Dynamika zerwań i naprawy przymierza terapeutycznego w ujęciu Jeremy’ego D. Safrana

AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł analizuje koncepcję przymierza terapeutycznego w ujęciu Jeremy’ego D. Safrana, skupiając się na rozróżnieniu między zerwaniami wycofani owymi a konfrontacyjnymi. Autor podkreśla, że typy te nie są stałymi cechami osobowości pacjenta, lecz dynamicznymi stanami relacji wynikającymi z potrzeby ochrony autonomii lub więzi. Kluczowym elementem jest mikroanaliza markerów, która pozwala terapeucie dostrzec subtelne sygnały pęknięć – szczególnie w przypadku zerwań wycofaniowych, które mogą być mylnie interpretowane jako sukces terapii. Tekst wskazuje na znaczenie procesualnego podejścia do naprawy relacji oraz ostrzega przed reifikacją diagnoz charakterologicznych, promując zamiast tego uważność na intersubiektywną dynamikę i bezpieczeństwo relacyjne w procesie leczenia.

The article analyzes the concept of the therapeutic alliance from the perspective of Jeremy D. Safran, focusing on the distinction between withdrawal and confrontation ruptures. The author emphasizes that these types are not fixed personality traits of the patient, but dynamic relational states resulting from the need to protect either autonomy or the bond. A key element is the microanalysis of markers, which allows the therapist to notice subtle signals of cracks—especially in the case of withdrawal ruptures, which may be misinterpreted as therapeutic success. The text highlights the importance of a processual approach to relationship repair and warns against the reification of characterological diagnoses, promoting instead mindfulness toward intersubjective dynamics and relational safety in the healing process.

Artykuł analizuje dynamikę zerwań przymierza terapeutycznego, traktując je nie jako błędy w procesie czy cechy charakterologiczne pacjenta, lecz jako kluczowe momenty

potencjalnego wzrostu. Autor stawia tezę, że skuteczność terapii zależy od zdolności klinicysty do przejścia od reaktywnej obrony własnego autorytetu ku uważnej metakomunikacji. Tekst przeciwstawia dwa typy zerwań: wycofaniowe (gdzie pacjent poświęca sprawczość dla więzi) oraz konfrontacyjne (gdzie poświęca więź dla autonomii). Głównym przesłaniem jest konieczność zastąpienia tradycyjnej interpretacji przeniesieniowej wspólnym badaniem recepcji interwencji i aktualnego pola relacyjnego. W tym ujęciu naprawa przymierza staje się procesem transformacyjnym, w którym pacjent uczy się integrować sprawczość z podatnością na zranienie, a terapeuta rezygnuje z roli nieomylnego eksperta na rzecz partnera w badaniu intersubiektywnej prawdy. To przejście od mechanizmów obronnych do autentycznej obecności stanowi o rzeczywistym potencjale leczniczym relacji.

SŁOWA KLUCZOWE

przymierze terapeutyczne | zerwania wycofaniowe | zerwania konfrontacyjne | naprawa przymierza | mikroanaliza markerów | warunkowa asercja | metakomunikacja relacyjna | exploration of construal | podatność na zranienie | enactment | dyscyplina inferencyjna | bezpieczeństwo relacyjne | model Safrana i Murana | dynamika intersubiektywna

Zerwania wycofaniowe i konfrontacyjne jako dynamiczne stany relacji

Anatomia pęknięcia: od uległości do samoasercji i od walki do podatności na zranienie

Rozróżnienie zerwań wycofaniowych i konfrontacyjnych należy do tych idei psychoterapii relacyjnej, których pozorna prostota może przesłonić znaczną głębię teoretyczną. Nie chodzi tu bowiem wyłącznie o podział pacjentów na tych, którzy w kryzysie milczą, i tych, którzy wchodzą w konflikt. Oba typy opisują odmienne sposoby rozwiązywania tego samego, podstawowego dylematu: jak ochronić siebie, gdy relacja z ważnym drugim zaczyna być doświadczana jako niebezpieczna. W zerwaniu wycofaniowym pacjent poświęca część sprawczości, aby nie utracić więzi; w konfrontacyjnym poświęca część więzi, by ocalić autonomię. Safran rekonstruuje tę

dychotomię jednoznacznie: wycofanie obejmuje unikanie kontaktu, nadmierną uległość i potakiwanie, podczas gdy konfrontacja przejawia się w jawnej krytyce, złości, roszczeniowości lub atakowaniu ram terapii. Nie są to jednak dwie sztywne kategorie osobowości.

Ten sam pacjent może podczas jednej sesji konfrontować terapeutę, by po chwili – przestraszony własną agresją – nagle się wycofać. Inny może miesiącami pozostawać uległy, aby po jednym pozornie drobnym wydarzeniu gwałtownie przejść do ataku. Jeszcze inny będzie wycofywać się wobec jednego terapeuty, a konfrontować wobec drugiego. Zerwanie należy więc rozumieć raczej jako stan organizacji relacji niż jako stałą właściwość osoby. Współczesne badania procesowe, posługujące się systemami obserwacyjnego kodowania zerwań, również traktują wycofanie i konfrontację jako zdarzenia pojawiające się z różnym nasileniem w przebiegu terapii, a nie jako rozłączne typy pacjentów. Badania analizujące efekty wewnątrz- i międzyosobowe wykazały m.in., że silniejsze zerwania konfrontacyjne w konkretnej sesji wiązały się z gorszą oceną przymierza przez obie strony, natomiast skuteczność naprawy moderowała wpływ zerwań wycofaniowych na jakość tej relacji. Taka procesualna interpretacja chroni przed jednym z najgroźniejszych błędów klinicznych: zamianą użytecznej typologii w nową diagnostykę charakterologiczną. Jeśli terapeuta zacznie myśleć: „to Pacjent wycofaniowy” albo „to pacjent konfrontacyjny”, model może zadziałać podobnie jak dawne, reifikowane diagnozy – przestanie pomagać w obserwacji procesu, a zacznie go przesądzać.

Mikroanaliza markerów wycofania jako fundament rozpoznawania zerwań

Tradycja Safrana jest interesująca przede wszystkim dlatego, że stara się wydobyć strukturę zmiany z mikroanalizy interakcji. Jej pierwotną inspiracją metodologiczną była analiza zadań rozwijana przez Laurę Rice i Leslie Greenberga: zamiast wychodzić od abstrakcyjnej teorii osobowości i dedukować z niej przebieg terapii, badacz porównuje epizody, w których konkretne zadanie kliniczne zakończyło się sukcesem lub niepowodzeniem, a następnie rekonstruuje sekwencję mechanizmów prowadzących do zmiany. Z punktu widzenia metodologii jest to istotna różnica. Model etapowy nie ma statusu prawa fizycznego ani potwierdzonego biomarkera medycznego; jest raczej hipotetyczną mapą procesu, zbudowaną na podstawie obserwowanych sekwencji interakcyjnych. Najnowsze badania wskazują, że prace nad walidacją tego modelu wciąż trwają.

W 2026 roku opublikowano zadaniowo-analityczne porównanie przypadków skutecznej i nieskutecznej naprawy zerwania. Wynika z niego, że strategie akceptacji, walidacji, ciekawości i zaangażowania częściej pojawiały się w udanych procesach, podczas gdy głęboka eksploracja

doświadczenia zerwania w jednym przypadku pomagała, a w drugim mogła pogłębić kryzys. To pouczający wniosek: nawet interwencja zgodna z teorią nie jest lecznicza sama w sobie – zależy to od momentu, sposobu podania i aktualnego bezpieczeństwa relacyjnego.

Wycofanie to rodzaj zerwania, który potrafi przypominać sukces terapii. Wycofaniowe pęknięcie przymierza jest szczególnie zdradliwe, ponieważ może pozostawać niewidzialne dla terapeuty właśnie wtedy, gdy dobrze zaspokaja jego narcystyczne lub profesjonalne potrzeby. Pacjent zgadza się, słucha, przytakuje, przyjmuje interpretacje i wykonuje zadania, unikając otwartej krytyki. Terapia nie wydaje się zagrożona; nie pojawiają się konflikty o honorarium, granice, diagnozę czy metody pracy.

Klinicysta może zatem postrzegać takiego pacjenta jako wyjątkowo zmotywowanego. Tymczasem z perspektywy relacyjnej właśnie ten brak tarcia może być sygnałem, że przymierze zostało kupione za cenę zaniku podmiotowości. Pierwszym momentem modelu jest zatem marker wycofania. Nie musi nim być dosłowne milczenie. Markerem może stać się nagła zmiana tematu po pytaniu o trudny afekt, automatyczne przytaknięcie interpretacji, nieadekwatny uśmiech podczas opowieści o upokorzeniu, intelektualizacja po wzroście bliskości emocjonalnej, gwałtowne spłycenie afektu czy odwołanie krytycznej uwagi słowami „ale właściwie to nieważne”. Może to być także tak szybkie przyjęcie punktu widzenia terapeuty, że znika jakikolwiek ślad negocjacji. Materiał źródłowy podkreśla znaczenie mikroanalizy takich markerów – tonu głosu, kontaktu wzrokowego, napięcia mięśni czy dystansu afektywnego – ponieważ zerwanie często manifestuje się w organizacji zachowania wcześniej niż w deklarowanej treści.

Klinicysta musi tu jednak zachować dyscyplinę inferencyjną. Nieadekwatny uśmiech nie „oznacza” automatycznie tłumionej złości, brak kontaktu wzrokowego nie dowodzi wycofaniowego zerwania, a milczenie nie jest markerem jednej konkretnej dynamiki. Zachowania te są danymi wymagającymi kontekstu. U osoby z depresją spowolnienie i małomówność mogą wynikać z ciężkości zespołu depresyjnego; u pacjenta w psychozie wycofanie może wiązać się z objawami negatywnymi, lękiem paranoidalnym lub przeciążeniem poznawczym; u osoby neuroróżnorodnej kontakt wzrokowy może mieć zupełnie inne znaczenie niż w modelu interpersonalnym opartym na określonej normie komunikacyjnej. Również sedacja farmakologiczna, przewlekły ból czy neurologiczne ograniczenia ekspresji mogą zmieniać obraz zachowania. Psychiatra kliniczny wnosi tutaj konieczny sceptycyzm wobec pokusy psychologizowania każdego znaku. Marker jest początkiem pytania, nie końcem diagnozy. Drugim momentem jest wywikłanie terapeuty i skierowanie wspólnej uwagi na to, co właśnie się wydarzyło. To etap subtelniejszy, niż sugerowałoby słowo „interwencja” – najpierw terapeuta musi rozpoznać własny udział w tej sekwencji.

Naprawa zerwań poprzez badanie recepcji zamiast obrony intencji

Być może mówił za dużo. Być może interpretował zbyt szybko, a jego ton stał się pouczający. A może był tak pochłonięty określoną hipotezą, że pacjent zaczął odczuwać rozmowę jak egzamin z rozumienia samego siebie. Dopiero po częściowym odzyskaniu refleksyjnej pozycji terapeuta może skierować uwagę na zmianę procesu. Książka opisuje ten krok jako zatrzymanie automatycznej dynamiki i zaproszenie pacjenta do zbadania tego, co dzieje się „tu i teraz". Słowo „zaproszenie" jest tutaj istotniejsze od słowa „konfrontacja". Pacjent wycofaniowy często funkcjonuje w relacyjnym świecie, w którym niezgoda z ważną osobą była niebezpieczna. Jeśli terapeuta powie z pozycji autorytetu: „Właśnie się pan wycofał", może powtórzyć strukturę problemu. Pacjent otrzyma kolejną interpretację własnego doświadczenia, z którą po prostu powinien się zgodzić. Relacyjnie bardziej konsekwentna interwencja zachowuje status hipotezy: terapeuta zauważa, że po jego ostatniej wypowiedzi rozmowa straciła żywotność i pyta, czy pacjent również to odczuł.

Różnica semantyczna jest niewielka, lecz strukturalnie olbrzymia. W pierwszym przypadku terapeuta posiada wiedzę o pacjencie; w drugim obie strony wspólnie badają zdarzenie. Dopiero wtedy może pojawić się trzeci moment – warunkowa asercja (qualified assertion). Safran definiuje ją jako pierwszą, ostrożną ekspresję niezadowolenia lub odmiennego zdania, która zostaje natychmiast osłabiona, pomniejszona bądź częściowo odwołana. Pacjent może powiedzieć: „Trochę mnie zirytowało to, co pan powiedział, ale pewnie ma pan rację"; „Nie wiem, czy to do mnie pasuje, chociaż może tylko się bronię"; „Przez chwilę poczułam, że mnie pani nie słucha, ale może jestem przewrażliwiona". Z punktu widzenia powierzchniowej komunikacji zdania te brzmią niepewnie. Z perspektywy procesu mogą być jednak ogromnym osiągnięciem: po raz pierwszy konkurencyjne doświadczenie pacjenta przedostaje się do wspólnej przestrzeni. Terapeuta ma w tym momencie szczególną możliwość, ale i szczególną pokusę.

Może potraktować tę ostrożną krytykę jako zaproszenie do wyjaśnienia własnych intencji: „Nie chciałem pani krytykować". Taka odpowiedź jest ludzko zrozumiała, lecz relacyjnie może zamknąć proces. Pacjent nie pytał przecież o intencje terapeuty; próbował opisać, jak coś przeżył. Jeśli natychmiast usłyszy, że terapeuta „nie miał tego na myśli", może ponownie utwierdzić się w przekonaniu, że jego doświadczenie musi ustąpić obiektywnie lepszej wersji wydarzeń. Safran konsekwentnie nakazuje w takich momentach badać recepcję interwencji zamiast bronić własnej dobrej intencji. Tutaj wyłania się kluczowe rozróżnienie między intencją, działaniem a skutkiem. Terapeuta może mieć dobrą intencję i wykonać technicznie poprawną interwencję, a mimo to wywołać skutek, który pacjent przeżyje jako krytyczny, zawłaszczający lub zawstydzający. Uznanie

tego skutku nie wymaga przyjęcia, że intencja była zła. Analogicznie pacjent może odebrać neutralną wypowiedź jako odrzucenie – i to doświadczenie pozostaje realnym faktem psychicznym. Relacyjna naprawa nie wymaga ustalenia sądowej prawdy o tym, kto „miał rację"; wymaga skonstruowania wystarczająco wspólnego opisu, aby obie strony odzyskały możliwość myślenia o tym samym zdarzeniu.

Czwarty moment modelu – badanie unikania – stanowi wejście w strukturę katastroficznych oczekiwań pacjenta. Safran opisuje tu lęk przed porzuceniem, gniewem terapeuty lub inną konsekwencją pełniejszej samoekspresji. Istotą pytania nie jest więc: „dlaczego nie powiedziałeś mi wcześniej, że jesteś zły?", lecz raczej: „co mogłoby się wydarzyć między nami, gdybyś naprawdę pozwolił sobie powiedzieć, że jesteś zły?". W tym przesunięciu analiza oporu staje się analizą przewidywanej katastrofy interpersonalnej. Pacjent może oczekiwać, że złość zrani terapeutę i uczyni go kruchym; że krytyka wywoła kontratak; że odmienne zdanie spowoduje utratę zainteresowania; że ujawnienie potrzeby okaże się śmieszne; a odmowa wykonania zadania zostanie potraktowana jako niewdzięczność lub „brak motywacji".

Część tych oczekiwań może wynikać z wcześniejszych relacji, lecz Safranowska ostrożność wymaga, by nie przeskakiwać natychmiast do genealogii. Najpierw należy zbadać, czy coś w aktualnym zachowaniu terapeuty nie czyni przewidywanej katastrofy przynajmniej częściowo racjonalną. Jeżeli terapeuta rzeczywiście źle toleruje sprzeciw, historia pacjenta i teraźniejszość terapii zaczynają ze sobą współpracować. To właśnie tutaj najwyraźniej widać różnicę między interpretacją przeniesienia a relacyjną metakomunikacją.

Klasyczna interpretacja mogłaby brzmieć: „Boi się pan mojej złości, tak jak bał się pan złości ojca". Relacyjna wersja jest ostrożniejsza: „Zastanawiam się, czy część pana obawia się, że jeśli naprawdę się pan ze mną nie zgodzi, mogę zareagować źle. I chciałbym też sprawdzić, czy zrobiłem coś, co mogło sprawić, że taki lęk stał się tutaj bardziej realny".

Od obrony przez atak ku bezpiecznej podatności

Pierwsza wypowiedź wyjaśnia pacjenta jego przeszłością. Druga bada jednocześnie historię, aktualny kontekst i realny wkład terapeuty. Piąty moment – samoasercja – nie jest triumfalnym finałem, w którym nieśmiały pacjent nagle staje się stanowczy. Safran ujmuje to subtelniej: pacjent zyskuje możliwość wyrażenia pierwotnego pragnienia lub potrzeby bez konieczności natychmiastowego wycofania się z lęku czy poczucia winy. Zmiana nie polega więc na tym, by mówić głośniej, lecz na uformowaniu nowego doświadczenia strukturalnego: „mogę istnieć jako odrębne Ja, a relacja nadal trwa". To doświadczenie można interpretować w różnych językach

teoretycznych. W teorii przywiązania oznaczałoby ono poszerzenie tolerancji dla autonomii wewnątrz więzi; w mentalizacji – zdolność do utrzymania własnego stanu umysłu bez automatycznego utożsamiania go ze stanem drugiej osoby. Z perspektywy teorii samostanowienia jest to wzrost autonomiczności działania, a w tradycji Winnicotta – odzyskanie spontaniczności, wcześniej podporządkowanej adaptacji. Modele te nie są tożsame, lecz zbiegają się w jednej obserwacji: dojrzała relacja wymaga dopuszczenia różnicy.

Konfrontacja pojawia się tam, gdzie autonomia broni się poprzez atak. Zerwanie konfrontacyjne buduje niemal lustrzaną architekturę; tutaj relacja nie zostaje ocalona przez podporządkowanie. Pacjent próbuje zabezpieczyć własną podmiotowość za pomocą sprzeciwu, krytyki, kontroli, roszczeń lub jawnego ataku. Książka definiuje marker konfrontacji jako ekspresję niezadowolenia i złości wobec terapeuty, a cały proces jako przejście od agresywnej ochrony sprawczości ku możliwości kontaktu z podatnością na zranienie.

W tym miejscu model najłatwiej banalizować. Nie każda złość skrywa smutek, nie każda krytyka jest obroną przed zależnością i nie każde roszczenie prowadzi do „prawdziwej potrzeby". Czasami pacjent jest zły, ponieważ terapeuta rzeczywiście postąpił niewłaściwie. Skarga może dotyczyć błędu organizacyjnego, nietrafnej diagnozy, nieskutecznego leczenia lub naruszenia granicy. Kliniczna teoria, która każdą skargę przełoży na lęk pacjenta przed bliskością, stworzy system immunizowany na krytykę. Taka psychoterapia byłaby epistemologicznie zamknięta: każdy dowód przeciwko terapeucie stawałby się dowodem na patologię pacjenta.

Dlatego pierwszym zadaniem nie jest interpretowanie agresji, lecz przetrwanie utraty pozycji niekwestionowanego autorytetu. Safran nazywa to wywikłaniem i unikaniem defensywności: terapeuta powstrzymuje kontratak lub wycofanie, odzyskuje wewnętrzną przestrzeń i próbuje wspólnie nazwać dynamikę walki. Jest to moment wymagający od klinicysty większej regulacji emocjonalnej niż błyskotliwości interpretacyjnej.

Terapeuta może czuć się niesprawiedliwie oskarżony, podważany, bezradny lub upokorzony. Jeśli natychmiast zamieni własne zranienie w teorię na temat pacjenta, ta teoria stanie się narzędziem odwetu. Nieobronność nie oznacza jednak kapitulacji ani zgody na wszystko. Relacyjny terapeuta nie ma obowiązku akceptować przemocy, gróźb, stalkingu, nadużywania kontaktu poza sesjami czy łamania zasad bezpieczeństwa.

Granica może pozostać granicą. Różnica polega na tym, czy jest ona stosowana jako przewidywalna rama profesjonalna, czy jako odwetowe działanie wynikające z narcystycznego zranienia klinicysty. Można spokojnie odmówić dodatkowego kontaktu i jednocześnie badać, jakie znaczenie ta odmowa

ma dla pacjenta. Można przerwać zachowanie zagrażające bezpieczeństwu, nie wykorzystując tego faktu do moralnego upokorzenia drugiego człowieka.

Od diagnostyki stanu psychicznego do pracy z podatnością

Psychiatria kliniczna wymaga w tym miejscu istotnego rozróżnienia. Nasilona konfrontacyjność może być elementem relacyjnego schematu, lecz może również wynikać ze stanu maniakalnego, hipomaniakalnego czy psychotycznego, a także pojawiać się podczas intoksykacji, w majaczeniu, przy zaburzeniach neurokognitywnych lub w ostrym kryzysie traumatycznym. Gwałtowny wzrost drażliwości, presja mowy, redukcja potrzeby snu, grandiozność czy zachowania ryzykowne nie powinny być „przepracowywane" wyłącznie jako walka o autonomię. Podobnie paranoidalne oskarżenia pod adresem terapeuty wymagają odróżnienia interpersonalnej nieufności od zaburzeń rzeczywistości. Relacyjny klinicysta nie może pozwolić, aby fascynacja znaczeniem intersubiektywnym osłabiła ocenę stanu psychicznego i ryzyka.

Po odzyskaniu dostatecznej stabilności rozpoczyna się exploration of construal – badanie konstrukcji znaczenia. Pytanie przestaje brzmieć: „dlaczego pacjent jest agresywny?", a staje się: „co dokładnie według pacjenta zrobił terapeuta i co to zachowanie znaczyło?". Etap ten wiąże się z próbą zrozumienia, jak aktualna wrogość łączy się z historią pacjenta oraz sposobem interpretowania działań klinicysty. Termin construal jest tutaj szczególnie trafny, gdyż kładzie nacisk na sam proces konstruowania znaczenia.

Dwoje pacjentów może usłyszeć identyczną wypowiedź i doświadczyć jej zupełnie inaczej: jako troskę, kontrolę, protekcjonalność, próbę porzucenia, zaproszenie do współpracy lub dowód bezradności terapeuty. Badanie tej konstrukcji nie służy wykazaniu pacjentowi, że „źle zrozumiał", lecz ma na celu poszerzenie pola perspektywy. Pacjent może odkryć, że odczytał zachowanie terapeuty jako próbę dominacji; terapeuta z kolei może rozpoznać, że rzeczywiście mówił w nadmiernie kategoryczny sposób. Wspólnie mogą następnie zbadać, dlaczego właśnie dominacja jest tak silnie alarmującym znaczeniem. Aktualna interakcja i historia rozwojowa przestają wówczas konkurować o status jedynego prawdziwego wyjaśnienia. Teraźniejszość aktywuje przeszłość, przeszłość organizuje percepcję teraźniejszości, a realne zachowanie terapeuty dostarcza materiału, na którym oba procesy się spotykają.

Dalsza część modelu zakłada pracę nad unikaniem agresji i podatności na zranienie. Na powierzchni pacjent często wydaje się nadmiernie agresywny, choć paradoksalnie może unikać

pełnego doświadczenia własnej agresji. Złość jest wówczas wykonywana interpersonalnie, ale nie przeżywana refleksyjnie. Człowiek atakuje, zanim zdąży poczuć złość, albo używa gniewu jak pancerza uniemożliwiającego dostęp do lęku, smutku czy potrzeby. W innym przypadku pacjent przeżywa złość, lecz panicznie obawia się tego, co nastąpi, gdy agresja ustąpi. Za gniewem kryje się bowiem doświadczenie zależności: „to boli, ponieważ jesteś dla mnie ważny". W tym punkcie relacyjna teoria zbliża się do tradycji regulacji afektu – emocja nie jest tu traktowana jako pojedyncza, czysta substancja ukryta pod inną, lecz jako element dynamicznej sekwencji.

Gniew może mobilizować organizm do przywrócenia granicy, redukować poczucie bezradności i chronić przed utratą kontroli. Jeśli terapeuta zbyt szybko próbuje „dotrzeć do smutku", ryzykuje unieważnienie ważnej funkcji złości. Celem nie jest zatem usunięcie agresji, lecz zwiększenie zdolności pacjenta do pozostania z całym spektrum doświadczeń: mogę być zły, mogę potrzebować, mogę być rozczarowany i żadna z tych pozycji nie musi unicestwić drugiej osoby ani mnie samego. Ostatnim etapem jest kontakt z podatnością na zranienie – vulnerability. Jest to przejście od maskującej złości ku głębszemu zranieniu, smutkowi, poczuciu odrzucenia i potrzebie wsparcia. Nie należy jednak rozumieć tego jako hierarchii moralnej, w której smutek byłby „prawdziwszy" od złości. Złość również może być autentyczna.

Integracja sprawczości i relacyjności w procesie naprawy

Transformacja polega raczej na tym, że dany mechanizm przestaje być jedynym dopuszczalnym kanałem komunikacji. Pacjent zyskuje możliwość powiedzenia nie tylko „jesteś beznadziejny", ale także „jestem wściekły, ponieważ naprawdę liczyłem, że mnie zrozumiesz". To przejście jest kluczowe dla dialektyki sprawczości i relacyjności. Konfrontacyjna sprawczość brzmi: „nie będziesz miał nade mną władzy". Sprawczość bardziej zintegrowana potrafi natomiast powiedzieć: „to, co zrobiłeś, mnie zraniło i chcę, żebyś to zrozumiał".

Pierwsza postawa chroni autonomię poprzez umniejszenie znaczenia więzi; druga utrzymuje ją właśnie dzięki pozostaniu w relacji w trakcie konfliktu. Pacjent nie musi zatem wybierać między podporządkowaniem a zerwaniem kontaktu. To samo zdarzenie, lecz dwa przeciwstawne kierunki obrony. Oba modele można postrzegać jako trajektorie prowadzące do podobnego celu strukturalnego.

Pacjent wycofaniowy musi odkryć, że może zwiększyć sprawczość, nie tracąc więzi. Pacjent konfrontacyjny – że może zwiększyć relacyjność, nie tracąc sprawczości. Pierwszy uczy się mówić

„nie” bez poczucia nadchodzącej katastrofy; drugi uczy się mówić „potrzebuję” bez lęku przed upokorzeniem. Jeden wychodzi z relacyjnego konformizmu, drugi z relacyjnej wojny. Nie należy jednak oczekiwać, że proces ten będzie przebiegał linearnie. Człowiek może osiągnąć samoasercję w jednej sesji, by tydzień później wrócić do wycofania. Pacjent konfrontacyjny może dotrzeć do podatności na zranienie, a następnie poczuć wstyd z powodu odsłonięcia i ponownie zaatakować terapeutę. W relacyjnej teorii regresja nie musi oznaczać anulowania wcześniejszej zmiany. Nowy sposób bycia pojawia się najpierw epizodycznie, w warunkach wysokiego bezpieczeństwa, zanim stanie się szerzej dostępny. Współczesne dane badawcze wzmacniają potrzebę takiego niemechanicznego rozumienia.

Metaanaliza Eubanks, Murana i Safrana, obejmująca 11 badań i 1314 pacjentów, wykazała umiarkowany związek między epizodami skutecznej naprawy a korzystniejszym wynikiem terapii (r = 0,29). Wynik jest znaczący, choć nie uprawnia do twierdzenia, że każdy epizod naprawy automatycznie powoduje poprawę lub że modele etapowe opisują jedyną możliwą drogę do zmiany. Interesujące jest to, że współczesne badania jakościowe opisują zerwania przede wszystkim jako zagrożenia dla bezpieczeństwa, zaufania i nadziei relacyjnej, natomiast naprawę jako proces prowadzący do wspólnego rozumienia tego, co się wydarzyło. Z tego punktu widzenia najważniejszym czynnikiem nie jest techniczna perfekcja interwencji, lecz odzyskanie wspólnego pola refleksji.

Dopóki każda strona pozostaje zamknięta we własnej narracji – „pacjent jest oporny”, „terapeuta chce mnie kontrolować”, „pacjent jest roszczeniowy”, „terapeuta mnie odrzuca” – pat trwa. Naprawa zaczyna się wtedy, gdy te narracje mogą zostać potraktowane jako doświadczenia wymagające porównania, a nie jako wyroki.

Relacyjne mistrzostwo jako dyscyplina refleksyjności

Model Safrana i Murana zawiera ostrzeżenie przed zamianą teorii naprawy w kolejną technologię kontroli. Książka explicite wskazuje, że modele rezolucji mają być mapami do wspólnego odkrywania, a nie instrukcjami wykonawczymi, wiążąc nadmierne przywiązanie do procedury z potrzebą kontroli terapeuty. Pojawia się tu pewien paradoks metodologiczny: nauka dąży do opisania sekwencji najbardziej produktywnych interwencji, jednak ich mechaniczne zastosowanie może zniszczyć właśnie tę responsywność, którą miały wspierać.

Badanie walidacyjne z 2026 roku dostarcza w tym kontekście interesującego argumentu. W przypadkach skutecznej naprawy dominowały strategie podstawowe – akceptacja, walidacja, ciekawość i zaangażowanie – natomiast głębsza eksploracja doświadczenia zerwania okazała się

użyteczna dopiero na odpowiednim gruncie relacyjnym. W sytuacjach nieudanej naprawy podobna eksploracja mogła wręcz nasilać zerwanie. Pozwala to sformułować szerszą hipotezę kliniczną: głębia interpretacji nie kompensuje braku bezpieczeństwa; czasami im bardziej terapeuta usiłuje być głęboki, tym głębiej wchodzi w enactment. Ma to kluczowe znaczenie także z perspektywy psychiatrycznej. W stanach wysokiego pobudzenia, dysregulacji, ciężkiego lęku, manii, ostrej psychozy czy zagrożenia samobójczego, głęboka eksploracja relacyjna może nie być właściwym pierwszym krokiem. Priorytetem staje się wtedy redukcja pobudzenia, przywrócenie bezpieczeństwa, ocena ryzyka, farmakoterapia, interwencja kryzysowa lub stabilizacja podstawowych warunków funkcjonowania.

Dojrzałość podejścia relacyjnego nie polega na stosowaniu interpretacji w każdym przypadku, lecz na rozpoznaniu, kiedy relacja ma zostać zinterpretowana, a kiedy ma po prostu niezawodnie podtrzymać człowieka w stanie, w którym interpretacja byłaby zbyt kosztowna. Terapeuta staje się tu najważniejszym punktem pomiarowym własnej techniki. Oba modele prowadzą do wniosku, że klinicysta musi monitorować nie tylko pacjenta, ale i własne tendencje do działania. Safran wymienia impulsy do przekonywania, dominowania, obrony czy wycofywania się jako dane o dynamice relacji; moment utraty pozycji refleksyjnej następuje wtedy, gdy terapeuta przestaje być uczestnikiem-obserwatorem i staje się wyłącznie aktorem odgrywanego scenariusza. To przeciwprzeniesieniowe podejście znajduje wsparcie również w badaniach.

Analizy relacji między typami przeciwprzeniesienia a zerwaniami wskazują, że nieświadome lub źle regulowane reakcje terapeuty mogą współtworzyć napięcia w przymierzu, podczas gdy zdolność zarządzania własnymi emocjami ma kluczowe znaczenie dla procesu naprawy. Nie oznacza to jednak, że każde uczucie terapeuty jest wiarygodnym odczytem stanu pacjenta. Przeciwprzeniesienie dostarcza danych, lecz są to dane zaszumione przez historię osoby, która je przeżywa. Nagła nuda może świadczyć o relacyjnej martwocie pacjenta, ale może być po prostu wynikiem zmęczenia klinicysty. Irytacja może informować o interpersonalnej presji, lecz może też wynikać z wewnętrznego konfliktu terapeuty. Impuls ratowania bywa odpowiedzią na bezradność pacjenta, ale może być i wyrazem narcystycznej potrzeby bycia niezbędnym. Relacyjne mistrzostwo nie polega więc na wierze we własne uczucia, lecz na zdolności ich obserwowania bez natychmiastowego utożsamiania z rzeczywistością zewnętrzną. W języku epistemologii oznacza to przejście od "czuję, więc wiem" do "czuję, więc mam kolejną daną, którą trzeba zbadać". To, co terapeuta przeżywa, staje się materiałem klinicznym dopiero po poddaniu refleksji, kontekstualizacji i – w odpowiednim momencie – ostrożnej metakomunikacji. W przeciwnym razie relacyjność zamieniłaby się w kult spontaniczności.

Dlatego self-disclosure terapeuty wymaga dyscypliny. Safran nie przedstawia ujawniania własnego doświadczenia jako swobodnego odsłaniania się; ma ono być powiązane z markerami procesu i służyć badaniu wspólnego pola, by następnie sprawdzić, jak pacjent odebrał tę interwencję. Jeśli terapeuta mówi o swoich uczuciach po to, aby pacjent zaopiekował się jego emocjami, role zostają odwrócone. Jeżeli ujawnia frustrację, by wymusić zmianę zachowania, self-disclosure staje się narzędziem nacisku.

Metakomunikacja jako etyczna dyscyplina uważności

Relacyjność nie polega na zatarciu granicy między życiem psychicznym terapeuty a pacjenta, lecz na świadomym wykorzystaniu tego, co w subiektywności klinicysty może rzeczywiście służyć procesowi leczenia. W tej perspektywie można sformułować ogólną maksymę: najważniejszą techniką terapeuty relacyjnego jest zdolność zauważenia momentu, w którym własna technika przestała być techniką i stała się obroną. Interpretacja może stać się obroną przed bezradnością, milczenie – przed zaangażowaniem, empatia – przed konfliktem, a ustawianie granic – przed zależnością pacjenta. Nawet metakomunikacja może służyć jako tarcza przed przyznaniem się do błędu, a uważność stać się formą dystansowania się od żywego afektu. Właśnie dlatego Safran i Muran nie mogą zamknąć swojej teorii w ramach modeli etapowych.

Same modele rodzą kolejne pytanie: jak terapeuta ma odzyskać zdolność obserwacji siebie w chwili największego emocjonalnego uwikłania? Odpowiedzią jest metakomunikacja rozumiana jako „uważność w działaniu" – nie jako zestaw gotowych formułek, lecz jako chwilowe odzyskanie podwójnej pozycji uczestnika i obserwatora. Jest ona procesem przekształcania niejawnej dynamiki enactmentu w jawną treść wspólnej refleksji, przy czym autorzy ostrzegają, że mechaniczna metakomunikacja może sama stać się kolejnym elementem patu. Analiza musi zatem wyjść poza schemat „marker-interwencja-rezolucja" i przyjrzeć się samemu instrumentowi, który pozwala terapeucie dostrzec marker, znosić niepewność, rozpoznać własne tendencje i na moment wywikłać się z enactmentu, by wypowiedzieć słowa otwierające przestrzeń, zamiast ją zamykać. Tym instrumentem jest uważność, lecz nie w sensie techniki relaksacyjnej. W modelu Safrana i Murana staje się ona dyscypliną epistemiczną i etyczną: sposobem pozostawania w kontakcie z własną subiektywnością bez czynienia z niej centrum terapii. To właśnie w tej przestrzeni pojawia się metakomunikacja – prawdopodobnie najbardziej charakterystyczne narzędzie psychoterapii relacyjnej.

Jej paradoks polega na tym, że terapeuta musi mówić o relacji, nie narzucając jej znaczenia; ujawniać własne doświadczenie, nie obciążając nim pacjenta; brać odpowiedzialność za swój wkład,

nie przejmując odpowiedzialności za wszystko; podważać enactment, pozostając jednocześnie jego uczestnikiem. Innymi słowy, musi nauczyć się wykonywać szczególny manewr poznawczy: pozostać w relacji i jednocześnie na moment zobaczyć relację z boku. Zdolność ta otwiera następny etap naszego wywodu.

> Ostatecznie największą pułapką klinicysty nie jest błąd techniczny, lecz moment, w którym jego własna metoda staje się tarczą chroniącą przed bezradnością. Czy potrafimy zatem pozostać w relacji, jednocześnie widząc ją z boku i akceptując, że najskuteczniejszym narzędziem leczenia może być nasza zdolność do bycia po prostu kruchym uczestnikiem procesu? Prawdziwe mistrzostwo zaczyna się tam, gdzie technika kończy się, a zaczyna odwaga wspólnego odkrywania niepewności.

Inspiracje

[1] **"Negotiating The Therapeutic Alliance"** Jeremy D - Safran

Jeremy David Safran (1952–2018) był wpływowym kanadyjsko-amerykańskim psychologiem klinicznym, psychoanalitykiem i badaczem psychoterapii. Był profesorem psychologii i dyrektorem ds. szkoleń klinicznych w New School for Social Research w Nowym Jorku, a także członkiem wydziału programu podoktorskiego z psychoterapii i psychoanalizy na Uniwersytecie Nowojorskim. Były prezes Międzynarodowego Stowarzyszenia Psychoanalizy i Psychoterapii Relacyjnej (IAPS), Safran był współzałożycielem Centrum im. Sándora Ferencziego. Wniósł przełomowy wkład w badania nad psychoterapią i praktykę kliniczną, szczególnie w odniesieniu do sojuszu terapeutycznego. Safran był pionierem empirycznych modeli identyfikacji i rozwiązywania zerwań w sojuszu, które stały się fundamentem współczesnej psychoterapii relacyjnej i kształcenia klinicystów. Jego nowatorskie badania naukowe połączyły terapię poznawczą, psychoanalizę relacyjną, terapię skoncentrowaną na emocjach i buddyjskie zasady uważności, pozostawiając trwały ślad w integracji praktyki klinicznej i empirycznych badań nad psychoterapią.

Jeremy David Safran (1952–2018) was an influential Canadian-American clinical psychologist, psychoanalyst, and psychotherapy researcher. He served as Professor of Psychology and Director of Clinical Training at the New School for Social Research in New York City, and was a faculty member at New York University's Postdoctoral Program in Psychotherapy and Psychoanalysis. A past president of the International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy, Safran co-founded the Sándor Ferenczi Center. He made groundbreaking contributions to psychotherapy research and clinical practice, particularly regarding the therapeutic alliance. Safran pioneered empirical models for identifying and resolving alliance ruptures, which became foundational to modern relational psychotherapy and clinician training. His innovative scholarship bridged cognitive therapy, relational psychoanalysis, emotion-focused therapy, and Buddhist mindfulness principles, leaving an enduring imprint on the integration of clinical practice and empirical psychotherapy research.

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

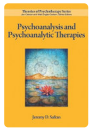
2020 | ISBN: 9788897479192



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

Jeremy D. Safran

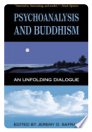
1998



[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] **"Patterns of change : intensive analysis of psychotherapy process"**

Laura N. Rice, Leslie S. Greenberg

1984 | Guilford Press eBooks

Źródło

[2] **"Integrating psychotherapy research and practice: Modeling the change process."**

Jeremy D. Safran, Leslie S. Greenberg, Laura N. Rice

1988 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/h0085305

Źródło

[3] **"On the Naturalistic Definition of Variables: An Analogue of Clinical Analysis."**

John M. Butler, Laura N. Rice, Alice K. Wagstaff

2004 | American Psychological Association eBooks | DOI: 10.1037/10591-010

Źródło

[4] **"Factors Associated With Concern About Falling Among Full-Time Wheelchair & Scooter Users"**

E. Peterson, L. Rice, Sahel Moein

2025 | American Journal of Occupational Therapy | DOI: 10.5014/ajot.2025.79s2-po353

Źródło

[5] **"Development and validation of the Working Alliance Inventory."**

Adam Otto Horvath, Leslie S. Greenberg

1989 | Journal of Counseling Psychology | DOI: 10.1037/0022-0167.36.2.223

Źródło

[6] **"The psychotherapeutic process: A research handbook."**

Leslie S. Greenberg, William M. Pinsof

1986

Źródło

[7] **"Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings."**

Leslie S. Greenberg

2002 | American Psychological Association eBooks | DOI: 10.1037/10447-000

Źródło

[8] **"The working alliance: Theory, research, and practice."**

Adam Otto Horvath, Leslie S. Greenberg

1994 | Medical Entomology and Zoology

Źródło

[9] **"The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development"**

Donald Woods Winnicott

2019

Źródło

[10] "Through Paediatrics to Psychoanalysis"

Donald Woods Winnicott, M. Masud R. Khan

2018 | DOI: 10.4324/9780429484001

Źródło

[11] "Through Paediatrics to Psychoanalysis: Collected Papers"

Donald Woods Winnicott

1975

Źródło

[12] "Through Pediatrics to Psycho-analysis"

Donald Woods Winnicott

2014 | DOI: 10.4324/9781315831282

Źródło

[13] "The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders."

John Christopher Muran, Jeremy D. Safran, Bernard S. Gorman, Lisa Wallner Samstag, Catherine F. Eubanks

2009 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/a0016085

Źródło

[14] "Rupture Resolution Rating System (3RS): Development and validation"

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

2018 | Psychotherapy Research | DOI: 10.1080/10503307.2018.1552034

Źródło

Artykuły naukowe autora:

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

Jeremy D. Safran, John Christopher Muran

2000

Źródło

[16] "Repairing alliance ruptures."

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

2011 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/a0022140

Źródło

[17] "Interpersonal process in cognitive therapy"

Jeremy D. Safran, Zindel V. Segal

1990 | Medical Entomology and Zoology

Źródło

[18] "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

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

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

2018 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/pst0000185

Źródło

[20] "Emotion in psychotherapy."

Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran

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

Źródło

[21] "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

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

Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran

1987

Źródło

[23] "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

[24] **"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: 997a54f6-2205-4818-b806-82151d9edbbd