Relacyjna perspektywa przymierza terapeutycznego w świetle koncepcji Jeremy’ego D. Safrana i Philipa Murana

AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł analizuje koncepcję relacyjności jako metagramy integrującej różne nurty psychoterapii. Autorzy odróżniają integrację od eklektyzmu, wskazując, że każda technika kliniczna jest aktem interpersonalnym, którego sens zależy od aktualnej więzi między terapeutą a pacjentem. Opierając się na modelu Bordina oraz badaniach empirycznych, tekst dowodzi, że przymierze terapeutyczne jest kluczowym predyktorem sukcesu leczenia niezależnie od wybranej modalności. Szczególną uwagę poświęcono idei wspólnego empiryzmu w CBT (collaborative empiricism), która przekształca relację z układu ekspert-pacjent w partnerski proces badawczy. Relacyjność pozwala zatem traktować techniki nie jako sztywne narzędzia, lecz jako dynamiczne elementy negocjowane wewnątrz przymierza terapeutycznego.

The article analyzes the concept of relationality as a meta-frame integrating various schools of psychotherapy. The authors distinguish integration from eclecticism, pointing out that every clinical technique is an interpersonal act whose meaning depends on the current bond between therapist and patient. Drawing on Bordina's model and empirical research, the text demonstrates that the therapeutic alliance is a key predictor of treatment success regardless of the chosen modality. Particular attention is paid to the idea of collaborative empiricism in CBT, which transforms the relationship from an expert-patient arrangement into a partnership-based research process. Relationality thus allows techniques to be treated not as rigid tools, but as dynamic elements negotiated within the therapeutic alliance.

Artykuł analizuje relacyjną perspektywę Safrana i Murana nie jako konkurencyjny nurt terapeutyczny, lecz jako niezbędną metaramę dla wszystkich szkół psychoterapii. Autor

stawia tezę, że skuteczność jakiejkolwiek interwencji – od behawioralnej ekspozycji po psychodynamiczną interpretację – nie wynika z samego mechanizmu technicznego, lecz z tego, jak jest ona odbierana przez pacjenta w kontekście aktualnej więzi z terapeutą. Tekst rzuca wyzwanie eklektyzmowi (rozumianemu jako bezkrytyczne dobieranie narzędzi), proponując w zamian integrację opartą na responsywności. Kluczowym argumentem jest uznanie relacji za środowisko implementacji technik: przymierze nie zastępuje specyficznych metod leczenia, ale warunkuje ich realną skuteczność. Poprzez analizę podejść takich jak CBT, DBT czy MBT, artykuł dowodzi, że najwyższa kompetencja kliniczna rodzi się na styku dwóch osi: wierności metodzie oraz elastycznego dostrojenia do unikalnego doświadczenia drugiego człowieka.

SŁOWA KLUCZOWE

przymierze terapeutyczne | relacyjna perspektywa | therapist responsiveness | collaborative empiricism | limited reparenting | epistemic trust | rupture-repair process | metarama relacyjna | integracja vs eklektyzm | not-knowing stance | agency-relatedness | model Bordina | korektywna relacja terapeutyczna | mechanizm zmiany w psychoterapii

Relacyjność jako metarama odróżniająca integrację od eklektyzmu

Nie jedna terapia, lecz wiele dróg przez tę samą relację: responsywność, integracja i granice wspólnego języka psychoterapii

Psychoterapia relacyjna Safrana i Murana posiada interesującą właściwość: jest jednocześnie konkretną tradycją kliniczną oraz teorią zdolną do komentowania technik pochodzących z innych szkół. Nie oznacza to, że wszystkie nurty terapeutyczne są w istocie tym samym, ani że różnice teoretyczne można sprowadzić do banalnego stwierdzenia, iż „najważniejsza jest relacja". Koncepcja źródłowa jest znacznie bardziej wymagająca.

Zakłada ona, że każda technika – czy będzie to interpretacja psychodynamiczna, identyfikowanie myśli automatycznej, ekspozycja, dialog z pustym krzesłem czy ćwiczenie uważności – jest realizowana przez jedną osobę wobec drugiej, w konkretnym momencie wspólnie rozwijającej się

relacji. Relacyjne znaczenie interwencji oznacza wprost, że każda technika stanowi zarazem akt interpersonalny, którego sens pacjent konstruuje poprzez własne schematy i aktualną więź z terapeutą. To przesunięcie pozwala odróżnić integrację od eklektyzmu. Eklektyzm w swojej słabszej wersji przypomina "skrzynkę narzędziową": terapeuta intuicyjnie dobiera elementy CBT, psychodynamiki, mindfulness czy pracy doświadczeniowej. Integracja wymaga natomiast czegoś więcej – teorii wyjaśniającej, dlaczego w danym momencie wybieramy określone działanie, jaki proces chcemy przez nie uruchomić, jakie dane świadczą o jego skuteczności i jak zareagujemy, gdy pacjent odpowie inaczej, niż przewidywaliśmy. Relacyjność może pełnić funkcję takiej "metaramy", o ile nie rości sobie prawa do zastąpienia teorii specyficznych dla poszczególnych metod. Najbardziej naturalnym punktem wyjścia pozostaje tutaj model Bordina.

Jego trójelementowy schemat – zadania, cele i więź – został zaprojektowany jako koncepcja transteoretyczna. Wolne skojarzenia w psychoanalizie, ekspozycja w CBT, ćwiczenia doświadczeniowe czy trening umiejętności mogą być skrajnie różnymi zadaniami, lecz w każdym przypadku niezbędne jest porozumienie co do tego, że właśnie to działanie ma sens w drodze do wspólnego celu, oraz więź pozwalająca pacjentowi wejść w ryzykowny proces zmiany.

Relacja jako warunek skuteczności techniki

Przyjęta tu perspektywa traktuje Bordina jako fundament integracji, natomiast Safrana i Murana jako autorów dokonujących jego relacyjnej radykalizacji – przejścia od względnie statycznej struktury przymierza ku ciągłej negocjacji. Literatura empiryczna dostarcza temu transteoretycznemu wymiarowi silnego, choć nie absolutnego wsparcia. Metaanaliza 295 niezależnych badań, obejmująca ponad 30 tysięcy pacjentów, wykazała dla terapii bezpośredniej korelację przymierza z wynikiem na poziomie r = 0,28. Zależność tę obserwowano w różnych modalnościach psychoterapii. Nie oznacza to jednak, że relacja stanowi „60 procent terapii", że technika traci na znaczeniu lub że korelacja dowodzi jednokierunkowej przyczynowości; pacjent, który zaczyna zdrowieć, może po prostu łatwiej budować lepsze przymierze. Wynik ten wskazuje jednak, że niezależnie od szkoły sposób współpracy z terapeutą jest systematycznie powiązany z rezultatem i nie może być traktowany jako neutralne opakowanie dla "prawdziwej" techniki.

Relacyjność proponuje zatem nie tyle wspólną technikę dla wszystkich szkół, co wspólne pytanie kontrolne: co konkretna technika stała się dla konkretnego pacjenta? Ekspozycja może być doświadczeniem odzyskiwania wolności albo testem posłuszeństwa. Interpretacja może otworzyć nowe znaczenie lub zostać przeżyta jako demonstracja wyższości. Walidacja może przywrócić

prawo do doświadczenia, a jeśli zostanie użyta mechanicznie – brzmieć protekcjonalnie. Ustawienie granicy może zapewnić bezpieczeństwo albo zostać odebrane jako odrzucenie.

Sens techniki nie tkwi więc wyłącznie w podręczniku; powstaje on również w jej recepcji. CBT: od „techniki przeciw relacji" do wspólnego eksperymentu. Konfrontowanie psychoterapii relacyjnej z CBT jako dwóch przeciwstawnych światów jest historycznie i klinicznie nieprecyzyjne. W dojrzałej terapii poznawczo-behawioralnej istnieje przecież idea collaborative empiricism – wspólnego empiryzmu. Terapeuta i pacjent nie powinni funkcjonować w układzie eksperta posiadającego „prawdziwe" przekonania oraz osoby, której błędy ten ekspert usuwa. Zamiast tego wspólnie formułują hipotezy dotyczące myśli, emocji i zachowań, a następnie sprawdzają je w doświadczeniu.

Literatura CBT opisuje wspólne ustalanie celów i współpracę jako centralny element tej tradycji. Z relacyjnego punktu widzenia collaborative empiricism niesie istotny potencjał epistemologiczny. W swojej najlepszej postaci jest bliski Safranowskiemu „beginner's mind": terapeuta dysponuje modelem, ale nie zna z góry odpowiedzi. Pacjent nie ma po prostu uwierzyć terapeucie, że jego katastroficzna predykcja jest błędna; obie strony mają wspólnie wypracować sposób jej sprawdzenia. Problem pojawia się wtedy, gdy „wspólny eksperyment" staje się retoryczną osłoną dla ukrytej hierarchii: klinicysta już wie, że przekonanie jest irracjonalne, a procedura ma jedynie doprowadzić pacjenta do właściwego wniosku.

Wyobraźmy sobie ekspozycję w zaburzeniu lękowym. Z punktu widzenia teorii uczenia jej funkcja dotyczy między innymi zmiany reakcji na bodziec, przewidywań zagrożenia i zachowań unikowych. Perspektywa relacyjna nie zastępuje tego mechanizmu, lecz dodaje pytanie: czy pacjent zgodził się na zadanie dlatego, że rozumie jego racjonalność i chce spróbować, czy dlatego, że nie potrafi odmówić autorytetowi? W tym drugim przypadku technicznie wzorowo wykonana ekspozycja może równocześnie utrwalać interpersonalny schemat podporządkowania.

Właśnie tu ujawnia się różnica między adherence a responsiveness. Współczesna literatura CBT coraz wyraźniej uwzględnia zerwania przymierza, opisując ich rozpoznawanie i naprawę poprzez narzędzia właściwe tej metodzie – dialog sokratejski, collaborative empiricism oraz badanie przekonań aktywowanych w samej terapii. Systematyczny przegląd elementów relacji terapeutycznej w CBT zaburzeń lękowych analizował nie tylko alliance, lecz również współpracę, zgodność celów, empatię, feedback, wiarygodność leczenia i proces rupture-repair jako potencjalnie istotne składniki procesu.

Różnica między CBT a psychoterapią relacyjną nie polega zatem na tym, że pierwsza „ma technikę", a druga „ma relację". Dotyczy ona przede wszystkim teorii mechanizmu zmiany i miejsca, jakie

aktualna relacja zajmuje w konceptualizacji. Safranowska perspektywa może tu pełnić funkcję korekcyjną dla CBT: przypomina, że samo ustalenie zadania nie oznacza jeszcze jego wspólnego uzgodnienia. CBT wnosi z kolei ważną korektę wobec nurtów relacyjnych: samo rozumienie znaczenia zadania w relacji nie zastępuje dowodów na to, że określona procedura rzeczywiście leczy dane zaburzenie. W dobrze zintegrowanym modelu oba pytania pozostają równorzędne: czy robimy rzecz, która ma podstawy empiryczne, i czy robimy ją w sposób, który ten pacjent może psychologicznie wykorzystać?

Terapia schematów: korektywna relacja czy projektowanie potrzeb pacjenta? Jeszcze bliższe pokrewieństwo z psychoterapią relacyjną ujawnia terapia schematów. Jej koncepcja wczesnych nieadaptacyjnych schematów, trybów funkcjonowania, niezaspokojonych podstawowych potrzeb emocjonalnych oraz coping styles przypomina część relacyjnych idei dotyczących organizowania doświadczenia i powtarzania wzorców interpersonalnych, choć genealogie obu modeli są inne. W materiale Safrana i Murana również pojawia się język schematów relacyjnych oraz przekonanie, że pacjent aktywnie organizuje kontakt tak, aby dotychczasowe reprezentacje relacji mogły zostać potwierdzone. Terapia schematów idzie jednak dalej w kierunku jawnie korektywnej funkcji terapeuty poprzez limited reparenting.

Relacyjność jako korekta technik reparentingu i walidacji

Klinicysta odpowiada w ograniczony profesjonalną ramą sposób na emocjonalne potrzeby, które historycznie nie zostały adekwatnie zaspokojone. W krytycznych przeglądach modelu limited reparenting jawi się jako centralny element relacji terapeutycznej, pozwalający dawnym sytuacjom interpersonalnym zostać ponownie przeżytymi i przekształconymi.

Wstępna analiza zadaniowa tego procesu wskazuje między innymi na rozpoznanie aktywacji schematu, walidację doświadczenia, eksplorowanie jego genezy oraz reagowanie na niezaspokojone potrzeby przy zachowaniu profesjonalnych granic. Dla klinicysty o orientacji relacyjnej pojawia się tu ten sam problem, który analizowaliśmy przy Alexandrze: skąd terapeuta wie, czego pacjent faktycznie "potrzebuje"? Terapia schematów rozwiązuje to poprzez ustrukturyzowaną teorię podstawowych potrzeb i trybów. Psychoterapia relacyjna byłaby natomiast bardziej podejrzliwa wobec sytuacji, w których profesjonalista zbyt szybko uznaje, że zna właściwy korektywny obiekt. Z tej perspektywy nawet limited reparenting powinien być nieustannie poddawany kontroli recepcji. Gest zamierzony jako ciepło może zostać odebrany jako intruzja, większa dostępność jako obciążająca zależność, a ochrona jako próba kontroli.

Nie unieważnia to jednak idei limited reparenting. Przeciwnie – relacyjność dostarcza jej dodatkowego zabezpieczenia: nie wystarczy wiedzieć, jaką funkcję terapeuta zamierza pełnić; trzeba monitorować, jaką funkcję faktycznie pełni w doświadczeniu pacjenta. Terapia schematów wnosi do modelu Safrana i Murana bardziej rozwinięty język różnicowania potrzeb emocjonalnych oraz konkretny repertuar technik doświadczeniowych. Oba podejścia spotykają się w przekonaniu, że zmiana nie jest wyłącznie poznawczym odkryciem błędnej reprezentacji, lecz wymaga nowego doświadczenia w warunkach wystarczającego bezpieczeństwa.

Podobne napięcie, rozumiane jako relacyjny problem techniczny, odnajdujemy w dialektycznej terapii behawioralnej (DBT) Marshy Linehan. Choć DBT wywodzi się z nurtu behawioralnego, jej rdzeń stanowi dialektyka akceptacji i zmiany. Terapeuta musi jednocześnie walidować doświadczenie pacjenta i pomagać mu zmieniać zachowania szkodliwe, zagrażające życiu lub niszczące proces terapeutyczny. Jest to strukturalnie bliskie paradoksowi Safrana: człowiek często może zmienić się dopiero wtedy, gdy nie odczuwa presji, by najpierw przestać być tym, kim jest. Podobieństwa te nie powinny jednak maskować różnic. DBT posiada wyraźną hierarchię celów, analizę funkcjonalną zachowania, trening umiejętności oraz strategie contingency management i ściśle określoną konstrukcję programu. Relacja pozostaje ważna, lecz nie staje się jedynym elementem organizującym leczenie.

Relacyjna metarama w praktyce DBT, MBT i teorii przywiązania

Rupture w DBT może być analizowane behawioralnie: przez historię uczenia interpersonalnego, funkcję zachowania, aktualny kontekst i dysregulację emocjonalną. Analiza przypadku dotycząca wczesnych zerwań w DBT pokazuje właśnie takie połączenie behawioralnej konceptualizacji z naprawą przymierza. Badania DBT pokazują również, że przymierze nie jest w tej metodzie jedynie miłym dodatkiem. W badaniu 101 kobiet z rozpoznaniem borderline niektóre oceny zaangażowania i zdolności do współpracy były związane z mniejszą liczbą prób samobójczych lub samouszkodzeń w DBT, choć zależności nie były jednakowe dla wszystkich wyników. Małe badanie procesów rupture-resolution sugerowało z kolei większą częstość zerwań wycofaniowych u osób, które nie osiągnęły poprawy, niż u osób poprawiających się, lecz próba była bardzo niewielka i wynik powinien być traktowany eksploracyjnie. Relacyjność i DBT spotykają się zatem szczególnie mocno w pojęciu dialektyki. Safran i Muran opisują napięcie agency-relatedness, DBT akcentuje akceptację-zmianę, a w praktyce oba paradoksy nieustannie się przecinają.

Pacjent może potrzebować usłyszeć: "to ma sens, że tak reagujesz" oraz "to zachowanie nadal może cię zabić i musimy je zmienić". Walidacja bez zmiany grozi utrwaleniem destrukcyjnego wzorca; zmiana bez walidacji może zostać przeżyta jako kolejny komunikat, że własne doświadczenie pacjenta jest nieakceptowalne. Ta dialektyka jest szczególnie cenna jako korekta romantycznego wariantu relacyjności. Relacja nie jest dobra dlatego, że terapeuta zawsze pozostaje miękki, receptywny i akceptujący. Czasami najbardziej relacyjnie odpowiedzialną interwencją jest stanowcze zajęcie się zachowaniem zagrażającym życiu, utrzymanie granicy czy odmowa wzmacniania destrukcyjnego wzorca. DBT przypomina, że odpowiedzialna więź potrafi zawierać strukturę i wymaganie. MBT: wspólna epistemologia niewiedzy.

Mentalization-Based Treatment zbliża się do psychoterapii relacyjnej z innej strony. Centralną kompetencją jest zdolność rozumienia zachowania własnego i innych osób w kategoriach stanów umysłu, przy zachowaniu świadomości, że cudzy umysł nie jest bezpośrednio dostępny. W praktyce prowadzi to do postawy określanej często jako not-knowing stance - nie po to, aby terapeuta wyrzekł się profesjonalnego rozumowania, lecz aby nie mylił hipotezy o cudzym umyśle z jego rzeczywistym stanem. Pokrewieństwo z Safranowską "skillful tentativeness" jest oczywiste. W obu przypadkach terapeuta musi być ciekawy, ale nie wszechwiedzący. Metakomunikacja relacyjna i interwencja mentalizacyjna mogą różnić się językiem, lecz obie tracą sens, gdy klinicysta mówi pacjentowi z pewnością, co ten "naprawdę" czuje. Książka Safrana i Murana podobnie ostrzega przed reifikacją własnych interpretacji i nakazuje przedstawianie doświadczenia terapeuty jako perspektywy, a nie obiektywnej prawdy. Fonagy i Allison rozwijają ten problem jeszcze dalej za pomocą pojęcia epistemic trust.

Ich hipoteza zakłada, że psychoterapia może pomagać nie tylko poprzez przekazywanie określonych treści, ale także przez przywracanie gotowości pacjenta do uznawania społecznie przekazywanych informacji za potencjalnie relewantne, wiarygodne i możliwe do zastosowania poza terapią. To rozszerza relacyjną teorię przymierza w interesujący sposób.

Pacjent nie ma jedynie "zaufać terapeucie". Ma odzyskać zdolność uczenia się od innych bez konieczności skrajnej epistemicznej uległości albo skrajnej nieufności. Można to połączyć z wcześniejszą dialektyką agency-relatedness. Nadmierna epistemiczna uległość oznaczałaby: "drugi wie lepiej, co jest prawdziwe, więc muszę podporządkować własny umysł". Nadmierna epistemiczna nieufność: "jeśli przyjmę cokolwiek od drugiego, utracę autonomię". Dojrzałość polega na bardziej złożonym stanie: mogę dopuścić cudzą perspektywę do własnego myślenia i nadal pozostawać autorem ostatecznego procesu integracji. Relacyjna naprawa pęknięcia może więc być również treningiem epistemicznym: uczymy się, że różnica zdań nie musi oznaczać ani kolonizacji, ani zerwania. MBT wnosi równocześnie ważną korektę do psychoterapii relacyjnej: w

warunkach silnego pobudzenia sama eksploracja relacji może pogarszać mentalizację. Im bardziej skomplikowana interpretacja, tym większe ryzyko, że pacjent znajdujący się w stanie wysokiej aktywacji straci zdolność refleksji.

Dlatego prostota, ciekawość i powrót do bezpośredniego doświadczenia mogą być ważniejsze niż głębokość interpretacyjna. Jest to bardzo zbieżne z Safranowskim postulatem pracy na niskim poziomie inferencji

Teoria przywiązania: predyspozycja, nie wyrok. Teoria przywiązania jest zapewne najbardziej naturalnym pomostem pomiędzy tymi podejściami, ponieważ dostarcza modelu dotyczącego regulowania bliskości, separacji, bezpieczeństwa i eksploracji. Nie powinno się jednak mechanicznie tłumaczyć każdego wycofania jako przywiązania unikowego ani każdej konfrontacji jako lękowego. Taka translacja usunęłaby kontekstualny charakter relacyjnych markerów.

Responsywność jako elastyczna implementacja metod terapeutycznych

Dane empiryczne sugerują raczej związki probabilistyczne. Starsza metaanaliza wykazała niewielką dodatnią korelację między większym bezpieczeństwem przywiązania a silniejszym przymierzem (około r = 0,17). Nowsza synteza z 2024 roku oszacowała natomiast niewielkie ujemne związki zarówno lękowego, jak i unikowego wymiaru niepewności przywiązania z oceną przymierza przez pacjentów (odpowiednio r = -0,09 i r = -0,13).

Wyniki są istotne, lecz małe. Przywiązanie wpływa na warunki tworzenia przymierza, ale go nie determinuje. Ciekawsza jest metaanaliza 36 badań obejmujących ponad trzy tysiące pacjentów: bezpieczniejsze przywiązanie przed terapią wiązało się z korzystniejszym wynikiem, a wzrost bezpieczeństwa w trakcie leczenia współwystępował z poprawą. Pojawiły się też wstępne przesłanki, że osoby o mniejszym poczuciu bezpieczeństwa mogą szczególnie korzystać z terapii uwzględniających relacje interpersonalne. Nie oznacza to, że „relacyjna terapia jest najlepsza dla osób niepewnie przywiązanych", lecz uzasadnia traktowanie zdolności do regulowania bliskości jako jednej ze zmiennych, na które leczenie może być responsywne. Istotne jest również to, że znaczenie może mieć przywiązanie terapeuty. Metaanaliza z 2025 roku wykazała między innymi ujemną zależność między lękowym stylem przywiązania klinicysty a jego własną oceną jakości przymierza, choć baza badawcza pozostaje ograniczona i heterogeniczna. Wynik ten współgra z relacyjną intuicją, jednak nie powinien być podstawą do selekcji terapeutów na podstawie

kwestionariuszy przywiązania. Wskazuje on raczej, że terapeuta również wnosi do relacji własny system regulowania zależności, autonomii i konfliktu.

Responsywność: wspólny mianownik czy nowe słowo dla starej intuicji? Pojęciem, które najtrafniej łączy współczesne badania procesowe z teorią Safrana i Murana, jest therapist responsiveness. Oznacza ono dostosowywanie interwencji do aktualnego stanu pacjenta, jego cech, reakcji oraz ewoluującego kontekstu interakcji. Terapeuta nie wykonuje zatem uprzednio ustalonego planu w oderwaniu od tego, co wydarza się w procesie; obserwuje odpowiedź pacjenta i modyfikuje sposób realizacji terapii. Nie jest to jednak konstrukcja całkowicie ugruntowana.

Systematyczny przegląd z 2024 roku wskazuje, że responsywność pozostaje pojęciem trudnym do jednoznacznego zdefiniowania i operacjonalizacji. Silnie nakłada się ona na dostrojenie, elastyczność czy empatię, a stosowane metody pomiaru są heterogeniczne. Nowsze prace metodologiczne traktują ją jako centralny, choć wciąż intensywnie rozwijany obszar nauki o procesie psychoterapii.

To istotne ograniczenie: responsywność jest obiecującą zasadą organizującą, a nie magiczną zmienną o jednoznacznie zmierzonym działaniu. Jej kliniczna wartość pozostaje jednak znaczna. Norcross i współpracownicy umieszczali responsywność w szerszym projekcie evidence-based relationships, argumentując, że skuteczność psychoterapii można zwiększać poprzez dostosowanie leczenia do takich właściwości jak styl radzenia sobie, preferencje pacjenta, poziom reactance, etap zmiany, przywiązanie czy kontekst kulturowy. Stanowi to istotną zmianę w rozumieniu evidence-based practice. Pytanie nie brzmi już wyłącznie „jaka terapia działa dla tej diagnozy?", ale również „w jaki sposób tę skuteczną terapię należy przeprowadzić z tą konkretną osobą?".

Safranowskie pojęcie rupture dostarcza responsywności wskaźnika moment-po-momencie. Pacjent odpowiada na interwencję nie tylko wynikiem kwestionariusza po dwunastu tygodniach, lecz natychmiast: zmianą tonu, entuzjazmem, milczeniem, zgodą, sceptycyzmem, dezorientacją, złością czy napięciem. Nie każda taka reakcja wymaga zmiany techniki, gdyż dobra terapia czasem wymaga tolerowania krótkoterminowego dyskomfortu. Reakcja jest jednak informacją. Responsywny terapeuta nie traktuje procedury jako niewrażliwej na feedback. Prowadzi to do ważnego rozróżnienia między responsywnością a ustępliwością. Jeśli pacjent odczuwa lęk podczas ekspozycji, responsywność nie polega na natychmiastowym przerwaniu zadania. Jeśli krytykuje granicę, nie oznacza to automatycznie jej zniesienia. Jeśli nie lubi interpretacji, nie znaczy to, że każda niepopularna interpretacja jest błędna.

Responsywność polega na uwzględnianiu reakcji w decyzji klinicznej, a nie na podporządkowywaniu terapii każdej chwilowej preferencji. Analogicznie elastyczność nie oznacza

braku wierności metodzie. Dobry terapeuta CBT pozostaje terapeutą CBT, specjalista DBT zachowuje hierarchię celów tej metody, a MBT nie rezygnuje ze swojej teorii mentalizacji.

Integracja relacyjna nie wymaga rozpuszczenia specjalizacji. Można ją raczej określić jako elastyczność wewnątrz kompetencji: klinicysta zna model wystarczająco dobrze, aby móc dostosować sposób jego użycia bez utraty tego, co stanowi jego aktywny mechanizm. Właśnie tutaj wraca lekcja Vanderbilt II. Mechaniczna adherencja może zwiększyć formalną zgodność zachowania z modelem, nie gwarantując pożądanego efektu interpersonalnego. Nie wynika z tego jednak, że należy porzucić adherencję.

Relacja jako niezbędne środowisko implementacji technik terapeutycznych

Wynika z tego, że kompetencja terapeutyczna wymaga prawdopodobnie co najmniej dwóch osi: wierności temu, co w terapii ma działać, oraz responsywności wobec sposobu, w jaki konkretna osoba potrafi z tego skorzystać.

W literaturze dotyczącej kompetencji interpersonalnych responsywność zaproponowano wręcz jako rodzaj funkcji wykonawczej terapeuty – zdolności organizującej użycie wielu innych umiejętności i dostosowującej je do aktualnego stanu pacjenta oraz dynamiki interakcji. Jest to ujęcie bardzo bliskie koncepcji reflection-in-action Schönowa, przywołanej w poprzedniej części.

Wiedza kliniczna przestaje być magazynem reakcji; staje się systemem sterowania decyzjami w zmiennym środowisku. Integracja nie jest tu jednak teorią „wspólnych czynników wyjaśniających wszystko”. W tym miejscu łatwo pójść o krok za daleko: skoro przymierze ma znaczenie w różnych nurtach, można by uznać, że szkoły terapeutyczne są jedynie rytuałami dostarczającymi te same elementy: nadzieję, empatię, strukturę i więź. Takie stanowisko ma własną tradycję badawczą, lecz teoria relacyjna nie musi przyjmować go w wersji radykalnej. Różne psychoterapie rzeczywiście realizują różne zadania. Ekspozycja opiera się na mechanizmach, których nie da się zredukować do dobrego przymierza. Trening umiejętności w DBT dostarcza konkretnych narzędzi behawioralnych, których sama empatia nie zastąpi. Farmakoterapia działa poprzez procesy biologiczne niezależne od jakości relacji, choć to właśnie relacja wpływa na decyzję o przyjęciu leku. Terapia schematów organizuje doświadczenie za pomocą specyficznej teorii trybów i potrzeb, MBT operuje własną koncepcją załamania mentalizacji, a psychoterapia psychodynamiczna stawia szczególne hipotezy dotyczące nieświadomych konfliktów, obron i przeniesienia.

Dlatego bardziej adekwatna formuła brzmi: relacja nie jest alternatywą dla mechanizmów specyficznych; jest środowiskiem ich implementacji. Środowisko może wzmacniać, osłabiać lub przekształcać działanie techniki, ale nie musi wyjaśniać całego efektu. Pacjent może potrzebować zarówno rzetelnej ekspozycji, jak i relacji, która umożliwi jej przeprowadzenie – jeden poziom nie eliminuje drugiego. Nawet silny statystycznie związek przymierza z wynikiem pozostaje umiarkowany; metaanaliza obejmująca ponad 30 tysięcy pacjentów wykazała r na poziomie około 0,28. Przymierze wyjaśnia zatem istotną, lecz dalece niepełną część wariancji wyników.

Ta liczba jest filozoficznie cenna, ponieważ chroni przed dwoma redukcjonizmami. Jest zbyt duża, aby relację uznać za dekorację. Jest zbyt mała, aby uznać ją za całe leczenie. Efekt terapeuty nie powinien być zatem romantyzowany. Metaanaliza badająca wkład klinicystów w związek alliance-outcome potwierdza, że osoba terapeuty wpływa na to, jak przymierze wiąże się z rezultatami, ale nie dostarcza prostej recepty na „osobowość skutecznego terapeuty".

Nie istnieje jedna konfiguracja ciepła, charyzmy i autentyczności odpowiednia dla każdego. Klinicysta bardzo wspierający może być zbawienny dla jednego pacjenta i intruzyjny dla drugiego. Ktoś silnie strukturalny jednemu zapewni bezpieczeństwo, a u innego aktywuje walkę o autonomię. To właśnie tutaj responsywność staje się pomostem między personalizacją leczenia a relacyjną teorią przymierza. Nie pytamy o „najlepszego terapeutę" w abstrakcji, lecz o dopasowanie (fit) sposobu pracy do konkretnego człowieka, przy zachowaniu technicznych i etycznych ograniczeń metody. Terapeuci w procesie rozwoju opisują naukę responsywności jako drogę obejmującą wzrost samoświadomości, większą tolerancję niepewności oraz zdolność elastycznego reagowania na unikalność pacjenta. Safran i Muran dochodzili do bardzo podobnych wniosków inną drogą – poprzez analizę zerwań.

> Ostatecznie okazuje się, że nie istnieje jedna, idealna konfiguracja osobowości terapeuty, która gwarantowałaby sukces. Prawdziwa sztuka leczenia nie tkwi w posiadaniu perfekcyjnego narzędzia ani w byciu „dobrym człowiekiem", lecz w odwadze pozostania w stanie niepewności. Czy zatem najwyższą formą kompetencji jest paradoksalnie zdolność do rezygnacji z roli wszechwiedzącego eksperta na rzecz wspólnego, ryzykownego odkrywania tego, co w danej chwili dzieje się między dwojgiem ludzi?

Inspiracje

[1] 

"Negotiating The Therapeutic Alliance" Jeremy D - Safran

Guilford Press | ISBN: 9781572308695

Jeremy David Safran (1952–2018) był amerykańskim psychologiem klinicznym, psychoanalitykiem i uznanym na świecie badaczem psychoterapii. Był profesorem psychologii i dyrektorem ds. szkoleń klinicznych w New School for Social Research w Nowym Jorku, a także wykładowcą w ramach programu podoktorskiego z psychoterapii i psychoanalizy na Uniwersytecie Nowojorskim. Safran był współzałożycielem i współprzewodniczącym Centrum Sándora Ferenciego oraz byłym prezesem Międzynarodowego Stowarzyszenia Psychoanalizy i Psychoterapii Relacyjnej. Znany ze swojej empirycznej i teoretycznej wiedzy, wniósł fundamentalny wkład w badania nad sojuszem terapeutycznym, w szczególności w identyfikację i rozwiązywanie zerwań w sojuszu. Safran był również wpływowym pionierem w rozwijaniu terapii skoncentrowanej na emocjach, krótkoterminowej terapii relacyjnej oraz integracji psychoanalizy relacyjnej z buddyjskimi perspektywami psychologicznymi i uważnością.

Jeremy David Safran (1952–2018) was a Canadian-born American clinical psychologist, psychoanalyst, and internationally recognized psychotherapy researcher. He served as Professor of Psychology and Director of Clinical Training at the New School for Social Research in New York, and held a faculty appointment in the Postdoctoral Program in Psychotherapy and Psychoanalysis at New York University. Safran was a co-founder and co-chair of the Sándor Ferenczi Center and a former president of the International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy. Renowned for his empirical and theoretical scholarship, he made seminal contributions to the study of the therapeutic alliance, particularly the identification and resolution of alliance ruptures. Safran was also an influential pioneer in developing emotion-focused therapy, brief relational therapy, and integrating relational psychoanalysis with Buddhist psychological perspectives and mindfulness.

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

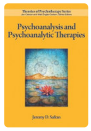
2020 | ISBN: 9788897479192



[2] "Widening the Scope of Cognitive Therapy"

Jeremy D. Safran

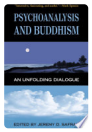
1998



[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] "Learning from the Past or More of the Same"

James Alexander

2023 | Dealing, Music and Youth Violence | DOI: 10.1332/policypress/9781529216516.003.0009

Źródło

[2] "The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance."

Edward S. Bordin

1979 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/h0085885

Źródło

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

Edward S. Bordin

1983 | The Counseling Psychologist | DOI: 10.1177/0011000083111007

Źródło

[4] **"Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions."**

Edward S. Bordin

1994

Źródło

[5] **"A Theory of Vocational Interests as Dynamic Phenomena'"**

Edward S. Bordin

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

Źródło

[6] **"Can We Get There From Here?"**

Patricia A. Alexander

2003 | Educational Researcher | DOI: 10.3102/0013189x032008003

Źródło

[7] **"A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory."**

Sheila E. Crowell, Theodore P. Beauchaine, Marsha Marie Linehan

2009 | Psychological Bulletin | DOI: 10.1037/a0015616

Źródło

[8] **"Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder"**

Marsha Marie Linehan, Linda A. Dimeff, Sarah K. Reynolds, Katherine Anne Comtois, Stacy Shaw Welch

2002 | Drug and Alcohol Dependence | DOI: 10.1016/s0376-8716(02)00011-x

Źródło

[9] **"Read Online The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook Practical Dbt Exercises For Learning Mindfulness Interpersonal Effectiveness Emotion Regulation Tolerance New Harbinger Self Help Workbook"**

M. Linehan

2022

Źródło

[10] **"Attachment and reflective function: Their role in self-organization"**

Peter Fonagy, Mary Target

1997 | Development and Psychopathology | DOI: 10.1017/s0954579497001399

Źródło

[11] **"Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial"**

ANTHONY W. BATEMAN, Peter Fonagy

1999 | American Journal of Psychiatry | DOI: 10.1176/ajp.156.10.1563

Źródło

[12] **"The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment"**

Peter Fonagy, Miriam Steele, Howard Steele, George S. Moran, Anna Higgitt

1991 | Infant Mental Health Journal | DOI: 10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::aid-imhj2280120307>3.0.co;2-7

Źródło

[13] **"Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age"**

Peter Fonagy, Howard Steele, Miriam Steele

1991 | Child Development | DOI: 10.1111/j.1467-8624.1991.tb01578.x

Źródło

[14] **"The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship."**

Peter Fonagy, Elizabeth Allison

2014 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/a0036505

Źródło

[15] "Improving compostable plastic disposal: An application of the behavior change wheel intervention development method"

A. L. Allison, Danielle Purkiss, F. Lorencatto, M. Miodownik, S. Michie

2022 | Frontiers in Sustainability | DOI: 10.3389/frsus.2022.968152

Źródło

[16] "Correction: Allison et al. Reducing Disposable Diaper Waste: Protocol for a Behavioural Science Workstream. Sustainability 2024, 16, 7662"

A. L. Allison, Abbie Curtis O'Reilly, Alicia Abicht, Danielle Purkiss, M. Miodownik

2026 | Sustainability | DOI: 10.3390/su18041967

Źródło

[17] "Psychotherapy relationships that work : therapist contributions and responsiveness to patients"

John C. Norcross

2002

Źródło

[18] "Psychotherapy Relationships That Work"

John C. Norcross

2011 | Oxford University Press eBooks | DOI: 10.1093/acprof:oso/9780199737208.001.0001

Źródło

[19] "Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices."

John C. Norcross, Bruce E. Wampold

2011 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/a0022161

Źródło

[20] "Psychotherapy relationships that work II."

John C. Norcross, Michael J. Lambert

2011 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/a0022180

Źródło

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

Ch. Argyris, Donald A. Schön

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

Źródło

[22] "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

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

Donald A. Schön, Martin L. Rein

1994

Źródło

[24] "The Reflective turn : case studies in and on educational practice"

Donald A. Schön

1991 | Teachers College Press eBooks

Źródło

Artykuły naukowe autora:

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

Jeremy D. Safran, John Christopher Muran

2000

Źródło

[26] "Repairing alliance ruptures."

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

2011 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/a0022140

Źródło

[27] "Interpersonal process in cognitive therapy"

Jeremy D. Safran, Zindel V. Segal

1990 | Medical Entomology and Zoology

Źródło

[28] "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

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

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

2018 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/pst0000185

Źródło

[30] "Emotion in psychotherapy."

Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran

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

Źródło

[31] "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

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

Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran

1987

Źródło

[33] "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

[34] "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: f0706f0c-1b57-4aac-b2e7-4a05ab349923