dla fantazji perfekcji

Paradoks ten przypomina winnicottowskie pojęcie „wystarczająco dobrego”. Być może potrzebujemy koncepcji wystarczająco dobrego terapeuty nie jako usprawiedliwienia dla przeciętności, lecz jako alternatywy dla profesjonalnej fantazji perfekcji. Taki klinicysta jest kompetentny, przygotowany, etyczny i refleksyjny, ale pozostaje człowiekiem. Jego wartość nie polega na tym, że nigdy nie doświadcza niedostrojenia (misattunement), lecz na zdolności do rozpoznawania go i naprawiania w granicach możliwości. Safran wyraża to wprost: „dąż do autentyczności, nie do perfekcji”. Prawdziwa naprawa zaczyna się bowiem od umiejętności przyznania własnego współudziału w impasie. Należy jednak interpretować „autentyczność” z całą ostrożnością wypracowaną wcześniej. Nie chodzi o spontaniczne demonstrowanie wszystkich uczuć, lecz o brak potrzeby udawania przed samym sobą, że nasz wkład w sytuację nie istnieje.

W tę samą logikę wpisują się badania nad wewnętrznymi modelami relacyjnymi terapeutów. Metaanaliza z 2025 roku wskazała na związek między lękowym stylem przywiązania terapeuty a gorszą oceną przymierza dokonywaną przez samych klinicystów, choć zależności te były bardziej złożone w przypadku ocen pacjentów, a baza badawcza pozostaje ograniczona. Inne, nowsze badanie analizowało jednocześnie wewnętrzne modele relacyjne, profesjonalne zwątpienie, strategie radzenia sobie oraz proces i wynik psychoterapii. Potwierdziło ono zasadność postrzegania profesjonalisty nie jako neutralnego przekaźnika metody, lecz aktywnej zmiennej procesu. Należy jednak uważać, by z tych wyników nie budować psychologicznego kastingu terapeutów. Nie ma podstaw do uznania, że osoba z określonym wynikiem w kwestionariuszu przywiązania nie powinna praktykować. Znacznie ważniejszym wnioskiem jest potrzeba świadomości własnej powtarzalności. Klinicysta może wiedzieć, że szczególnie trudno znosi mu zależność pacjentów, krytykę, wycofanie, idealizację lub brak poprawy. Ta wiedza nie eliminuje reakcji, ale zwiększa szansę na zauważenie momentu, w którym stary wzorzec terapeuty zaczyna budować nowy pat. W tym miejscu powraca podwójna świadomość.

Terapeuta musi równocześnie być w relacji i obserwować własną potrzebę bycia określonym rodzajem terapeuty. Może istnieć jego „Ja profesjonalne", które pragnie być empatyczne, głębokie, nieobronne i relacyjne. Paradoksalnie nawet identyfikacja z ideałem „terapeuty relacyjnego" może stać się obroną. Klinicysta może tak mocno potrzebować być nieobronny, że zacznie zaprzeczać własnej złości; tak bardzo pragnąć otwartości, że ujawni zbyt wiele; tak silnie dążyć do naprawy każdego zerwania, że nie zaakceptuje prawa pacjenta do odejścia. Każda cnota terapeutyczna może więc posiadać wersję obronną.

Empatia może bronić przed konfliktem. Stanowczość – przed zależnością. Uważność – przed spontanicznością. Self-disclosure – przed milczeniem. Interpretacja – przed bezradnością. Neutralność – przed bliskością. Humor – przed smutkiem. Struktura – przed chaosem. Elastyczność – przed odpowiedzialnością za standard. Pokora – przed koniecznością podjęcia decyzji. Najbardziej zaawansowana autorefleksja nie pyta zatem wyłącznie: „czy używam właściwej kompetencji?", lecz: „jaką funkcję ta kompetencja pełni teraz również dla mnie?".

To właśnie czyni z psychoterapii relacyjnej teorię trudniejszą, niż sugeruje jej humanistyczne brzmienie. Nie pozwala terapeucie schronić się nawet za własnymi zaletami. W tym świetle rozwój profesjonalny nie jest prostą linią prowadzącą od niewiedzy do pewności, lecz raczej ruchem od nieświadomej pewności, przez świadomą niepewność, ku dojrzałej, ograniczonej pewności. Początkujący może nie wiedzieć, czego nie wie. Później dostrzega ogrom złożoności i przeżywa niepewność jako zagrożenie. Dopiero doświadczenie pozwala funkcjonować skutecznie, przy jednoczesnej świadomości, że każda sesja może wymagać rewizji rozumienia. Nowsze badania nad

profesjonalnym zwątpieniem wpisują się w ten nieliniowy model: ani jego całkowity brak, ani poziom bardzo wysoki nie wydają się optymalne dla naprawy zerwań; sprzyja temu umiarkowany, regulowany poziom. Niepewność zostaje więc przekształcona z oznaki słabości w sensor błędu – pod warunkiem, że terapeuta dysponuje zasobami, by wykorzystać ten sygnał, zamiast zostać przez niego zalany.

Tutaj należy również odróżnić pokorę od samodewaluacji. Terapeuta przyjmujący pełną odpowiedzialność za każde cierpienie pacjenta nie staje się bardziej relacyjny. Wpada w przeciwległą omnipotencję: skoro wszystko jest moją winą, wszystko musiało być również pod moją kontrolą. Pacjent posiada własną historię, decyzje, ograniczenia biologiczne, środowisko społeczne i zdarzenia losowe. Nie każda terapia kończy się sukcesem, nawet jeśli jest prowadzona kompetentnie. Zdrowa odpowiedzialność jest lokalna i konkretna.

Relacyjna refleksja jako alternatywa dla zaprzeczania i samopotępienia

"Mogłem lepiej zauważyć to zerwanie"; "za długo trzymałem się tej hipotezy"; "powinienem wcześniej skierować pacjenta do psychiatry"; "moja reakcja była defensywna". Patologiczna samodewaluacja globalizuje: "zawiodłem jako terapeuta". Podobnie jak w pracy z pacjentem, celem nie jest tu samopotępienie, lecz zwiększenie sprawczości poprzez precyzyjne rozpoznanie własnych działań. Samowybaczenie, które Safran wiąże przede wszystkim z odzyskiwaniem podmiotowości przez pacjenta, może mieć zatem swój odpowiednik w sferze profesjonalnej. Terapeuta niezdolny do wybaczenia sobie niedoskonałości będzie wykazywał silniejszą tendencję do zaprzeczania błędom. Samowybaczenie nie oznacza zwolnienia z odpowiedzialności; pozwala ją raczej udźwignąć bez konieczności przekształcania winy w mechanizm obronny.

Wyróżnić można dwa diametralnie różne sposoby reagowania na błąd. Pierwszy brzmi: "to nie był mój błąd, pacjent jest oporny". Drugi: "skoro popełniłem błąd, nie nadaję się". Obie reakcje usuwają błąd z przestrzeni uczenia. W pierwszej zostaje on przerzucony na pacjenta, w drugiej – zamienia się w globalny sąd nad osobą. Relacyjna refleksja proponuje trzecią drogę: "to było nietrafne; sprawdźmy, dlaczego tak zrobiłem, jaki miało to skutek i czego wymaga naprawa".

W tym punkcie spotykają się epistemologia, etyka i teoria uczenia. Błąd przestaje być przeciwieństwem profesjonalizmu, a staje się momentem jego próby. O jakości tej próby nie decyduje sam fakt wystąpienia pomyłki, lecz sposób odpowiedzi na nią. Odpowiedź ta bywa szczególnie trudna, gdy błąd faktycznie wyrządził szkodę. Nie każde zerwanie może zostać

szczęśliwie naprawione i nie każdy pacjent zechce kontynuować pracę. Czasem odpowiedzialna reakcja obejmuje przeprosiny, konsultację, zmianę terapeuty, formalne zgłoszenie zdarzenia lub uznanie prawa pacjenta do skargi. Relacyjność nie gwarantuje happy endu. Dojrzałość polega również na tolerowaniu sytuacji, w której naprawa nie przywróci wcześniejszej więzi. Jest to kolejny antynarcyzystyczny element modelu: terapeuta może bowiem dążyć do naprawy błędu częściowo po to, by odzyskać obraz siebie jako „dobrego profesjonalisty".

Pacjent nie ma jednak obowiązku udzielić mu przebaczenia. Prawo do próby naprawy nie jest prawem do uzyskania rozgrzeszenia. Rozróżnienie to staje się kluczowe przy poważnych naruszeniach granic, gdzie profesjonalista nie może zamieniać idei rupture-repair w narzędzie nacisku na osobę poszkodowaną. Analogicznie pokora kulturowa nie oznacza prostego deklarowania szacunku dla różnicy.

Tożsamość terapeuty jako procesu nieustannej kalibracji

Badania wskazują, że postrzegana przez pacjentów cultural humility terapeuty może wiązać się z silniejszym przymierzem i lepszym funkcjonowaniem – zarówno w badaniach nad specyficznymi grupami, jak i w nowszych analizach prospektywnych. Znaczenie tych danych dla psychoterapii relacyjnej jest szersze: profesjonalista powinien zakładać, że jego własny świat kulturowy, klasowy, językowy czy normatywny nie jest przezroczystą rzeczywistością, do której pacjent ma się po prostu dopasować. Pokora kulturowa i epistemiczna mają podobną strukturę; nie polegają na rezygnacji z wiedzy, lecz na świadomości położenia wiedzącego. Terapeuta nie traci kompetencji dlatego, że rozpoznaje obcość pewnych aspektów doświadczenia pacjenta. Właśnie wtedy jego profesjonalizm wymaga większej ciekawości i mniejszej skłonności do automatycznej kolonizacji znaczenia.

Tożsamość dojrzałego terapeuty relacyjnego można zatem zdefiniować przez zestaw napięć, a nie cech absolutnych. Musi on być pewny, a jednocześnie zdolny do zwątpienia; zaangażowany, lecz potrafiący się odseparować; empatyczny i gotowy frustrować; autentyczny i zdolny do powściągliwości; ważny, lecz gotowy przestać być centralnym; odpowiedzialny i wolny od omnipotencji; ekspercki, a jednak zdolny powiedzieć „nie wiem".

Nie istnieje punkt, w którym napięcia te zostają raz na zawsze rozwiązane. Relacyjna teoria agency-relatedness wskazuje, że dojrzałość nie jest statycznym kompromisem, lecz zdolnością do elastycznego poruszania się pomiędzy biegunami. Ta sama antropologia, którą zastosowaliśmy do pacjenta, musi ostatecznie objąć terapeutę. Być może jest to najgłębszy sens psychologii

dwuosobowej: odrzucenie wygodnego podziału, w którym jedna osoba posiada psychodynamikę, a druga wyłącznie kompetencje zawodowe. Terapeuta również ma swoją historię, obrony, potrzeby, wstyd, przywiązanie, podatność narcystyczną i tendencje do działania. Różnica nie polega na braku psychiki po jego stronie, lecz na większej odpowiedzialności za jej opracowanie.

Dlatego relacyjna psychoterapia stawia przed profesjonalistą wymagania bardziej rygorystyczne niż neutralność. Neutralność pozwalałaby uznać, że „moje Ja powinno pozostać poza terapią". Relacyjność odpowiada: „twoje Ja i tak wejdzie do terapii, więc musisz nauczyć się rozpoznawać, kiedy służy pacjentowi, kiedy jest informacją, kiedy zakłóceniem, a kiedy zagrożeniem". Terapeuta staje się własnym instrumentem pomiarowym, ale instrumentem wymagającym nieustannej kalibracji. Superwizja, własna terapia, feedback pacjenta, nagrania sesji, dane outcome, konsultacje psychiatryczne, kodeks etyczny i zespół nie są oznakami braku autonomii. Są systemami kalibracyjnymi chroniącymi przed sytuacją, w której instrument zaczyna mierzyć przede wszystkim samego siebie.

Jeśli ten artykuł ma jeden powracający motyw, jest nim korekta. Bordin skorygował wizję przymierza jako jedynie pozytywnego przeniesienia. Safran i Muran skorygowali Bordina, czyniąc z przymierza proces negocjacji. Teoria zerwań skorygowała fantazję o terapii bez konfliktu. Metakomunikacja skorygowała interpretacyjną jednostronność. Vanderbilt II skorygował przekonanie, że formalnie lepsza technika musi poprawiać relację. Etyka skorygowała romantyczną wzajemność. Psychiatria skorygowała relacyjny redukcjonizm. Measurement-based care skorygowała intuicję kliniczną. A psychologia terapeuty musi ostatecznie skorygować ostatni bastion – przekonanie, że profesjonalista potrafi dokonywać tych wszystkich korekt bez odnoszenia ich do własnego Ja.

Trzeba zatem odpowiedzieć na pytanie, jak z relacji, techniki, diagnozy, uważności, korekty błędu, odpowiedzialności i ograniczeń powstaje system zmiany, w którym żadna część nie jest samowystarczalna. Co właściwie leczy, jeśli terapeuta nie jest neutralnym operatorem techniki, pacjent nie jest biernym przedmiotem interwencji, a relacja może być jednocześnie źródłem zmiany i źródłem błędu? Odpowiedź prowadzi do relacyjnej teorii terapeutycznej wolności: zdolności dwóch ludzi do wychodzenia z automatycznych konfiguracji ku sytuacji, w której możliwe stają się większa sprawczość, głębsza więź, realistyczne uznanie ograniczeń drugiego człowieka oraz możliwość korygowania własnych przewidywań bez rozpadu Ja. Psychoterapia wielokrotnej korekty: od przymierza do wolności relacyjnej.

Po przejściu od Freuda, Sterby, Zetzel i Greensona przez Sullivana, Bordina, Mitchella, Hoffmana, Benjamina, Safrana i Murana odpowiedź musi okazać się bardziej złożona niż każda formuła redukująca skuteczność do jednej zmiennej. Nie leczy sama interpretacja, nie leczy sama więź ani

autentyczność terapeuty. Nie leczy konflikt jako taki, ani nawet sama naprawa zerwania, jeśli zamieni się ją w wyuczoną procedurę.

Naprawa zerwań jako mechanizm zwiększania wolności relacyjnej

Potencjał leczniczy pojawia się wtedy, gdy człowiek zyskuje możliwość uczestniczenia w relacji w sposób odmienny niż dotychczas – może zauważyć własne automatyzmy, doświadczyć przeżywania różnicy bez katastrofy oraz korygować przewidywania na swój i drugi temat w warunkach wystarczającego bezpieczeństwa. Właśnie dlatego koncepcja Safrana i Murana nie jest pochwałą relacji jako ciepłej więzi; jest ona znacznie bardziej konfliktowa. Przymierze nie zostaje zawarte raz na zawsze, lecz jest nieustannie negocjowane.

Pacjent i terapeuta uzgadniają nie tylko cele i zadania, ale także to, ile odrębności można zachować wewnątrz bliskości, ile wpływu drugiej osoby można przyjąć bez utraty siebie oraz ile własnej sprawczości można ujawnić bez ryzyka zerwania więzi. Ta rekonceptualizacja wywodzi się z Bordinowskiej triady zadań, celów i więzi, jednak przenosi jej ciężar ze stabilnej współpracy na dynamiczne negocjacje – jawne i niejawne – pomiędzy dwiema subiektywnościami. Z tej perspektywy centralnym konfliktem psychoterapii staje się dialektyka agency-relatedness. Sprawczość pozwala człowiekowi doświadczać siebie jako autora działań, podmiotu z własnymi granicami, pragnieniami i prawem do odmowy. Relacyjność natomiast umożliwia przynależność, uznanie, zależność i korzystanie z obecności drugiego człowieka. Dojrzałość nie jest tu rozumiana jako kompromisowy punkt środkowy między tymi potrzebami, lecz jako zdolność elastycznego przemieszczania się między nimi bez zamrażania życia w jednej konfiguracji. Człowiek nie zdrowieje zatem dlatego, że staje się całkowicie autonomiczny lub idealnie związany z innymi. Zdrowie relacyjne to możliwość zależności bez utraty siebie oraz odrębności bez konieczności niszczenia więzi.

Na tym tle dwa podstawowe typy zerwania nabierają znaczenia antropologicznego. Wycofanie jest sposobem ochrony relacyjności poprzez ograniczenie sprawczości, podczas gdy konfrontacja chroni sprawczość kosztem zagrożenia relacji. Uległy pacjent mówi niejawnie: „jeżeli pozostanę sobą, mogę cię stracić”. Pacjent walczący organizuje doświadczenie według przeciwnego schematu: „jeżeli pozwolę ci być ważnym, przejmiesz nade mną władzę”. Safran i Muran opisują te trajektorie jako odmienne strategie ochronne i ostrzegają przed ryzykiem pomylenia uległości z dobrym przymierzem lub odpowiedzią terapeuty w formie kontrataku na próbę ochrony autonomii. Zmiana

relacyjna nie polega więc na nauczeniu pacjenta „lepszego zachowania", lecz na zwiększeniu liczby dostępnych mu reakcji.

Osoba wycofana może odkryć, że potrafi się nie zgodzić i nadal pozostać w relacji. Osoba konfrontacyjna może zauważyć, że potrafi potrzebować bez poczucia upokorzenia i mówić o zranieniu bez zamieniania go w atak. Dlatego doświadczenie korektywne nie powinno być rozumiane jako pedagogiczna inscenizacja właściwej relacji. Jego najcenniejsza postać pojawia się wtedy, gdy dawny wzorzec zostaje realnie uruchomiony, ale przebieg sytuacji kończy się inaczej.

Psychoterapia staje się zatem laboratorium przewidywań interpersonalnych. Pacjent wnosi do niej nie tylko wspomnienia, lecz modele tego, co zdarzy się w momencie ujawnienia gniewu, potrzeby, słabości, seksualności, zależności lub sprzeciwu. Nie musi znać tych przewidywań deklaratywnie – są one zapisane w samym sposobie uczestniczenia.

Jeśli dotychczasowe doświadczenia uczyły, że odmowa prowadzi do odrzucenia, człowiek nie potrzebuje świadomego przekonania, że ludzie go porzucają, gdy mówi „nie". Może po prostu automatycznie mówić „tak". Terapia staje się istotna dopiero wtedy, gdy automat zostaje zauważony, a stara predykcja poddana próbie. Tu właśnie tkwi znaczenie zerwania. Nie jest ono romantycznie rozumianym kryzysem, który zawsze prowadzi do rozwoju; zerwanie może zniszczyć terapię, utrwalić patologię lub doprowadzić do dropoutu. Jego potencjał pojawia się dopiero wtedy, gdy zostanie rozpoznane i w wystarczającym stopniu naprawione. Autorzy formułują tę ideę jednoznacznie: umiejętność naprawy jest ważniejsza niż fantazja o całkowitym unikaniu zerwań. To jedno z najbardziej znaczących odejść od perfekcjonistycznego modelu leczenia. Dobra relacja nie jest relacją bez misattunement, lecz taką, która nie musi wypierać każdego niedostrojenia.

Rozróżnienie to pozwala właściwie umiejscowić błąd terapeuty. W uproszczonej narracji relacyjnej można by stwierdzić, że błędy są lecznicze, jednak byłaby to teza fałszywa i etycznie niebezpieczna. Błąd nie leczy – błąd jest błędem.

Może on jednak, jeśli skala na to pozwala, stać się materiałem naprawy, gdy terapeuta dostrzeże własny udział, nie zmusi pacjenta do unieważnienia negatywnego doświadczenia i potrafi pozostać obecny wobec konsekwencji swojego działania. W tym kontekście źródło zdejmuje z terapeuty ciężar „nieomylności", łącząc błąd z potrzebą refleksji-w-działaniu i disembedding. Nie każdy błąd należy jednak do tej kategorii. Historia kontrowersji wokół Ferenczi ego i Alexandra oraz rzeczywiste naruszenia granic wymuszają ostrzejszą linię: istnieje zasadnicza różnica pomiędzy omylnością a wykorzystaniem.

Seksualne, narcystyczne czy emocjonalne użycie pacjenta do regulowania potrzeb terapeuty nie może być romantyzowane jako „wzajemność" lub intensywny enactment. Safran wyraźnie łączy

problem uwikłania relacyjnego z niebezpieczeństwem wyzysku seksualnego, voyeurystycznej gratyfikacji i odtwarzania doświadczeń uwiedzenia. Najważniejsza zasada etyczna psychoterapii relacyjnej brzmi: wzajemny wpływ nie oznacza symetrycznej odpowiedzialności. Pacjent i terapeuta zmieniają się nawzajem psychologicznie, ale nie pełnią tych samych funkcji. To terapeuta odpowiada za profesjonalną ramę, granice, adekwatność interwencji, reagowanie na ryzyko oraz korzystanie z własnej subiektywności w służbie pacjenta.

System wzajemnych korekt jako gwarancja etyki

Relacyjność, właściwie rozumiana, nie liberalizuje etyki. Wręcz przeciwnie – zwiększa jej wymagania, odbierając klinicyście wygodne przekonanie, że jego osoba znajduje się poza procesem. Praktyczną odpowiedzią na tę sytuację jest metakomunikacja. Zmiana poziomu rozmowy — przejście od treści do tego, co aktualnie dzieje się między uczestnikami — pozwala wprowadzić niejawny proces do wspólnej refleksji.

Nawet metakomunikacja może jednak stać się kolejnym narzędziem dominacji, jeśli terapeuta wykorzystuje ją do przekonania pacjenta do własnej teorii. Dlatego zasady źródłowe kładą nacisk na umysł początkującego, uważną niepewność, subiektywny status doświadczenia terapeuty oraz budowanie "we-ness" zamiast jednostronnej diagnozy drugiej osoby. To właśnie tutaj "mindfulness in action" ujawnia swoje najgłębsze znaczenie. Nie chodzi w nim o wyciszenie, koncentrację czy technikę medytacyjną, lecz o stworzenie odstępu pomiędzy reakcją a działaniem. Terapeuta czuje irytację, lecz nie musi natychmiast zostać irytacją. Może czuć potrzebę ratowania, ale potrafi przyglądać się temu impulsowi, zanim wejdzie w rolę wybawcy. Gdy zostaje skrytykowany, może zauważyć pragnienie obrony własnych kompetencji, zanim wygłosi interpretację, której rzeczywistą funkcją jest ratowanie jego zawodowego Ja.

Relacyjna wolność dotyczy więc nie tylko pacjenta; terapeuta również potrzebuje uwolnienia z własnych automatyzmów. Z tego powodu szkolenie nie może ograniczać się do przekazywania prawidłowych interwencji. Safran wiąże rozwój profesjonalny z Schönowską reflection-in-action, "inner work", tolerowaniem niepewności, samoobserwacją oraz mikroanalizą nagrań. Klinicysta nie staje się ekspertem dzięki posiadaniu coraz większej liczby odpowiedzi, lecz wtedy, gdy potrafi coraz lepiej rozpoznawać moment, w którym dotychczasowa odpowiedź przestaje pasować do sytuacji.

Superwizja zyskuje w tej koncepcji funkcję epistemologiczną, a nie wyłącznie edukacyjną. Diada terapeutyczna może bowiem utworzyć system zamknięty, w którym pacjent i terapeuta wzajemnie potwierdzają określoną wersję wydarzeń; superwizor wnosi tu trzeci punkt obserwacji.

Jednocześnie on sam nie jest wolny od relacyjności. Materiał Safrana i Murana podkreśla dwukierunkowość procesu równoległego i ostrzega, że superwizor może używać tego pojęcia do obrony przed badaniem własnego wkładu. System korekty również potrzebuje korekty. W tym miejscu szczególnie jasno ujawnia się logika, którą można nazwać psychoterapią wielokrotnej korekty. Pacjent koryguje interpretację terapeuty. Terapeuta pomaga pacjentowi korygować automatyczne przewidywania. Reakcja pacjenta koryguje sposób używania techniki. Nagranie sesji koryguje pamięć terapeuty. Superwizor koryguje zamknięcie diady. Relacja superwizyjna koryguje możliwość nadmiernego autorytetu superwizora. Pomiar wyniku może skorygować poczucie, że leczenie postępuje. Konsultacja psychiatryczna może skorygować psychologiczną interpretację zachowania, które w rzeczywistości jest elementem zespołu maniakalnego, psychozy lub ciężkiej depresji. Etyka i instytucja korygują fantazję, że wszystko, co wyłania się w relacji, można usprawiedliwić jej wyjątkowością. Kategoria ta nie występuje jako termin w źródle; jest syntezą jego epistemologicznej logiki.

Safran i Muran wielokrotnie ostrzegają przed reifikowaniem teorii, mechaniczną implementacją techniki i postrzeganiem terapeutów jako zewnętrznych ekspertów. Materiał konsekwentnie przesuwa klinicystę ku pozycji refleksyjnego uczestnika-obserwatora. Nie chodzi więc o znalezienie metody, która nie wymagałaby już korekty, lecz o stworzenie procesu leczenia zdolnego wykrywać własne błędy, zanim zamienią się one w trwały układ.

Pluralizm metodologiczny jako ochrona przed redukcjonizmem

W ten sposób psychoterapia relacyjna spotyka się z ogólniejszą epistemologią fallibilizmu. Wiedza dojrzała różni się od dogmatu nie tym, że jest słaba, lecz tym, że zawiera procedury własnej rewizji. Klinicysta może mieć silne przekonanie diagnostyczne i jednocześnie wiedzieć, jakie dane skłoniłyby go do zmiany diagnozy. Może uważać określoną interpretację za prawdopodobną, a mimo to pozwolić pacjentowi ją odrzucić. Może korzystać z modelu etapowego, nie zmuszając przebiegu sesji do realizacji kolejnych stadiów.

Jest to szczególnie istotne w kontekście nauki o psychoterapii. Badania nad przymierzem, procesem rupture-repair czy efektem terapeutycznym nie pozwalają sprowadzić skuteczności do jednej uniwersalnej zmiennej. Relacja jest ważna, ale nie wyczerpuje wszystkiego. Technika ma znaczenie, lecz zawsze jest przez kogoś używana. Diagnoza wpływa na leczenie, ale nie definiuje w pełni doświadczenia osoby. Farmakoterapia może być konieczna, a jej znaczenie i tak zostaje przeżyte interpersonalnie. Integracja nie powinna więc prowadzić do wielkiego eklektycznego

worka pojęć, lecz do pluralizmu kontrolowanego pytaniem o to, jaki poziom wyjaśnienia jest w danej chwili potrzebny. Perspektywa psychiatryczna wprowadzona do naszego wywodu pełni właśnie funkcję granicy przeciw totalizacji relacyjności.

Milczenie może być markerem wycofania, ale również objawem ciężkiej depresji. Drażliwość może stanowić reakcję na naruszającą autonomię interwencję terapeuty, lecz także element manii. Podejrzliwość może mieć znaczenie przeniesieniowe, ale może też osiągnąć poziom urojenia. Poważne zagrożenie samobójcze wymaga realnej oceny bezpieczeństwa, a nie wyłącznie interpretowania funkcji komunikatu. Relacja jest przestrzenią leczenia, lecz nie zawsze jego jedynym przedmiotem. To rozróżnienie pozwala uniknąć fałszywego konfliktu między psychiatrią a psychoterapią: biologia nie unieważnia znaczenia, tak jak znaczenie nie unieważnia biologii.

Pacjent może jednocześnie potrzebować stabilizatora nastroju i terapeuty, który rozumie jego konflikt wokół przyjmowania leku. Może potrzebować hospitalizacji, a później przepracowania doświadczenia utraty autonomii. Może korzystać z ekspozycji CBT i jednocześnie wymagać uważności na to, czy zadanie nie stało się kolejnym testem posłuszeństwa. Relacyjność najlepiej służy klinice wtedy, gdy nie aspiruje do monopolu na prawdę o człowieku.

Ta sama pokora powinna objąć pomiar rezultatu. Terapia może być głęboka, emocjonalnie intensywna i intelektualnie fascynująca, a mimo to nie pomagać wystarczająco. Zdolność przyjęcia takiej możliwości jest bezpośrednią konsekwencją odrzucenia nieomylności. Klinicysta, który potrafi pracować z zerwaniem przymierza, ale nie przyjmuje do wiadomości, że pacjent od miesięcy się nie poprawia, stosuje relacyjność wybiórczo. Pomiar, feedback, konsultacja i superwizja nie powinny jednak stać się nowymi absolutami. Kwestionariusz może nie uchwycić ważnej zmiany, superwizor może się mylić, psychiatra nadmiernie medykalizować, a pacjent odpowiadać na skalę pod wpływem dynamiki interpersonalnej.

Od władzy epistemicznej do odpowiedzialnego autorytetu

Nie istnieje zatem ostatnia instancja posiadająca całkowitą prawdę. Dojrzałość systemu polega na triangulacji i zdolności utrzymywania rozbieżności wystarczająco długo, aby stała się ona poznawczo użyteczna. Koncepcja ta prowadzi do nowego obrazu profesjonalizmu: terapeuta nie jest kapłanem dysponującym tajemną wiedzą o psychice ani technikiem wykonującym procedurę. Jest wysoko wyspecjalizowanym uczestnikiem procesu, którego szczególna odpowiedzialność polega na zachowaniu zdolności do refleksji w momentach, gdy sam proces tę zdolność ogranicza. Jego

przewaga nie wynika z braku własnej psychologii. Przeciwnie: terapeuta ma swoje potrzeby, mechanizmy obronne, historię przywiązania, podatność narcystyczną, wstyd, złość i potrzebę bycia skutecznym. Profesjonalizm przejawia się w większej odpowiedzialności za opracowanie tych elementów; dlatego idealizowany obraz terapeuty jako człowieka wyjątkowo dojrzałego jest problematyczny.

Klinicysta może zostać uwikłany, źle zrozumieć, znudzić się, rozzłościć, przestraszyć lub chcieć pomóc zbyt szybko. Kluczowe pytanie nie brzmi, czy te reakcje wystąpią, lecz czy terapeuta będzie zmuszony zamienić je w nieświadome działanie. Model szkolenia przesuwa zatem ciężar z podejścia typu „cookbook" ku zdolności monitorowania własnych stanów i tolerowania niepewności. Dobry terapeuta jest „wystarczająco dobry" nie dlatego, że wolno mu pracować niedbale, lecz dlatego, że nie potrzebuje perfekcji, by pozostać odpowiedzialnym. Może przyznać się do lokalnego błędu bez rozpadu zawodowego Ja. Może powiedzieć „nie wiem", nie rezygnując z kompetencji. Może skierować pacjenta do innego specjalisty, nie przeżywając tego jako osobistej klęski. Potrafi uznać racje pacjenta, a jednocześnie utrzymać profesjonalną granicę tam, gdzie jest ona konieczna. Z perspektywy filozoficznej jest to przejście od modelu władzy epistemicznej do modelu odpowiedzialnego autorytetu. Autorytet nie zanika.

Psychoterapia nie jest rozmową dwóch osób o identycznej funkcji. Terapeuta posiada wiedzę, kwalifikacje, obowiązek etyczny i kontrolę nad częścią ramy – ale właśnie dlatego powinien odczuwać mniejszą potrzebę wygrywania sporów interpretacyjnych. Im większa asymetria władzy, tym silniejszy powinien być obowiązek umożliwienia drugiej osobie realnego sprzeciwu. Pozwala to na nowo zdefiniować terapeutyczną podmiotowość pacjenta. Nie jest nią prawo do otrzymywania wszystkiego, czego się chce, ani fałszywa symetria, w której wiedza kliniczna staje się jedynie „jedną z opinii". Podmiotowość oznacza, że człowiek pozostaje współautorem celów: może mówić o efekcie interwencji, nie zgadzać się z interpretacją, doświadczać granicy jako bolesnej i mieć prawo to zakomunikować, zmienić zdanie, zakończyć terapię lub poprosić o inną pomoc. W tym miejscu teoria przymierza okazuje się właściwie teorią mikropolityki relacji. Każda terapia organizuje władzę: kto definiuje problem, kto ustala cel, czyj opis doświadczenia jest uprzywilejowany, kto decyduje o sensowności zadania i kto może powiedzieć „to nie działa". Safranowska negocjacja nie eliminuje asymetrii, lecz stara się uczynić ją bardziej jawną i podatną na korektę. Dlatego najbardziej niebezpieczne przymierze wcale nie musi być pełne otwartego konfliktu – może być właśnie nazbyt harmonijne.

Elastyczność relacyjna jako miara sukcesu terapeutycznego

Jeśli pacjent chroni więź poprzez samozaprzeczenie, terapeuta może nieświadomie otrzymywać wszystkie społeczne dowody sukcesu: punktualność, wdzięczność, potakiwanie i zaangażowanie w zadania. Model wycofaniowych zerwań uczy, że to właśnie w takim układzie czujność jest szczególnie potrzebna. Pomylenie wycofania z "dobrym przymierzem" może bowiem utwierdzić pacjenta w przekonaniu, że autentyczność zagraża relacji.

Podobnie konflikt nie musi oznaczać porażki. Pacjent, który po raz pierwszy mówi terapeucie "nie", może być bliżej prawdziwego przymierza niż wtedy, gdy przez pół roku jedynie potakiwał. Wyrażanie złości bywa pierwszym krokiem ku odważnemu uznaniu własnej odrębności. Dlatego w psychoterapii relacyjnej jakości konfliktu nie ocenia się przez samą jego obecność, lecz pyta, czy zwiększa on repertuar obu osób, czy jedynie odtwarza stary przymus.

Ostatecznym kryterium zmiany nie jest zatem harmonia, lecz elastyczność. Pacjent może pozostać blisko, ale może też odejść. Może potrzebować i odmawiać; kochać i być zły. Może zaufać cudzej wiedzy, nie poddając jej bezkrytycznie własnego umysłu. Może doświadczyć ograniczeń drugiej osoby, nie interpretując ich automatycznie jako porzucenia, oraz przyjąć fakt własnej zależności, nie przekształcając go w poniżenie.

To prowadzi ponownie do BRT i "bólu czasu". Każda relacja terapeutyczna, nawet długoterminowa, jest ograniczona. Jej kres ujawnia prawdę, którą wcześniejsze etapy mogły czasowo przesłaniać: terapeuta nie może stać się trwałym rozwiązaniem ludzkiej zależności. Zadaniem terapii nie jest stworzenie idealnej więzi, lecz umożliwienie pacjentowi wyniesienia z niej zdolności, które pozostaną dostępne po zmianie formy relacji. Wtedy optymalne rozczarowanie uzyskuje szerszy sens. Pacjent odkrywa, że drugi człowiek może być jednocześnie ważny i niewystarczający. Terapeuta może nie rozumieć wszystkiego, a mimo to pozostać pomocny; może popełnić błąd i go uznać; może postawić granicę, która nie unieważnia relacji. Może być potrzebny, ale nie bezgranicznie dostępny.

Taki realny Inny jest ostatecznie cenniejszy niż fantazja obiektu doskonałego, ponieważ tylko osoba odrębna może naprawdę uznać odrębność pacjenta. Relacyjna teoria spotyka się tutaj z Buberowską intuicją różnicy między traktowaniem drugiego jako obiektu a uznawaniem go za podmiot, z Winnicottowskim przetrwaniem zniszczenia i Benjaminowskim problemem wzajemnego uznania.

Nie chodzi o stapianie tych tradycji w jeden system. Łączy je jednak kluczowa obserwacja: drugi człowiek staje się dla mnie realny dopiero wtedy, gdy przestaje istnieć wyłącznie jako funkcja moich potrzeb. Przejście ku realnemu, odrębnemu podmiotowi pokazuje, że uprzedmiotowienie innych zamyka człowieka w samotności własnych dramatów. Być może właśnie w tym miejscu psychoterapia relacyjna przekracza ramy teorii specjalistycznej i staje się antropologią.

Człowiek cierpi nie tylko z powodu konkretnych emocji czy przekonań. Część cierpienia rodzi się z utraty elastyczności w byciu z innymi: przymusu podporządkowania się albo odejścia, kontroli albo bycia kontrolowanym. Przekonania, że potrzebowanie to słabość, sprzeciw oznacza utratę miłości, a konflikt koniec więzi i zależność utratę siebie, więżą pacjenta w sztywnych schematach. Terapia nie usuwa fundamentalnych sprzeczności ludzkiej kondycji; nie zagwarantuje, że każda odrębność zostanie zaakceptowana ani że każda więź przetrwa konflikt. Nie sprawi, że ważni ludzie nigdy nie odejdą. Jej realnym osiągnięciem jest zmniejszenie przymusu reagowania na niepewność za pomocą jednego, utrwalonego rozwiązania.

Psychoterapia staje się zatem rozszerzaniem przestrzeni wolności. Nie wolności metafizycznej, rozumianej jako całkowita niezależność od biologii czy historii, lecz wolności stopniowalnej: takiej, w której między bodźcem interpersonalnym a automatyczną odpowiedzią pojawia się miejsce na rozpoznanie alternatyw. Człowiek, który dotąd umiał jedynie ulec albo zaatakować, może spróbować negocjować.

Ten, który musiał się wycofywać, może pozostać obecny. Ten, który potrzebował idealizować albo dewaluować, może tolerować ambiwalencję. Relacyjna zmiana jest wzrostem liczby możliwych przyszłości interpersonalnych. Przeszłość pozostaje faktem, ale przestaje być jedynym algorytmem generującym teraźniejszość. Pacjent nadal może odczuwać lęk przed odrzuceniem, lecz nie musi już podporządkować się każdej relacji; może czuć zagrożenie zależnością i mimo to pozwolić komuś być blisko.

Leczy możliwość korekty i transfer kompetencji

Nie chodzi o zanik starej mapy, lecz o pojawienie się nowych dróg. Terapeuta uczestniczy w tym procesie nie jako przewodnik prowadzący do jednej, właściwej wersji siebie, lecz jako profesjonalista pomagający zauważyć, kiedy repertuar stał się przymusem. Robi to za pomocą interpretacji, metakomunikacji, milczenia, zmiany zadania czy wspólnego badania celu; poprzez ekspozycję, konsultację psychiatryczną, postawienie granicy lub skierowanie do innej formy leczenia. Relacyjność nie jest nazwą konkretnej interwencji, lecz odpowiedzialnością za interpersonalny sens każdego działania. Psychoterapia w tym ujęciu nie powinna budować mitu,

jakoby relacja z terapeutą była najprawdziwszą więzią w życiu pacjenta. Jest ona relacją szczególną właśnie dlatego, że pozostaje profesjonalnie skonstruowana. Jej wartość polega na stworzeniu kontrolowanej przestrzeni, w której określone procesy mogą zostać precyzyjniej dostrzeżone, nazwane i przeżyte.

Sukces terapii powinien ostatecznie rozszerzać życie poza gabinet, a nie zwiększać centralność samej sesji. Stąd paradoks: najbardziej relacyjna terapia powinna prowadzić do świata większego niż relacja z terapeutą. Jeśli poczucie bezpieczeństwa, sprawczości i bycia rozumianym pozostaje związane wyłącznie z jedną osobą, terapia stworzyła cenną więź, lecz niekoniecznie wystarczającą internalizację. Zmiana staje się pełniejsza, gdy pacjent potrafi przenieść zdolność negocjowania, mentalizowania, tolerowania konfliktu i samoobserwacji do innych relacji oraz do kontaktu z samym sobą. W tym świetle odpowiedź na pytanie „co leczy?" można sformułować precyzyjniej.

Leczy nie sama relacja, lecz możliwość dokonywania w niej doświadczeń, które zwiększają zdolność korekty wcześniejszych modeli siebie i innych. Leczy nie sam błąd, lecz możliwość jego uznania i naprawy. Nie sam konflikt, lecz możliwość przejścia przez konflikt bez konieczności unicestwienia siebie albo drugiego. Nie sama technika, lecz ta zastosowana we właściwym celu, w sposób klinicznie trafny i relacyjnie możliwy do wykorzystania. Nie sama wiedza terapeuty, lecz taka, która jest wystarczająco mocna, by prowadzić działanie, a jednocześnie na tyle otwarta, by poddać się korekcie. To właśnie pozwala połączyć psychoterapię relacyjną z psychiatrią, nauką o wynikach i etyką, bez unieważniania różnic między nimi. Perspektywy te mogą działać jako wzajemne systemy ograniczające własne redukcjonizmy: psychiatria przypomina psychoterapii o biologii, diagnozie i bezpieczeństwie, podczas gdy psychoterapia przypomina psychiatrii o znaczeniu, podmiotowości i interpersonalnej naturze leczenia.

Refleksyjna responsywność jako fundament dojrzałej postawy klinicznej

Pomiar przypomina klinicyście, że intuicja może się mylić. Relacja uświadamia pomiarowi, że liczba nie wyczerpuje osoby. Etyka z kolei przypomina autentyczności, że profesjonalna wzajemność nigdy nie znosi asymetrii odpowiedzialności. W tej architekturze nie istnieje suweren posiadający ostatnie słowo; istnieje raczej system epistemicznych bezpieczników. To właśnie może być najbardziej współczesne rozwinięcie dziedzictwa Safrana i Murana.

Nie chodzi o poszukiwanie terapii całkowicie wolnej od błędu, lecz takiej, która jest odporna na nierozpoznawanie tego błędu. Gdyby wskazać jedną cnotę kliniczną spajającą wszystkie opisane

poziomy, nie byłaby nią empatia, autentyczność czy uważność w izolacji, lecz refleksyjna responsywność: zdolność do pozostawania wystarczająco blisko doświadczenia, by dać się przez nie poinformować, i wystarczająco daleko od własnej pierwszej reakcji, by nie musieć jej automatycznie realizować. Refleksyjna responsywność wymaga wiedzy, ale i niewiedzy; struktury oraz elastyczności; empatii i granicy; odwagi do działania i odwagi do zatrzymania się; zdolności wpływania na drugiego człowieka oraz gotowości, by samemu zostać przez niego poznawczo zmienionym. Model relacyjnej superwizji definiuje to poprzez uważność w działaniu, samoobserwację i tolerowanie niepewności klinicznej.

W takim ujęciu psychoterapia przestaje być historią o mądrym terapeucie naprawiającym pacjenta. Staje się profesjonalnie kontrolowanym spotkaniem, w którym jedna osoba bierze szczególną odpowiedzialność za stworzenie warunków umożliwiających drugiej bezpieczniejsze eksperymentowanie z własnym sposobem istnienia. Asymetria funkcji pozostaje realna, ale nie musi prowadzić do asymetrii godności.

Człowiek nie zmienia się wyłącznie dlatego, że ktoś trafnie go wyjaśnił. Zmienia się również wtedy, gdy doświadcza, że jego odrębność nie musi unicestwiać więzi, zależność nie musi niszczyć sprawczości, błąd nie musi przekreślać relacji, a konflikt nie musi unicestwiać drugiego człowieka. Nie jest to obietnica harmonii, lecz nauka pozostawania w relacji pomimo różnicy. To nie zwycięstwo autonomii nad zależnością, lecz zdolność do potrzebowania bez niewoli. Nie triumf terapeutycznej wiedzy, lecz wiedza świadoma własnych granic. Nie terapia wolna od pęknięć, lecz taka, która coraz lepiej rozpoznaje, co można zrobić z pęknięciem, gdy już powstanie.

Relacyjne przymierze nie powinno być wyobrażane jako most zbudowany raz pomiędzy pacjentem a terapeutą; trafniejsza jest metafora nawigacji. Kierunek jest wspólnie korygowany, pozycja stale sprawdzana, mapa bywa błędna, warunki zmienne, a czasami potrzebny jest inny instrument lub specjalista. Kompetencja nie polega na tym, że nigdy nie schodzimy z kursu, lecz na zdolności zauważenia dryfu, zanim zgubimy możliwość powrotu.

Taki model stawia człowieka w centrum terapii, ale nie czyni z ludzkiej subiektywności jedynego źródła prawdy. Pozostawia miejsce dla neuronów i narracji, przywiązania i farmakologii, techniki i spontaniczności, pomiaru i doświadczenia, autonomii i zależności. Wymaga od terapeuty więcej właśnie dlatego, że odbiera mu możliwość schowania się za jednym z tych porządków. Psychoterapia relacyjna okazuje się więc ostatecznie nie tyle szkołą „relacji", ile szkołą odpowiedzialnej niepewności. Jej najbardziej dojrzały praktyk nie mówi: „wiem, kim jesteś" ani „wszystko jest względne". Mówi swoim sposobem pracy: „mam wiedzę i hipotezy; ty masz doświadczenie, którego nie mogę posiadać za ciebie; coś stworzymy między nami; będziemy

obserwować, co to z tobą robi; a kiedy się pomylimy, spróbujemy to zauważyć, zanim błąd stanie się kolejnym więzieniem”.

To nie jest słabość psychoterapii. To jej dojrzałość.

Najcenniejszą rzeczą, jaką terapeuta może pozostawić pacjentowi, nie jest poprawna interpretacja jego przeszłości ani wspomnienie wyjątkowej więzi. Jest nią większa zdolność do samodzielnego wykonywania tej samej operacji, którą wspólnie ćwiczyli w gabinecie: zauważania, że stary sposób reagowania uruchomił się ponownie, zatrzymania go na moment, przyjęcia niepewności i wybrania spośród większej liczby możliwych odpowiedzi. Wówczas przymierze osiąga swój paradoksalny finał. Relacja okazuje się skuteczna właśnie dlatego, że stopniowo zmniejsza konieczność własnej zewnętrznej obecności. Terapeuta przestaje być jedynym miejscem, w którym możliwa jest refleksja. Pacjent zabiera tę funkcję ze sobą. I właśnie tam, poza gabinetem, zaczyna się najważniejsza część rezultatu terapii.

> Paradoksalnie, najwyższą miarą sukcesu terapeuty jest moment, w którym jego obecność przestaje być niezbędna. Prawdziwe wyzwolenie następuje wtedy, gdy pacjent nie zabiera z gabinetu wspomnienia o wyjątkowej więzi, lecz zdolność do samodzielnego nawigowania w niepewności. Czy zatem najdojrzalszą formą relacji jest ta, która z największą starannością projektuje własną zbędność?

Inspiracje

[1] 

"Negotiating The Therapeutic Alliance" Jeremy D - Safran

Guilford Press | ISBN: 9781572308695

Jeremy David Safran (1952–2018) był wpływowym kanadyjsko-amerykańskim psychologiem klinicznym, psychoanalitykiem i badaczem psychoterapii. Większość swojej kariery akademickiej spędził jako profesor psychologii i dyrektor ds. szkoleń klinicznych w The New School for Social Research w Nowym Jorku, jednocześnie piastując stanowiska na Uniwersytecie Nowojorskim i w Mount Sinai Beth Israel Medical Center. Safran zyskał międzynarodowe uznanie za pionierski wkład teoretyczny i empiryczny w badania nad procesem psychoterapii, szczególnie w zakresie identyfikacji i naprawy pęknięć w sojuszu terapeutycznym. Wniósł przełomowy wkład w integrację tradycji poznawczo-behawioralnych, teorii interpersonalnej i psychoanalizy relacyjnej, a także badał powiązania między buddyzmem a psychoanalizą. Safran pełnił również funkcję prezesa Międzynarodowego Stowarzyszenia Psychoanalizy Relacyjnej i Psychoterapii oraz był współzałożycielem Centrum Sándora Ferencziego.

Jeremy David Safran (1952–2018) was an influential 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, while also holding appointments at New York University and Mount Sinai Beth Israel Medical Center. Safran was internationally recognized for his pioneering theoretical and empirical contributions to psychotherapy process research, particularly regarding the identification and repair of ruptures in the therapeutic alliance. He made groundbreaking contributions to integrating cognitive-behavioral traditions, interpersonal theory, and relational psychoanalysis, as well as examining the intersections of Buddhism and psychoanalysis. Safran also served as president of the International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy and co-founded the Sándor Ferenczi Center.

The New School for Social Research

Literatura uzupełniająca

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] "A Theory of Vocational Interests as Dynamic Phenomena'"

Edward S. Bordin

1943 | Educational and Psychological Measurement | DOI: 10.1177/001316444300300105

Źródło

[5] "Neurochemical mechanisms mediating the behavioral and cognitive effects of nicotine"

Jeffrey A. Gray, Stephen N. Mitchell, Michael H. Joseph, Grigory A. Grigoryan, Sharon Dawe

1994 | Drug Development Research | DOI: 10.1002/ddr.430310103

Źródło

[6] "Preclinical profile of a dopamine D1 potentiator suggests therapeutic utility in neurological and psychiatric disorders"

Robert F. Bruns, Stephen N. Mitchell, Keith A. Wafford, Alex J. Harper, Elaine Shanks

2017 | Neuropharmacology | DOI: 10.1016/j.neuropharm.2017.10.032

Źródło

[7] "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

[8] **"Organizational Learning: A Theory of Action Perspective"**

Ch. Argyris, Donald A. Schön

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

Źródło

[9] **"Theory in Practice: Increasing Professional Effectiveness"**

Philip J. Runkel, Chris Argyris, Donald A. Schön

1976 | The Journal of Higher Education | DOI: 10.2307/1978718

Źródło

[10] **"Frame Reflection: Toward The Resolution Of Intractable Policy Controversies"**

Donald A. Schön, Martin L. Rein

1994

Źródło

[11] **"From Dialogical Ontology to the Theory of Semiosphere : the Idea of the Dialogue of Cultures in the Philosophical Concepts of"**

M. Buber, Yu. M. Lotman

2020

Źródło

Artykuły naukowe autora:

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

Jeremy D. Safran, John Christopher Muran

2000

Źródło

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

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

2011 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/a0022140

Źródło

[14] **"Interpersonal process in cognitive therapy"**

Jeremy D. Safran, Zindel V. Segal

1990 | Medical Entomology and Zoology

Źródło

[15] "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

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

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

2018 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/pst0000185

Źródło

[17] "Emotion in psychotherapy."

Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran

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

Źródło

[18] "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

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

Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran

1987

Źródło

[20] "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

[21] "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: 29c3f731-9e64-42ea-9a62-13c1810d1336