Relacyjna responsywność i pomiar wyników w świetle koncepcji Negotiating The Therapeutic Alliance

AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł proponuje przejście od eklektyzmu technik do integracji poziomów w psychoterapii poprzez mapowanie funkcjonalne. Autor podkreśla, że różne konstrukty teoretyczne opisują odmienne aspekty zjawisk, a kluczem do sukcesu jest negocjowana implementacja techniki – proces kalibrowania interwencji na podstawie feedbacku pacjenta i stanu przymierza. Przedstawiono model profesjonalnej współpracy asymetrycznej oraz koncepcję konstruktywizmu dialektycznego Hoffmana, która łączy dowody naukowe z klinicznym znaczeniem relacji. Kluczowym elementem jest synteza pokory relacyjnej (ochrona przed technicyzmem) i naukowej (ochrona przed romantyzmem). Podejście to pozwala rozumieć niepowodzenia terapeutyczne jako wynik konfiguracji wielu zmiennych w systemie dynamicznym, a nie pojedynczej przyczyny.

The article proposes a transition from technical eclecticism to the integration of levels in psychotherapy through functional mapping. The author emphasizes that different theoretical constructs describe different aspects of phenomena, and the key to success is the negotiated implementation of technique—a process of calibrating interventions based on patient feedback and the state of the alliance. A model of professional asymmetric collaboration and Hoffman's concept of dialectical constructivism, which links scientific evidence with the clinical significance of the relationship, are presented. The central element is the synthesis of relational humility (protection against technicalism) and scientific humility (protection against romanticism). This approach allows therapeutic failures to be understood as the result of a configuration of multiple variables in a dynamic system, rather than a single cause.

Artykuł proponuje przejście od powierzchownego eklektyzmu technik ku zaawansowanej integracji poziomów procesu terapeutycznego, w której technika, relacja i responsywność tworzą nierozerwalny układ sprzężeń. Autor stawia tezę, że skuteczna terapia nie wynika z wyższości jednej szkoły nad drugą, lecz z budowy systemu „wielokrotnej korekty". W tym modelu intuicja kliniczna terapeuty – podatna na błędy poznawcze i narcystyczne złudzenia sukcesu – jest systematycznie konfrontowana z obiektywnymi danymi (Measurement-Based Care) oraz subiektywną perspektywą pacjenta. Kluczowym argumentem jest uznanie, że relacyjna wrażliwość bez zewnętrznych miar skuteczności może prowadzić do „pseudoprzymierza", w którym terapeuta błędnie interpretuje stagnację jako głęboką pracę. Prawdziwy profesjonalizm w tym ujęciu nie polega na posiadaniu niezawodnej mapy pacjenta, lecz na epistemicznej pokorze i zdolności do adaptacji procesu w momencie, gdy dane wskazują na brak poprawy. Celem jest stworzenie bezpiecznej przestrzeni, w której błąd staje się materiałem klinicznym, a nie powodem do wstydu, co pozwala uniknąć pułapek terapeutycznego romantyzmu i mechanicznego technicyzmu.

SŁOWA KLUCZOWE

relacyjna responsywność | Negotiating The Therapeutic Alliance | measurement-based care | routine outcome monitoring | przymierze terapeutyczne | feedback-informed treatment | relacyjny fallibilizm | pseudoprzymierze | integracja poziomów | epistemiczna pokora | mapowanie funkcjonalne | mechanizmy zmiany w psychoterapii | kliniczna responsywność | systemy informacji zwrotnej

Integracja poziomów zamiast eklektyzmu technik

Od integracji technik do integracji poziomów. Najciekawszym rezultatem porównania szkół nie jest stworzenie jednego „supermodelu", w którym każdemu terminowi przypisalibyśmy odpowiednik z innej terapii. Withdrawal rupture nie jest po prostu jednocześnie unikowym przywiązaniem, surrender mode terapii schematów, brakiem mentalizacji czy zachowaniem unikowym CBT. Każdy z tych konstruktów należy do własnej teorii i opisuje nieco inny poziom zjawiska. Możliwe jest natomiast mapowanie funkcjonalne. Terapeuta może zadać sobie pytania: co pacjent próbuje teraz

ochronić? Co przewiduje? Jak reguluje afekt? Jakie zachowanie wzmacnia jego krótkoterminowe bezpieczeństwo? Jaki schemat lub reprezentacja relacji organizuje percepcję? Czy potrafi mentalizować? Jakie zadanie terapeutyczne zostało właśnie zagrożone? Co moja interwencja zrobiła z jego sprawczością i poczuciem więzi?

Każda teoria odpowiada na część tych pytań. Taki pluralizm jest bardziej wymagający niż eklektyzm, gdyż wymusza świadomość granic konstruktu. „Schemat", „working model przywiązania", „belief", „mode", „transference", „mentalizing failure" i „relational organizing principle" nie są synonimami. Można wykorzystywać ich podobieństwa heurystycznie, lecz nie wolno udawać, że różnice mają charakter wyłącznie językowy. Za każdym z nich stoi odmienna teoria rozwoju, mechanizmu patologii i sposobu zmiany. Relacyjna metateoria może jednak dostarczyć wspólnego proceduralnego minimum. Niezależnie od modalności terapeuta powinien wiedzieć, jaki cel wspólnie realizuje z pacjentem, jakie zadanie ma do niego prowadzić, jak pacjent rozumie to zadanie oraz jakie znaczenie interpersonalne uzyskała interwencja. Musi też dostrzec, czy pojawiło się zerwanie i czy jego własne zachowanie nie zaczęło uniemożliwiać realizacji metody.

Jest to w istocie rozwinięcie modelu Bordina o proces negocjacji zaproponowany przez Safranowskiego. Zasadę tę można nazwać negocjowaną implementacją techniki. Technika posiada uzasadnienie wynikające z modelu i dowodów, jednak jej konkretna realizacja jest nieustannie kalibrowana przez feedback pacjenta oraz stan przymierza. Nie jest to demokracja, w której metody ustalane są w głosowaniu, ani paternalizm, w którym ekspert realizuje plan niezależnie od pacjenta. Jest profesjonalną współpracą asymetryczną: terapeuta wnosi wiedzę specjalistyczną, pacjent uprzywilejowaną wiedzę o własnym doświadczeniu, a żadna z tych form wiedzy nie jest samowystarczalna.

Warto wrócić do konstruktywizmu dialektycznego Hoffmana. Jego „middle way" próbuje uniknąć zarówno naiwnego realizmu, w którym terapeuta odkrywa obiektywną prawdę o pacjencie, jak i radykalnego relatywizmu, w którym nie istnieją żadne kryteria poza negocjacją. Kluczowe jest tu współtworzenie klinicznego znaczenia przy jednoczesnym uznaniu istnienia rzeczywistości zewnętrznej. Tę samą logikę można zastosować do integracji szkół: istnieją dane dotyczące skuteczności konkretnych procedur, ale ich kliniczne znaczenie i wykonanie nie są niezależne od osoby oraz kontekstu. Psychoterapia oparta na dowodach potrzebuje zatem dwóch rodzajów pokory. Pokory relacyjnej – świadomości, że pacjent może odebrać interwencję inaczej, niż zamierzył terapeuta, oraz pokory naukowej – świadomości, że silna więź nie czyni dowolnej interwencji skuteczną. Pierwsza chroni przed mechanicznym technicyzmem, druga przed terapeutycznym romantyzmem.

Takie stanowisko pomaga również zrozumieć niepowodzenia w psychoterapii. Metasynteza jakościowych badań nad brakiem odpowiedzi na leczenie wskazuje, że w doświadczeniach pacjentów i terapeutów pojawiały się między innymi: trudność samego zadania terapeutycznego, poczucie rozłączenia w relacji, problemy z utrzymaniem zaangażowania oraz przekonanie, że terapia nie była warta poniesionego kosztu. Brak poprawy nie musi więc oznaczać jednej przyczyny w postaci „opornego pacjenta", „złej techniki" czy „słabego przymierza". Może wynikać z konfiguracji kilku poziomów. Właśnie taka perspektywa jest bardziej zgodna z teorią systemów dynamicznych niż prosty model liniowy.

Responsywność jako integracja techniki i relacji

Wynik psychoterapii zależy od sprzężeń między gotowością pacjenta, charakterem problemu, trafnością metody, zachowaniem terapeuty, jakością przymierza, wydarzeniami życiowymi, zasobami społecznymi a stanem biologicznym. Perspektywa relacyjna dodaje do tego fakt, że zmienne te wzajemnie na siebie wpływają: technika modyfikuje relację, relacja zmienia gotowość do przyjęcia techniki, poprawa objawów wpływa na przymierze, a przymierze może zwiększać wytrwałość w leczeniu. Choć nie należy czynić z tej analogii sztywnego twierdzenia matematycznego bez twardych danych, pozostaje ona użyteczna jako model heurystyczny.

Psychoterapia nie przypomina działania pojedynczego leku na konkretny receptor; bardziej przypomina adaptacyjny system, w którym interwencja funkcjonuje wewnątrz stale zmieniającego się kontekstu. Z tego powodu pytanie „co działa?" musi zostać uzupełnione o pytania: „dla kogo?", „kiedy?", „w jakim układzie?" oraz „co terapeuta powinien zrobić, gdy pierwotna odpowiedź przestaje być skuteczna?". To tutaj relacyjność spotyka się ze współczesną personalizacją leczenia. Pacjent wysoko reaktywny na kontrolę może potrzebować innego sposobu przedstawienia tej samej procedury niż osoba oczekująca silnej struktury. Ktoś z głębokim lękiem przed opuszczeniem może wymagać większej jawności w kwestii ramy i zakończenia procesu. Z kolei osoba, której doświadczenia nauczyły ją epistemicznej nieufności, może potrzebować więcej czasu, zanim sugestia terapeuty zostanie uznana za bezpieczną informację. Nie chodzi o tworzenie osobnej terapii dla każdej cechy pacjenta, lecz o dostosowanie drogi wejścia do mechanizmu zmiany. Można zatem postawić tezę scalającą dotychczasowy wywód: technika odpowiada na pytanie, co terapeuta próbuje zrobić; relacja określa, czym to działanie staje się dla pacjenta; responsywność zaś wskazuje, co terapeuta robi dalej po poznaniu tej odpowiedzi. Te trzy poziomy nie są zamienne.

Psychoterapia relacyjna nie musi zatem zwyciężać nad CBT, DBT, MBT czy terapią schematów. Jej najważniejszym wkładem może być przypomnienie każdej z tych metod, że proces terapeutyczny

zachodzi w układzie sprzężenia zwrotnego między dwiema osobami. Z drugiej strony inne szkoły przypominają nurtowi relacyjnemu, że nie każda kliniczna zmiana wynika z refleksji nad układem. Czasami niezbędna jest ekspozycja, nauka regulacji afektu, budowanie umiejętności mentalizacji, modyfikacja schematu, farmakoterapia lub stworzenie konkretnego planu bezpieczeństwa. Najdojrzalsza integracja nie polega więc na powierzchownej znajomości wielu szkół, lecz na zdolności do utrzymywania wielu poziomów prawdy klinicznej bez ich pomieszania. Pacjent może jednocześnie wykazywać zniekształcone przewidywanie poznawcze, posiadać nieadaptacyjny schemat, niepewny wzorzec przywiązania, trudność mentalizacyjną, zachowanie wzmacniane przez konsekwencje oraz relacyjny wzorzec ochrony sprawczości – jednak każde z tych twierdzeń wymaga osobnych danych. Bogactwo teorii jest użyteczne tylko wtedy, gdy zwiększa zdolność różnicowania, a nie liczbę etykiet nakładanych na ten sam moment.

Być może właśnie tu kryje się nowoczesny sens psychoterapii relacyjnej: nie jako kolejnej szkoły walczącej o hegemonię, lecz jako nauki o klinicznej responsywności wobec człowieka, który nigdy nie reaguje wyłącznie na technikę, lecz na technikę-użytą-przez-kogoś-wobec-niego. To drobna zmiana gramatyczna, ale ogromna zmiana epistemologiczna. Z tej perspektywy „opór" przestaje należeć wyłącznie do pacjenta. Gdy procedura nie działa, należy badać trzy możliwości równocześnie: pacjent może nie być jeszcze gotowy lub zdolny do danego zadania; technika może być niedopasowana do problemu; terapeuta może podawać ją w sposób, który generuje dodatkowy opór. Profesjonalizm polega na tym, by nie wybierać żadnej z tych opcji automatycznie tylko dlatego, że najlepiej chroni ona tożsamość własnej szkoły. Prowadzi to do szerszego pytania o naturę zmiany: czy leczy wgląd, nowe uczenie, ekspozycja, regulacja emocji, mentalizacja, korektywne doświadczenie, przymierze, nadzieja, a może zmiana neuronalna?

Żadna pojedyncza odpowiedź nie wyczerpuje współczesnego stanu wiedzy. Bardziej prawdopodobny jest model wielu mechanizmów, uruchamianych w różnych proporcjach u różnych osób i na różnych etapach terapii. Psychoterapia relacyjna wnosi do tego pluralizmu jedną zasadniczą obserwację: mechanizmy zmiany nie są uruchamiane w próżni interpersonalnej. Człowiek uczy się od kogoś, ryzykuje wobec kogoś, przyjmuje interpretację od kogoś, pozwala się konfrontować komuś i doświadcza granicy postawionej przez kogoś. Nawet najbardziej techniczna interwencja posiada nadawcę, odbiorcę i historię ich wzajemnego znaczenia. Z tej właśnie konstatacji wyrasta następny etap wywodu.

Obiektywny pomiar jako korekta intuicji klinicznej

Skoro technika, osoba terapeuty i proces przymierza współdziałają, należy zapytać, jak mierzyć realną skuteczność terapii, zanim klinicysta i pacjent wspólnie utkną w przekonaniu, że „głęboka praca trwa", mimo braku poprawy. Relacyjna pokora powinna bowiem obejmować również dopuszczenie możliwości, że terapia jest nieskuteczna. Nie wystarczy dostrzegać mikroekspresji i enactmentów; niezbędny jest zewnętrzny feedback dotyczący objawów, funkcjonowania, jakości życia oraz samego przymierza. W tym miejscu psychoterapia relacyjna spotyka się z measurement-based care, routine outcome monitoring i feedback-informed treatment. Będzie to istotny test jej epistemologii: czy terapeuta deklarujący otwartość na perspektywę pacjenta jest równie otwarty na dane wskazujące, że ten nie robi postępów?

Czy kwestionariusz może stać się „trzecim" w relacji, pomagającym ujawnić pseudoprzymierze? I czy pomiar, podobnie jak każda technika, może sam stać się aktem relacyjnym – doświadczeniem współpracy lub kolejnym narzędziem instytucjonalnej kontroli? Trzeci głos w gabinecie: pomiar wyników, informacja zwrotna i epistemologia terapeutycznej omylności.

Psychoterapia relacyjna zawiera w sobie pewien niewygodny paradoks. Z jednej strony wymaga od terapeuty niezwykłej wrażliwości na mikroprocesy: zmianę tonu głosu, chwilowe odsunięcie, nieoczekiwaną zgodę, irytację, milczenie, napięcie ciała czy pojawiające się między uczestnikami poczucie martwoty. Z drugiej strony właśnie człowiek tak głęboko zaangażowany w relację może być szczególnie podatny na błędną ocenę skuteczności procesu. Klinicysta może trafnie odczuwać chwilową zmianę atmosfery, a jednocześnie błędnie oceniać globalną trajektorię leczenia. Może zauważyć subtelny enactment, nie dostrzegając, że od trzech miesięcy objawy pacjenta pozostają niezmienione. Może przeżywać sesje jako coraz „głębsze", podczas gdy życie pacjenta poza gabinetem stopniowo się pogarsza.

Problem ten nie jest oskarżeniem o brak kompetencji, lecz konsekwencją faktu znanego z psychologii poznawczej: człowiek nie ocenia własnego działania z pozycji neutralnego obserwatora. Terapeuta posiada inwestycję emocjonalną, profesjonalną i teoretyczną w prowadzony proces; chce, aby leczenie miało sens. Pamięta dramatyczne momenty zmiany wyraźniej niż długie okresy stagnacji i łatwiej dostrzega dowody potwierdzające własną konceptualizację niż informacje jej przeczące. Pacjent może wzmacniać to złudzenie, szczególnie jeśli chroni więź poprzez uległość. Wówczas problem pseudoprzymierza nakłada się na błąd w ocenie skuteczności terapii. Teoretyczną podstawę dla takiego rozumienia dostarcza materiał Safrana i Murana, choć nie rozwija on systemu routine outcome monitoring.

Pacjent nie reaguje bowiem na „obiektywną technikę", lecz na znaczenie, jakie przypisuje interwencji; zachowania takie jak uległość, intelektualizacja czy spłycenie afektu mogą zostać błędnie uznane za współpracę. To kluczowa obserwacja: terapeuta może otrzymywać fałszywie dodatni sygnał sukcesu. Pacjent przychodzi regularnie, dużo mówi, zgadza się z interpretacjami i podkreśla wartość terapii, lecz nie następuje oczekiwana zmiana w jego funkcjonowaniu. Współczesna nauka o psychoterapii proponuje tu instrument będący epistemologicznym uzupełnieniem relacyjnego „beginner's mind": routine outcome monitoring – systematyczne monitorowanie wyników leczenia za pomocą powtarzanych, zazwyczaj wypełnianych przez pacjenta miar objawów, funkcjonowania i dobrostanu. Gdy dane te są regularnie przekazywane terapeucie i służą modyfikacji leczenia, mówimy o clinical feedback, feedback-informed treatment lub measurement-based care. Choć terminologia nie jest jednolita, idea pozostaje prosta: nie czekamy do końca terapii, by sprawdzić jej efekt; obserwujemy trajektorię w trakcie procesu. Na pierwszy rzut oka może się wydawać, że rozwiązanie to stoi w sprzeczności z relacyjnością – Safran i Muran podkreślają intersubiektywność i kontekst, podczas gdy ROM posługuje się liczbą i standaryzacją.

Taka opozycja jest jednak powierzchowna. Teoria relacyjna nie twierdzi, że każda prawda jest wyłącznie subiektywna; jej głównym problemem jest nadmierna pewność klinicysty co do wystarczalności własnej interpretacji. Pomiar może zatem pełnić funkcję, której wymaga relacyjny fallibilizm: wprowadzić do diady informację, której żadna ze stron nie musi spontanicznie zauważyć. Najbardziej wymowne dane dostarczają badania nad zdolnością klinicystów do rozpoznawania pogorszenia stanu pacjenta.

W badaniu z 2024 roku 53 terapeutów podyplomowych prowadziło terapię 105 pacjentów. Po każdej sesji terapeuci szacowali zmianę i przewidywali rezultat. Pod koniec leczenia trafnie rozpoznali pogorszenie tylko u jednej z ośmiu osób, które według standaryzowanej samooceny rzeczywiście się pogorszyły. Na poziomie pojedynczych sesji zidentyfikowali sześć spośród 83 epizodów pogorszenia i nie przewidzieli żadnego z ośmiu końcowych przypadków deterioracji. Autorzy ocenili zdolność przewidywania jako nielepszą od przypadku.

Choć badanie dotyczyło jednej kliniki uniwersyteckiej i terapeutów w trakcie szkolenia, co uniemożliwia przenoszenie konkretnych wartości na wszystkich profesjonalistów, obrazuje ono problem sygnalizowany od lat: intuicja kliniczna może być znacznie bardziej zawodna wobec niepowodzenia terapii, niż terapeuta zakłada. Istnieje w tym głęboka analogia do psychoterapii relacyjnej.

Pomiar wyników jako czujnik dymu w terapii

Klinicysta w duchu Safranowskiego powinien zauważać własne przeciwprzeniesienie, lecz nie traktować go jako prawdy objawionej. Podobnie należy podchodzić do subiektywnego poczucia, że „terapia idzie dobrze". Przeżycie sukcesu jest informacją, nie werdyktem. Może ono współgrać z realną poprawą pacjenta, jednak wymaga weryfikacji poprzez inne dane: objawy, funkcjonowanie, realizację celów, jakość życia oraz samoocenę pacjenta.

Literatura metaanalityczna dotycząca systemów pomiaru i feedbacku bywa w tym względzie trzeźwiąca, gdyż efekty nie są spektakularne. Metaanaliza randomizowanych badań nad measurement feedback systems (obejmująca 31 badań i 82 efekty) wykazała niewielką średnią korzyść w zakresie wyników psychicznych, na poziomie d = 0,14. Wyraźniejszy efekt (około d = 0,29) odnotowano u pacjentów identyfikowanych jako not on track – czyli takich, których przebieg terapii wskazywał na ryzyko nieosiągnięcia oczekiwanego rezultatu. Szeroki przegląd 11 wcześniejszych metaanaliz również oszacował przeciętny efekt ROM na poziomie g = 0,15, wskazując, że systemy rozszerzone o narzędzia wspierające decyzje terapeutyczne przynoszą największą korzyść właśnie osobom schodzącym z oczekiwanej trajektorii.

To kluczowy wzorzec. ROM nie jawi się jako cudowna technika, która znacząco poprawia każdą psychoterapię; jego przewaga ma charakter pragmatyczny: pomaga dostrzec moment, w którym terapia przestaje działać. To właśnie wtedy kliniczna intuicja jest najbardziej narażona na wpływ optymizmu, przyzwyczajenia, przywiązania do modelu czy pseudoprzymierza. Można więc potraktować systematyczny feedback jako rodzaj czujnika dymu. Nie wyjaśnia on precyzyjnie, dlaczego pojawił się problem – nie rozstrzyga, czy przyczyną jest błędna diagnoza, nieskuteczna metoda, zbyt mała dawka terapii, kryzys życiowy, skutki uboczne leków, zerwanie przymierza, brak zaangażowania, kwestie somatyczne czy pogorszenie choroby. Sygnalizuje jednak, że dalsze prowadzenie procesu według tej samej logiki wymaga ponownego namysłu.

W tym punkcie ROM staje się niezwykle bliski relacyjnemu pojęciu rupture. Zerwanie jest markerem mówiącym: „coś w naszym sposobie pracy przestało funkcjonować zgodnie z założeniem". Nie stanowi ono jeszcze diagnozy przyczyny, podobnie jak wykres pokazujący brak poprawy lub regres nie wyjaśnia mechanizmu procesu. Jest to marker wyższego rzędu, który powinien uruchomić kliniczną ciekawość. Wyobraźmy sobie pacjenta w czwartym miesiącu terapii. Sesje są intensywne, pojawiają się ważne wspomnienia, silny afekt i znaczące interpretacje. Zarówno terapeuta, jak i pacjent mogą odnosić wrażenie, że „dużo się dzieje".

Tymczasem powtarzana miara funkcjonowania wskazuje na narastające wycofanie społeczne, absencję w pracy, gorszy sen i rosnące poczucie beznadziejności. Dane te nie dowodzą, że terapia

jest zła. Odbierają jednak klinicyście prawo do wygodnego utożsamienia intensywności procesu z jego skutecznością. Jest to szczególnie istotne w psychoterapii długoterminowej, gdzie narracja o „pogorszeniu przed poprawą" bywa trafna, lecz może również immunizować proces na falsyfikację. W takim układzie każde pogorszenie można zinterpretować jako „dotarcie do głębszego materiału", każdy brak zmiany jako „potrzebę dalszego przepracowania", a każde pytanie o rezultat jako „obronę przed procesem". Taki system staje się epistemologicznie zamknięty.

Relacyjny fallibilizm powinien temu przeciwdziałać. Pomiar nie zastępuje klinicznego rozumienia, lecz zmusza do jego pogłębienia. Jeśli pacjent się nie poprawia, pytanie nie brzmi „co jest z nim nie tak?", lecz „co być może przeoczyliśmy?". Czy prawidłowo rozpoznaliśmy problem? Czy zgadzamy się co do celu? Czy zadania terapii mają sens? Czy istnieje nierozpoznane zerwanie? Czy pacjent jedynie pozornie współpracuje? Czy konieczna jest konsultacja psychiatryczna? Czy wydarzyło się coś poza gabinetem? Czy metoda jest adekwatna? Czy terapeuta znajduje się w enactmencie?

Czy leczenie powinno zostać zmienione, uzupełnione albo zakończone? Tak rozumiany ROM jest odległy od biurokratycznego „odhaczania kwestionariusza". Jego pełny cykl obejmuje co najmniej trzy operacje: zbieranie danych, przekazanie ich w sposób użyteczny klinicznie oraz rzeczywistą adaptację leczenia. Przegląd badań z 2023 roku podkreśla tę trójfazową strukturę, wskazując, że samo gromadzenie wyników nie wystarcza; kluczowy jest sposób ich prezentacji, częstotliwość oraz to, czy terapeuta faktycznie wykorzystuje informację do podejmowania decyzji. Mechanizm ten przypomina wcześniej omówioną metakomunikację.

Terapeuta może zapytać pacjenta o odbiór interwencji, a następnie zignorować odpowiedź. Formalnie zebrał feedback, funkcjonalnie jednak nic się nie zmieniło. Podobnie instytucja może wymagać cotygodniowego wypełniania skal, lecz jeśli wyniki trafiają do elektronicznego archiwum i nie wpływają na decyzje, nie mamy do czynienia z realnym systemem informacji zwrotnej. Feedback istnieje dopiero wtedy, gdy informacja jest w stanie zmienić system. Ta definicja ma charakter głęboko relacyjny. Gdy pacjent mówi „to mi nie pomaga", pytanie nie brzmi tylko o to, czy terapeuta pozwolił mu to wypowiedzieć, ale czy ta wypowiedź zmieniła sposób wspólnego myślenia. Gdy kwestionariusz pokazuje brak poprawy, istotne jest nie to, czy został poprawnie zeskanowany, lecz czy uruchomił rewizję konceptualizacji. System odporny na feedback nie jest systemem refleksyjnym.

Jednocześnie standaryzowany pomiar nie jest bezstronnym głosem „obiektywnej rzeczywistości". Kwestionariusz sam w sobie jest konstruktem teoretycznym. Mierzy określone obszary, operuje konkretnymi pytaniami, posiada ograniczoną czułość i może gorzej reprezentować doświadczenia pewnych grup kulturowych; pacjent z kolei może interpretować skalę inaczej niż autor. Wynik nie

jest człowiekiem sprowadzonym do liczby, ale liczba nie staje się pozbawiona znaczenia tylko dlatego, że nie obejmuje całego człowieka.

Pomiar jako narzędzie relacyjne i materiał kliniczny

Zagadnienie to prowadzi do szczególnie interesującego spotkania ROM z psychoterapią relacyjną. Systematyczny przegląd jakościowych badań nad wykorzystaniem samoopisów pacjentów wykazał, że pomiary mogą pełnić szereg funkcji: służyć jako wskaźnik zmiany, zwiększać samoświadomość, inicjować refleksję, ułatwiać komunikację czy zmieniać temat terapii. Mogą wzmacniać poczucie współwłasności procesu i wspierać przymierze, ale mogą również zakłócać przebieg leczenia. Co więcej, pacjenci czasem odpowiadają strategicznie lub kierują się motywami interpersonalnymi – odkrycie to zdaje się niemal stworzone do odczytania przez teorię Safrana i Murana.

Wyobraźmy sobie pacjenta wycofanego, który co tydzień ocenia przymierze na maksimum z obawy przed zranieniem terapeuty. Kwestionariusz nie znosi pseudoprzymierza; może zostać przez nie skolonizowany. Z kolei pacjent konfrontacyjny może wykorzystać ocenę do wyrażenia złości, której nie potrafi jeszcze wypowiedzieć wprost. Inny może sztucznie obniżać deklarowane objawy, by uniknąć przedłużenia leczenia, hospitalizacji lub pytań o bezpieczeństwo; jeszcze inny zaś może je zawyżać, bojąc się, że poprawa doprowadzi do utraty ważnej relacji terapeutycznej. W takich sytuacjach odpowiedzią nie jest stwierdzenie, że kwestionariusze są niewiarygodne, lecz uznanie, iż wynik sam w sobie staje się materiałem relacyjnym. Jeśli pacjent podczas sesji deklaruje silne niezadowolenie, a w formularzu zaznacza najwyższą notę, ta rozbieżność jest ciekawsza niż arbitralne rozstrzyganie, która wersja jest prawdziwa. Można zapytać o proces odpowiadania, o myśli dotyczące terapeuty w chwili wypełniania skali czy o lęk przed przyznaniem niższej oceny. Pomiar przestaje być sądem i staje się początkiem rozmowy.

Tę możliwość potwierdza jakościowa metaanaliza doświadczeń 47 grup badawczych korzystających z ROM. Klinicyści opisywali pomiar nie tylko jako źródło informacji, ale jako narzędzie dostosowywania leczenia, ułatwiania komunikacji i inicjowania zmiany. Jednocześnie jego użyteczność zależała od sposobu włączenia go do procesu oraz stopnia personalizacji. Można zatem metaforycznie rzec, że formularz również pozostaje w relacji z pacjentem. Sposób jego wprowadzenia komunikuje albo zainteresowanie, albo kontrolę. „Chcę regularnie sprawdzać, czy to, co robimy, rzeczywiście pani pomaga, i jeśli nie, chcę o tym wiedzieć” niesie zupełnie inny ładunek niż zdanie: „system wymaga wypełnienia tych skal”. Pierwszy komunikat oddaje pomiar w służbę przymierza; drugi czyni z niego instrument nadzoru. Podobnie rzecz ma się z interpretacją wyniku. Słowa: „skala pokazuje, że się pani nie poprawia”, czynią z liczby nową formę autorytetu.

Natomiast stwierdzenie: „wynik wygląda inaczej, niż spodziewałem się po naszych rozmowach; chciałbym zrozumieć tę różnicę", tworzy trzecią przestrzeń refleksji. Relacyjna różnica między tymi podejściami jest większa niż statystyczna różnica między dwiema skalami.

Z tego powodu ROM można nazwać „trzecim" w gabinecie, o ile zachowana zostanie właściwa hierarchia epistemiczna. Nie jest on trzecią osobą posiadającą prawdę o pozostałych, lecz zewnętrznym punktem odniesienia, który może zakłócić zamkniętą narrację diady. Pod tym względem przypomina nagranie w superwizji: nie wyjaśnia ono, dlaczego pacjent się odsunął, ale może wskazać, że stało się to po konkretnej interwencji. Wykres wyników nie wie, dlaczego następuje pogorszenie, lecz potrafi pokazać, że zaczęło się ono trzy tygodnie temu – nawet jeśli terapeuta zapamiętał ten okres jako przełomowy.

Kryje się w tym istotna demokratyzacja wiedzy klinicznej. Dane pochodzą najczęściej od pacjenta; to jego ocena objawów, jakości życia i doświadczenia procesu. Measurement-based care nie musi więc oznaczać zwycięstwa technokracji nad subiektywnością. Może wręcz oznaczać usystematyzowanie głosu pacjenta, by nie zniknął on pod wpływem charyzmy terapeuty, dramaturgii sesji czy dominującej teorii. Nie wolno jednak fetyszyzować samoopisu.

Pacjent nie zawsze zna przyczynę swojego stanu, może błędnie rozumieć pytania lub odpowiadać pod wpływem nastroju bądź motywów interpersonalnych. Dlatego wynik powinien być elementem triangulacji obejmującej dialog kliniczny, obserwację, funkcjonowanie, dane psychiatryczne oraz cele terapii i – w razie potrzeby – informacje z innych źródeł uzyskane zgodnie z zasadami poufności. Dobra psychoterapia nie zastępuje subiektywności pomiarem; używa go do jej lepszego badania. Szczególnie obiecujące są tu miary idiograficzne, w których część monitorowanych problemów formułowana jest indywidualnie. Przeglądy dotyczące takich patient-reported outcome measures wskazują, że wspierają one autorefleksję i poczucie sprawstwa pacjenta, choć ich stosowanie wymaga elastyczności i kompetencji klinicznej, gdyż brak postępu może działać demotywująco. Jest to w istocie empiryczne rozwinięcie koncepcji Bordina.

Jeżeli przymierze składa się z więzi, celów i zadań, idiograficzny pomiar pozwala regularnie sprawdzać, czy cele pozostają aktualne. Terapia może bowiem skutecznie poprawiać obszary, które przestały być dla pacjenta najważniejsze. Człowiek rozpoczyna leczenie z powodu lęku, lecz po kilku miesiącach głównym problemem staje się samotność, utrata pracy lub konsekwencje konfliktu rodzinnego.

Pomiar jako narzędzie refleksji a nie kontroli

Sztywny system oceny może uznać terapię za sukces lub porażkę w oparciu o początkowy wskaźnik, podczas gdy system responsywny zapyta również, czy mapa problemu nie wymaga aktualizacji. Należy jednak wystrzegać się kolejnej pułapki: pomiaru, który staje się celem samym w sobie. Gdy organizacja zaczyna rozliczać terapeutów z konkretnych wyników, pojawia się presja zmieniająca zachowanie obu stron procesu. To, co miało być narzędziem refleksji, przeobraża się we wskaźnik administracyjny. Terapeuta może zacząć unikać pacjentów z wysokim ryzykiem pogorszenia, preferować łatwiejsze przypadki lub subtelnie wpływać na sposób wypełniania skal. Z kolei pacjent może poczuć presję „poprawiania wyniku", by nie rozczarować klinicysty. Jest to ten sam mechanizm, który Vanderbilt II ukazał na innym poziomie.

Narzędzie stworzone do podnoszenia jakości, przy niewłaściwej implementacji, może wygenerować efekt odwrotny do zamierzonego. Safran przedstawia Vanderbilt II jako ostrzeżenie przed sztywnym i mechanistycznym stosowaniem interwencji po szkoleniu; nie ma powodu sądzić, że system pomiarowy jest odporny na tę samą logikę. ROM stosowany mechanicznie może okazać się równie nierelacyjny, co mechaniczna metakomunikacja.

Pomiar wymaga zatem osadzenia w kontekście etycznym. Pacjent musi wiedzieć, dlaczego pytania są zadawane, kto ma dostęp do danych, jak będą one wykorzystywane i czy określone odpowiedzi uruchamiają procedury bezpieczeństwa. Pytania o samobójczość, samouszkodzenia, używki czy przemoc nie mogą być wprowadzane do systemu bez jasnego określenia odpowiedzialności za reakcję. Zbieranie danych o ryzyku bez realnej zdolności do odpowiedzi na nie byłoby pozorną kontrolą bezpieczeństwa. Perspektywa relacyjna nakazuje również zapytać, co dzieje się w momencie sygnału pogorszenia. Gdy system oznacza pacjenta czerwonym alertem, terapeuta może poczuć lęk, wstyd lub zagrożenie dla własnej kompetencji. Może wówczas zareagować nadmierną dyrektywnością, bronić dotychczasowego przebiegu terapii lub próbować przekonać pacjenta, że „kwestionariusz nie oddaje głębokości procesu". Dane same w sobie nie rozwiązują narcystycznego problemu klinicysty – czasami wręcz go ujawniają. Dlatego ROM powinien być elementem kultury superwizyjnej, a nie jedynie systemem informatycznym.

Pacjent, który przestaje robić postępy, nie powinien automatycznie stawać się dowodem niekompetencji terapeuty. Powinien stać się sygnałem do wspólnego badania sytuacji. To właśnie w takim momencie niezbędna jest konsultacja, zmiana strategii, druga opinia, skierowanie do psychiatry lub rozważenie innej modalności leczenia.

Relacyjna metabolizacja danych jako narzędzie pokory klinicznej

System, który karze klinicystów za negatywne wyniki, może paradoksalnie zwiększać ich skłonność do ukrywania niepowodzeń. Istnieje tu silna analogia do kultury bezpieczeństwa w medycynie: organizacja ucząca się nie zakłada, że profesjonalista nigdy nie popełni błędu, lecz buduje systemy wczesnego wykrywania, raportowania i korekty. Psychoterapia potrzebuje podobnej logiki – nie kultu terapeuty, który zawsze wie, że leczenie przebiega pomyślnie, lecz procedur umożliwiających szybkie dostrzeżenie momentu, w którym może się on mylić. Rozumiana w ten sposób informacja zwrotna jest praktycznym zastosowaniem relacyjnej pokory. Terapeuta mówi w istocie: „moja ocena tego procesu nie wystarcza; potrzebuję regularnie wiedzieć, jak ty go doświadczasz i co dzieje się z twoim życiem". Jest to podejście znacznie bardziej radykalne niż grzecznościowe pytanie pod koniec sesji: „jak było?".

Systematyczność pomiaru utrudnia selektywne słuchanie. Jeśli w sześciu kolejnych badaniach funkcjonowanie nie ulega zmianie, coraz trudniej utrzymywać, że brak poprawy jest jedynie chwilowym epizodem. Jednocześnie niski średni efekt ROM powinien chronić przed uleganiem kolejnym modom terapeutycznym. Przeglądy sugerują, że korzyść jest przeciętnie niewielka i istotnie zależna od implementacji; narzędzie nie działa u każdego, a samo wprowadzenie kwestionariuszy nie gwarantuje lepszej terapii. Największa wartość może tkwić zatem nie w poprawianiu wszystkich procesów o tę samą wartość, lecz w identyfikowaniu przypadków wymagających zmiany kursu. Z perspektywy Safrana i Murana to właśnie te sytuacje są najbardziej interesujące: terapia schodząca z trajektorii jest odpowiednikiem makroskopowego impasu. O ile na poziomie mikro analizowaliśmy momenty, w których pacjent odsuwa wzrok lub zaczyna atakować, o tyle na poziomie całego leczenia analogicznym markerem może być plateau objawów, pogorszenie funkcjonowania albo rosnąca rozbieżność między satysfakcją z sesji a życiem poza gabinetem. W obu przypadkach zadanie terapeuty jest podobne: nie zwiększać automatycznie dawki tego samego, lecz odzyskać zdolność badania sytuacji. Można zatem zbudować relacyjny model korzystania z danych.

Najpierw pomiar ujawnia nieoczekiwany sygnał. Terapeuta powinien wówczas zauważyć własną reakcję – zawód, niepokój czy chęć zakwestionowania wyniku. Następnie przedstawia dane pacjentowi jako wspólny problem poznawczy, a nie sąd. Oboje badają możliwe znaczenia tej rozbieżności i dopiero później korygują konceptualizację, zadania, cele, intensywność, metodę lub strukturę leczenia. W ten sposób measurement-based care może zostać relacyjnie zmetabolizowane zamiast mechanicznie zaimplementowane. Przykładowo terapeuta może powiedzieć, że choć przez

ostatnie tygodnie miał poczucie pogłębienia pracy, wskaźnik funkcjonowania pacjenta regularnie się pogarsza, co skłania go do zatrzymania się i wspólnego sprawdzenia, czego być może nie dostrzegają. W takiej wypowiedzi liczba nie anuluje doświadczenia terapeuty ani pacjenta.

Tworzy ona napięcie pomiędzy danymi, które wymusza myślenie. Jeszcze bardziej interesująca może być rozbieżność między poprawą objawową a pogorszeniem relacyjnym: pacjent funkcjonuje lepiej, ale czuje się w terapii coraz mniej rozumiany. Albo przeciwnie – relacja staje się bardzo bliska, podczas gdy objawy pozostają niezmienione. Bordinowska triada pomaga zrozumieć, że więź, cele i zadania nie muszą poruszać się idealnie równolegle. Terapia może cechować się wspaniałą więzią przy jednoczesnym stosowaniu niewłaściwych zadań, albo trafną techniką i kruchym przymierzem. Może również osiągać rezultat objawowy bez rozwiązania części problemów relacyjnych. To ostatnie przypomina, że psychoterapia potrzebuje wielowymiarowego pojęcia wyniku. Redukcja objawu jest ważna, szczególnie gdy powoduje cierpienie lub ryzyko, jednak nie jest jedyną wartością.

Funkcjonowanie społeczne i zawodowe, jakość życia, zdolność do więzi, sprawczość, dobrostan oraz osiągnięcie indywidualnych celów mogą tworzyć odmienny obraz zmiany. Nie należy z tego wyciągać wniosku, że skoro rezultat jest wielowymiarowy, nie można go mierzyć. Przeciwnie – trzeba unikać monopolu jednego wskaźnika. Z relacyjnego punktu widzenia kluczowe jest pytanie: kto definiuje sukces? Terapeuta może cenić wgląd, podczas gdy pacjent chce odzyskać zdolność do pracy. Klinicysta może uznawać zwiększoną zależność od emocji za postęp, a pacjent doświadcza jej jako destabilizacji.

Instytucja może patrzeć na redukcję objawów, człowiek zaś na możliwość odbudowania małżeństwa. Bordinowskie negocjowanie celów nie powinno kończyć się na pierwszej sesji; cele wymagają rewizji podobnie jak przymierze. Właśnie tutaj measurement-based care staje się potencjalnym narzędziem sprawczości pacjenta. Regularne pytanie: „co się zmienia w sprawach, dla których tu przyszedłeś?” przeciwstawia się sytuacji, w której terapeuta stopniowo przejmuje definicję problemu. Dobrze użyty pomiar może więc pełnić funkcję antykolonizacyjną – tę samą, którą Safran i Muran przypisują uważnej niepewności wobec własnych interpretacji. Jednak źle wykorzystany może stać się jej dokładnym przeciwieństwem. Jeśli wynik służy do narzucenia pacjentowi tego, co powinien czuć, technokracja zastępuje terapeutyczną wszechwiedzę jedynie inną formą autorytetu. „Skala pokazuje, że jest pan zdrowy” może unieważniać cierpienie równie skutecznie jak stwierdzenie: „to tylko pana opór”. Liczba również wymaga pokory.

Dojrzała epistemologia kliniczna potrzebuje zatem czterech źródeł korekty. Pierwszym jest doświadczenie pacjenta wyrażane w dialogu. Drugim – doświadczenie terapeuty, w tym jego uważnie opracowane przeciwprzeniesienie. Trzecim – systematyczny pomiar zmiany. Czwartym –

zewnętrzna perspektywa superwizyjna, psychiatryczna lub zespołowa. Żadne źródło nie jest nieomylne, ale ich wzajemna niezgodność może być szczególnie cenna. Jeśli wszystkie wskazują w tym samym kierunku – pacjent mówi o poprawie, pomiar ją potwierdza, funkcjonowanie rośnie, a terapeuta obserwuje większą elastyczność – mamy do czynienia z względnie spójnym obrazem.

Psychoterapia wielokrotnej korekty jako system epistemicznej pokory

Gdy te dwa porządki się rozchodzą, powstaje problem poznawczy. To właśnie rozbieżność, a nie zgodność, może stać się najbardziej wartościowym klinicznie momentem. Pod tym względem ROM głęboko wpisuje się w filozofię Safrana i Murana; psychoterapia relacyjna interesuje się pęknięciem, gdyż to w nim ujawniają się ukryte założenia systemu.

Measurement-based care oddziałuje podobnie na poziomie rezultatów. Ujawnia moment, w którym opowieść terapeuty o leczeniu i dane pacjenta zaczynają biec różnymi drogami. Można zatem postawić mocniejszą tezę: terapia otwarta na zerwania, ale zamknięta na dane o własnej nieskuteczności, nie jest konsekwentnie relacyjna. Jeśli klinicysta naprawdę akceptuje możliwość własnego błędu, powinien dążyć do posiadania narzędzi zwiększających szansę jego zauważenia. Najważniejszym celem ROM nie jest więc produkowanie kolejnych wykresów, lecz budowanie kliniki, w której możliwe staje się zdanie: „to, co robimy, być może nie działa wystarczająco dobrze – sprawdźmy dlaczego". W tradycji opartej przez dziesięciolecia na autorytecie ekspertów jest to stwierdzenie rewolucyjne.

Równocześnie nie powinno ono brzmieć dramatycznie. Niepowodzenie jednej strategii nie oznacza niepowodzenia osoby. Zarówno pacjent, jak i terapeuta mogą potrzebować tej samej lekcji, której uczy teoria zerwań: pęknięcie nie musi oznaczać końca więzi, a informacja o braku poprawy nie musi oznaczać końca nadziei. Może być początkiem bardziej trafnej negocjacji. W tym miejscu wywód zbliża się do syntezy.

Przymierze nie jest stanem, lecz procesem; opór nie jest własnością pacjenta, lecz wydarzeniem w relacji; zerwanie nie jest automatyczną porażką, lecz wezwaniem do naprawy; terapeuta nie jest neutralny, ale jego subiektywność nie jest prawdą absolutną; technika nie działa poza kontekstem, lecz relacja nie zastępuje techniki; diagnoza psychiatryczna nie zastępuje znaczenia, ale znaczenie nie zastępuje diagnozy; wreszcie intuicja terapeuty nie wystarcza do oceny wyniku, choć liczba również nie może stać się nowym sędzią absolutnym. Powstaje model, który można nazwać psychoterapią wielokrotnej korekty. Pacjent koryguje terapeutę. Terapeuta koryguje własną

pierwszą interpretację. Relacja koryguje technikę. Technika koryguje spontaniczność. Pomiar koryguje intuicję. Superwizja koryguje zamknięcie diady.

Psychiatria koryguje redukcję wszystkiego do relacji, a etyka koryguje fantazję, że każda autentyczność jest terapeutyczna. W takim ujęciu profesjonalizm nie oznacza posiadania ostatecznie prawidłowej mapy pacjenta, lecz stworzenie systemu wystarczająco czułego, by dostrzegał własne błędy i wystarczająco elastycznego, by mógł się pod ich wpływem zmieniać.

Prowadzi to do ostatniego kluczowego problemu przed syntezą całej relacyjnej teorii. Skoro psychoterapia jest systemem ciągłej korekty, należy zapytać o tożsamość samego terapeuty. Jakiego rodzaju profesjonalista może pracować w warunkach, w których nieomylność zostaje odebrana, teoria pozostaje prowizoryczna, pacjent ma prawo kwestionować interpretację, dane mogą podważyć poczucie sukcesu, psychiatra zmienić rozumienie przypadku, a superwizor ujawnić uwikłanie klinicysty? Czas przejść od technik i modeli do psychologii terapeuty jako profesjonalisty: narcystycznej potrzeby skuteczności, tolerowania bezradności, wstydu zawodowego, epistemicznej pokory, odporności na idealizację oraz zdolności do bycia ważnym dla pacjenta bez potrzeby stawania się niezastąpionym. Dopiero ta analiza pozwoli domknąć pytanie postawione na początku artykułu: co właściwie leczy, skoro ani technika, ani relacja, ani osoba terapeuty nie są samowystarczalne?

> W świecie, gdzie autorytet eksperta często przesłania rzeczywistość cierpienia, prawdziwa moc leczenia może kryć się nie w nieomylności terapeuty, lecz w jego odwadze do bycia skorygowanym. Czy jesteśmy gotowi na profesjonalizm, który zamiast potwierdzać naszą skuteczność, systematycznie wystawia naszą intuicję na próbę? Ostatecznie to właśnie ta zdolność do tolerowania własnej bezradności i rezygnacja z potrzeby bycia niezastąpionym może stać się najbardziej terapeutycznym doświadczeniem, jakie oferujemy drugiemu człowiekowi.

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 członkiem programu podoktorskiego z psychoterapii i psychoanalizy na Uniwersytecie Nowojorskim. Safran był współzałożycielem i współprzewodniczącym Centrum Sándora Ferenciego oraz prezesem Międzynarodowego Stowarzyszenia Psychoanalizy i Psychoterapii Relacyjnej. Znany z przełomowego wkładu w integrację psychoterapii, Safran był pionierem badań empirycznych nad sojuszem terapeutycznym, a w szczególności nad identyfikacją i rozwiązywaniem zerwań w sojuszu. Jego prace teoretyczne w unikalny sposób łączył psychoanalizę relacyjną, terapię poznawczą, podejścia skoncentrowane na emocjach i psychologię buddyjską, ustanawiając trwałe ramy dla szkoleń klinicznych i praktyki.

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 City, and held appointments at New York University's Postdoctoral Program in Psychotherapy and Psychoanalysis. Safran was a co-founder and co-chair of the Sándor Ferenczi Center and served as president of the International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy. Best known for his groundbreaking contributions to psychotherapy integration, Safran pioneered empirical research on the therapeutic alliance, particularly the identification and resolution of alliance ruptures. His theoretical work uniquely synthesized relational psychoanalysis, cognitive therapy, emotion-focused approaches, and Buddhist psychology, establishing enduring frameworks for clinical training and practice.

The New School for Social Research

Literatura uzupełniająca

Artykuły naukowe

Artykuły naukowe autora:

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

Jeremy D. Safran, John Christopher Muran

2000

Źródło

[2] "Repairing alliance ruptures."

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

2011 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/a0022140

Źródło

[3] "Interpersonal process in cognitive therapy"

Jeremy D. Safran, Zindel V. Segal

1990 | Medical Entomology and Zoology

Źródło

[4] "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

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

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

2018 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/pst0000185

Źródło

[6] "Emotion in psychotherapy."

Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran

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

Źródło

[7] "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

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

Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran

1987

Źródło

[9] **"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

[10] **"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: aa3ebd3c-5aad-4169-89c5-270e26d256b3