Negocjowanie przymierza terapeutycznego: między sprawczością a relacyjnością w ujęciu Safrana i Murana

AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Tekst analizuje ewolucję roli terapeuty: od neutralnego obserwatora w modelach medycznych i klasycznej psychoanalizie, po aktywnego uczestnika procesu w nurcie relacyjnym. Autor podkreśla przejście od asymetrii epistemologicznej ku rozumieniu psychiki jako tworu powstającego „pomiędzy" ludźmi. Przywołując koncepcje Sullivana, Mitchella oraz funkcje holdingu i containmentu, artykuł wskazuje, że terapeuta nie jest jedynie aparatem pomiarowym, lecz współtwórcą pola interpersonalnego. Kluczowym zagadnieniem jest napięcie między budowaniem bezpiecznej więzi a unikaniem pozornej harmonii, która mogłaby maskować opór lub konformizm pacjenta. Całość ukazuje terapię jako sztukę negocjowania granic i niepewności klinicznej w celu wspierania podmiotowości pacjenta.

Why can the therapist's certainty regarding the causes of a patient's behavior be harmful to the treatment process?

Artykuł stanowi krytyczną analizę ewolucji roli terapeuty: od zdystansowanego, neutralnego obserwatora ku aktywnemu uczestnikowi procesu leczenia. Główna teza tekstu zakłada, że przymierze terapeutyczne nie jest statycznym fundamentem współpracy, lecz dynamicznym i nieustannym procesem negocjowania napięcia między dwiema podstawowymi ludzkimi potrzebami: sprawczością (autonomią) a relacyjnością (przynależnością). Autor argumentuje, że kluczem do skutecznej terapii nie jest unikanie konfliktów czy utrzymywanie pozornej harmonii – która często okazuje się jedynie maską uległości pacjenta – lecz zdolność klinicysty do epistemicznej pokory. Prawdziwy

proces leczenia dokonuje się w momentach „zerwań” przymierza i ich późniejszej naprawy, co pozwala przekształcić nieuchronne uwikłanie obu stron w korygujące doświadczenie. Tekst rzuca wyzwanie tradycyjnemu rozumieniu oporu, proponując spojrzenie na niego jako na próbę ochrony podmiotowości pacjenta przed potencjalnym monopolem terapeuty na znaczenie.

SŁOWA KLUCZOWE

przymierze terapeutyczne | sprawczość i relacyjność | psychoterapia relacyjna | Safran i Muran | enactment | disembedding | uczestniczący obserwator | konstruktywizm dialektyczny | epistemiczna pokora | zerwania przymierza | podmiotowość w terapii | asymetria epistemologiczna | komplementarność relacyjna | naprawa zerwań

Od neutralnego obserwatora do uczestnika relacji

Między przymierzem a uwikłaniem. Psychoterapia relacyjna jako sztuka negocjowania zerwań, granic i niepewności klinicznej

Od neutralnego obserwatora do uczestnika spotkania. Historię psychoterapii można czytać jako sekwencję odpowiedzi na pozornie proste pytanie: gdzie właściwie leży problem, który terapeuta próbuje leczyć? W klasycznych modelach medycznych odpowiedź wydawała się oczywista: zaburzenie znajduje się w pacjencie – podobnie jak zakażenie, guz czy niewydolny narząd w organizmie chorego.

Psychoanaliza skomplikowała ten obraz, przenosząc punkt ciężkości z obserwowalnego objawu na konflikty, fantazje, mechanizmy obronne i nieświadome reprezentacje. Przez znaczną część swojej historii zachowywała jednak asymetrię epistemologiczną: pacjent był podmiotem, którego psychikę należało poznać, natomiast analityk – dzięki teorii, treningowi i analizie własnej – zajmował uprzywilejowaną pozycję obserwatora. Psychoterapia relacyjna dokonuje przesunięcia bardziej radykalnego. Nie negując realności indywidualnej psychopatologii, pyta, czy pojedyncza psychika jest wystarczającą jednostką analizy. Odpowiada przecząco: człowiek ujawnia istotną część swojej organizacji psychicznej nie tylko poprzez to, co posiada „wewnątrz”, lecz przez to, co wytwarza pomiędzy sobą a drugim człowiekiem.

To przesunięcie nie sprowadza się do banalnej tezy, że „relacje są ważne” – przekonanie to towarzyszyło leczeniu psychicznemu na długo przed powstaniem współczesnych szkół relacyjnych. Znacznie głębsza zmiana dotyczy epistemologii: terapeuta przestaje być rozumiany jako niewidoczny aparat pomiarowy, którego obecność nie zmienia badanego układu. Staje się uczestnikiem sytuacji, której dynamikę chce zrozumieć. W języku Harry'ego Stacka Sullivana jest „uczestniczącym obserwatorem”; w późniejszym nurcie relacyjnym uczestnictwo to potraktowano jeszcze konsekwentniej.

Stephen Mitchell i inni przedstawiciele zwrotu relacyjnego podważają możliwość utrzymania fikcji całkowicie neutralnego terapeuty, przesuwając zainteresowanie ku interakcji, wzajemnemu wpływowi, spontaniczności oraz nieuchronności zaangażowania klinicysty. Materiał źródłowy trafnie rekonstruuje tę ewolucję jako przejście od technicznej neutralności ku analizie samego uczestnictwa terapeuty w tworzonym wspólnie polu interpersonalnym. Nie należy jednak konstruować z historii psychoterapii wygodnej opowieści o zacofanej przeszłości i oświeconej, relacyjnej teraźniejszości. Klasyczna psychoanaliza od początku operowała pojęciami, które komplikowały prosty model lekarza-obserwatora. Freudowskie rozważania nad pozytywnym przeniesieniem wskazywały, że pacjent potrzebuje więzi umożliwiającej pracę z analitykiem. Richard Sterba opisywał terapeutyczne rozszczepienie funkcji ego: pacjent miał jednocześnie przeżywać swoje konflikty i zyskiwać zdolność wspólnego ich obserwowania z analitykiem. Elizabeth Zetzel wiązała zdolność tworzenia przymierza z doświadczeniem podstawowego zaufania, a Ralph Greenson rozróżnił przeniesienie, przymierze robocze oraz „real relationship” – rzeczywistą relację opartą między innymi na szacunku i zaufaniu. W ten sposób w obrębie samej tradycji psychoanalitycznej narastało napięcie, którego nie dało się już łatwo zignorować: jeśli realna relacja ma znaczenie kliniczne, terapeuta nie może być wyłącznie ekranem, na którym pacjent wyświetla swoje fantazje.

Jeszcze dalej prowadziły idee holdingu Winnicotta i containment Biona.

Terapeuta jako aktywny współuczestnik procesu leczenia

W tej tradycji terapeuta nie tylko interpretuje treść, ale pełni funkcję psychiczną: przyjmuje doświadczenia, których pacjent chwilowo nie potrafi regulować, symbolizować ani pomieścić, uczestnicząc w przekształcaniu nieznośnego afektu w przeżycie możliwe do pomyślenia. Psychoterapia porzuca tu wyłącznie archeologiczną metaforę leczenia. Terapeuta przestaje być jedynie badaczem odkopującym ukrytą prawdę; staje się współuczestnikiem procesu, w którym

pewne zdolności psychiczne rozwijają się dopiero w bezpiecznym kontakcie z drugim człowiekiem. Nurt ten wiąże się zatem z metaforą bezpiecznej bazy oraz rozwojowymi funkcjami relacji terapeutycznej.

Jednocześnie pojawia się istotna krytyka: Charles Brenner obawiał się, że oddzielanie przymierza od przeniesienia może usuwać z pola widzenia opór, natomiast Lacan przestrzegał przed przekształceniem terapii w konformistyczne przystosowanie pacjenta do pragnień i norm "Innego". Spór ten pozostaje aktualny: dobra relacja terapeutyczna nie może być definiowana po prostu jako relacja harmonijna, gdyż harmonia osiągnięta przez podporządkowanie pacjenta byłaby sukcesem jedynie pozornym.

Sándor Ferenczi zajmuje w tej genealogii miejsce szczególne, ponieważ bardzo wcześnie zakwestionował możliwość oddzielenia błędu terapeuty od samego materiału leczenia. W jego eksperymentach i późniejszym myśleniu klinicznym pojawia się przekonanie, że pacjent może potrzebować nie tylko przypomnienia traumatycznej przeszłości, lecz ponownego zetknięcia się z jej afektywną strukturą w aktualnej relacji – tym razem w warunkach, w których drugi człowiek nie powtarza dawnej przemocy, zaprzeczenia czy obojętności. Z perspektywy późniejszej psychoterapii relacyjnej kluczowa staje się jego gotowość do analizowania realnego wkładu klinicysty, włącznie z uznaniem własnych potknięć. Ferenczi jest tu traktowany jako jeden z prekursorów myślenia, według którego terapeuta nie może ograniczyć się do interpretowania błędów percepcyjnych pacjenta, ponieważ ten czasami reaguje na coś, co terapeuta rzeczywiście zrobił. Ta pozornie oczywista możliwość ma konsekwencje niemal wywrotowe dla każdego systemu psychoterapii opartego na niekwestionowanym autorytecie interpretatora. Nie oznacza to jednak, że każda reakcja pacjenta jest adekwatnym opisem intencji terapeuty ani że zjawiska przeniesieniowe znikają. Relacyjna epistemologia jest subtelniejsza.

Pacjent może błędnie zinterpretować zachowanie terapeuty, terapeuta może postąpić nietrafnie, a najczęściej oba procesy pozostają splątane: konkretne działanie klinicysty zostaje odebrane przez wcześniejsze schematy pacjenta, co z kolei wywołuje określony afekt i tendencję do działania u terapeuty. W ten sposób uruchamia się sprzężenie zwrotne.

Właśnie dlatego psychologia dwuosobowa nie powinna być utożsamiana z naiwnym relatywizmem. Nie głosi ona, że fakty nie istnieją, bo "każdy ma swoją prawdę", lecz że znaczenie kliniczne faktów powstaje we wzajemnym oddziaływaniu organizmów posiadających historię, pamięć i zdolność interpretacji. Tutaj kluczowy staje się konstruktywizm dialektyczny Irwina Hoffmana, będący próbą znalezienia "drogi środkowej" pomiędzy naiwnym realizmem klinicznym a konstruktywizmem rozpuszczającym rzeczywistość w narracji. Rzeczywistość zewnętrzna istnieje, lecz klinicysta nigdy nie uzyskuje do niej dostępu z pozycji absolutnie zewnętrznej; wiedza o pacjencie i relacji powstaje

poprzez spotkanie dwóch perspektyw, które oddziałują na siebie rekursywnie. Terapeuta pozostaje zarazem profesjonalnym interpretatorem i uczestnikiem procesu. W praktyce wymaga to szczególnej pokory poznawczej: hipoteza kliniczna powinna być wystarczająco mocna, by organizować myślenie, lecz wystarczająco słaba, by mogła zostać zmieniona pod wpływem doświadczenia. Teoria ma być mapą, a nie fortyfikacją.

Relacyjna psychoterapia spotyka się tu z ogólnym problemem filozofii nauki: ekspert dysponuje uprzednią wiedzą, lecz ta zwiększa ryzyko, że zobaczy to, czego nauczył się szukać, zamiast tego, co rzeczywiście dzieje się przed nim. W diagnostyce może to być przedwczesne domknięcie rozumowania, w psychoterapii – przedwczesna interpretacja. Jeśli terapeuta zbyt szybko nazwie milczenie "oporem", zależność "regresją", krytykę "projekcją", nieufność "paranoidalnością" czy uległość "dobrym przymierzem", teoria przestaje być instrumentem poznania, a staje się systemem zabezpieczającym terapeutę przed korektą. Jest to zjawisko reifikacji teorii: koncept zostaje potraktowany jak sama rzeczywistość, a nie jej hipotetyczny model, co prowadzi do klinicznej obronności i iluzji obiektywności. Perspektywa psychiatrii klinicznej wprowadza tu konieczne ograniczenie. Krytyka reifikacji nie uprawnia do rezygnacji z diagnostyki czy wiedzy biologicznej. Psychoza nie staje się wyłącznie produktem relacji tylko dlatego, że jej ekspresja zmienia się w zależności od kontekstu; epizod maniakalny nie jest jedynie "walką o sprawczość", a ciężka depresja nie sprowadza się do wycofaniowego zerwania przymierza.

Model relacyjny jest najcenniejszy, gdy komplikuje kliniczne rozumowanie, a nie gdy zastępuje jego pozostałe poziomy. Człowiek jest bowiem równocześnie organizmem biologicznym, podmiotem psychicznym, uczestnikiem relacji i członkiem kultury.

Przymierze jako dynamiczna negocjacja sprawczości i relacyjności

Redukowanie wszystkich zjawisk do neuronów byłoby błędem kategorii, lecz sprowadzanie ich wyłącznie do relacji stanowiłoby błąd symetryczny. Dojrzała psychoterapia relacyjna wymaga zatem konstruktywizmu epistemologicznego pozbawionego ontologicznego nihilizmu: musi przyjmować, że poznanie jest współtworzone, nie wnioskując z tego jednak, że wszystko, co poznawane, jest jedynie konstruktem.

Na tle tych przemian model Edwarda Bordina z 1979 roku nabiera znaczenia większego, niż sugerowałaby jego pozorna prostota. Bordin zaproponował, aby przymierze robocze przestało być terminem zarezerwowanym dla psychoanalizy i stało się pojęciem transtheoretycznym. W jego

ujęciu współpraca terapeutyczna opiera się na zgodności co do celów, uzgodnieniu zadań prowadzących do ich realizacji oraz więzi, dzięki której pacjent i terapeuta mogą wspólnie podjąć trudną pracę. Siła tego modelu tkwi w tym, że odsłania on relacyjny wymiar procesu nawet tam, gdzie dana szkoła terapeutyczna skłaniałaby się ku opisom czysto technicznych. Zadanie domowe w terapii poznawczo-behawioralnej, wolne skojarzenia w psychoanalizie czy ekspozycja w terapii lęku nigdy nie są jedynie procedurami. Pacjent musi rozumieć sens ich wykonywania, widzieć związek z pożądanym celem i darzyć zaufaniem człowieka, który je proponuje. Technikę zawsze wykonuje ktoś wobec kogoś, w określonej historii relacji.

Współczesne dane empiryczne pozwalają traktować znaczenie przymierza poważnie, nie czyniąc z niego jednak uniwersalnego wyjaśnienia skuteczności psychoterapii. Metaanaliza Flückigera, Del Re, Wampolda i Horvatha, obejmująca 295 niezależnych prób badawczych i ponad 30 tysięcy pacjentów, wykazała trwałą dodatnią zależność między jakością przymierza a wynikiem leczenia. Nie jest to jednak dowód na to, że sama relacja w prostym sensie „powoduje" poprawę. Lepsze przymierze może sprzyjać zmianie, wcześniejsza poprawa może wzmacniać przymierze, a obie zmienne mogą być współkształtowane przez cechy pacjenta, terapeuty oraz dopasowanie metody. Naukowa wartość tych badań nie polega więc na znalezieniu jednego czynnika wyjaśniającego wszystko, lecz na wykazaniu, że jakości interakcji klinicznej nie można zredukować do roli uprzejmego dodatku do „prawdziwej" techniki. To tutaj Safran i Muran dokonują kolejnego przesunięcia.

Model Bordinowski można wciąż odczytywać statycznie: na początku terapii uzgadniamy cele, zadania i tworzymy więź, by następnie rozpocząć właściwe leczenie. Perspektywa relacyjna odrzuca tę spokojną architekturę. Cele ewoluują, zadania zmieniają znaczenie, więź pęka i odbudowuje się; terapeuta źle odczytuje pacjenta, pacjent ukrywa niezadowolenie, pozorna współpraca okazuje się formą podporządkowania, a jawny protest może stać się pierwszym momentem rzeczywistego zaangażowania. Przymierze przestaje być zatem zasobem zgromadzonym na starcie procesu, a staje się ciągłą negocjacją sposobu bycia razem w sytuacji, w której jedna osoba prosi drugą o pomoc w zmianie siebie. Safran i Muran radykalizują to podejście: przymierze nie jest statycznym fundamentem, lecz dynamicznym procesem jawnego i niejawnego negocjowania celów, zadań, granic oraz potrzeb podmiotów pozostających w relacji. Słowo „negocjacja" ma tu wagę większą, niż mogłoby się wydawać. Nie oznacza technicznego targowania się o warunki kontraktu, lecz odsyła do elementarnego problemu ludzkiego istnienia: jak pozostać sobą wobec drugiego człowieka, który czegoś ode mnie potrzebuje i posiada własną wizję tego, kim powinienem być? W ujęciu Safrana i Murana problem ten zostaje uporządkowany przez dialektykę sprawczości i relacyjności.

Człowiek potrzebuje doświadczenia siebie jako autora własnego działania, lecz zarazem pragnie przynależności, uznania i intymności. W patologicznych konfiguracjach jedna potrzeba bywa chroniona kosztem drugiej. Można zachować relację, rezygnując z głosu, gniewu i autonomii; można zachować autonomię, czyniąc bliskość niemożliwą. Można pozostać „dobrym pacjentem", który zgadza się ze wszystkim, a przez to nigdy nie wejść z terapeutą w rzeczywisty kontakt. Można też prowadzić nieustanną walkę z terapią, gdy każda propozycja pomocy jest przeżywana jako próba podporządkowania. W tym miejscu pojawia się centralny paradoks psychoterapii relacyjnej: konflikt w relacji nie musi oznaczać jej niepowodzenia. Czasem jest wręcz pierwszym dowodem, że pacjent przestał chronić więź za cenę własnego istnienia. Analogicznie brak konfliktu nie świadczy jeszcze o zdrowiu przymierza. Zgoda może być aktem zaufania, ale może być również produktem lęku przed odrzuceniem; milczenie może oznaczać refleksję, lecz może także sygnalizować wycofanie; krytyka może być destrukcyjnym atakiem albo długo odraczaną próbą odzyskania sprawczości. Takie rozróżnienia stają się możliwe dopiero wtedy, gdy klinicysta przestaje oceniać relację według kryterium własnego komfortu i traci przywilej uznawania współpracy za to, co z jego perspektywy wygląda jak współpraca. Relacyjny zwrot nie usuwa więc autorytetu terapeuty, lecz zmienia jego naturę.

Profesjonalizm nie polega na rezygnacji z wiedzy ani na udawaniu, że pacjent i klinicysta posiadają identyczne kompetencje. Terapeuta odpowiada za ramę leczenia, dysponuje wyspecjalizowaną wiedzą, powinien rozpoznawać ryzyko, znać ograniczenia własnych możliwości i umieć różnicować proces interpersonalny od stanów wymagających interwencji psychiatrycznej. Asymetria odpowiedzialności pozostaje realna. To, co zanika w mocnej wersji myślenia relacyjnego, to asymetria nieomylności. Terapeuta może wiedzieć więcej o psychoterapii i jednocześnie wiedzieć mniej od pacjenta o tym, jak określona interwencja została przez niego przeżyta.

Epistemiczna pokora jako metoda rozpoznawania uwikłania

Terapeuta może trafnie rozpoznawać schemat, a jednocześnie nietrafnie rozumieć moment jego aktualnego uruchomienia. Może mieć rację na poziomie teorii, by przegrać na poziomie relacji. Tę dynamikę można ująć w maksymie, która porządkuje dalszą analizę: im większy autorytet interpretacyjny posiada terapeuta, tym większy powinien być jego obowiązek epistemicznej pokory. Nie chodzi tu o skromność jako cechę charakteru, lecz o metodę poznawczą. Klinicysta musi pozostawić miejsce na możliwość, że jego teoria nie tylko odsłania proces, ale sama w nim uczestniczy.

Nazywając pacjenta opornym, terapeuta tworzy określony rodzaj relacji; interpretując krytykę jako przeniesienie, odpowiada na nią w konkretny sposób; uznając zgodę za przymierze, może wzmacniać właśnie tę uległość, którą leczenie miało pomóc przezwyciężyć. Terapeuta nie jest więc jedynie obserwatorem danych klinicznych, lecz jednym z warunków ich powstawania. W tym punkcie zaczyna się właściwy problem psychoterapii relacyjnej. Skoro dwie osoby nieuchronnie wpływają na siebie, terapeutycznym ideałem nie może być brak uwikłania, lecz zdolność do jego rozpoznawania, zanim zostanie ono pomylone z obiektywną prawdą o pacjencie. Safran i Muran określają proces wychodzenia z takiej relacyjnej konfiguracji mianem disembedding – wywikływania się.

Materiał źródłowy wskazuje, że terapeuta powinien rozpoznać własny udział w powstającym układzie i uczynić go przedmiotem wspólnego badania, zamiast przypisywać cały impas pacjentowi. Zdolność ta staje się kluczem do zrozumienia zerwań przymierza, ponieważ dopiero gdy relacja zaczyna się psuć, ujawniają się reguły, według których obie strony próbują ją ocalić. Dlatego też kolejny krok w analizie nie będzie dotyczył harmonii, lecz pęknięcia.

Psychoterapia relacyjna osiąga teoretyczną dojrzałość wtedy, gdy od pytania „jak zbudować dobre przymierze?" przechodzi do trudniejszego: co dzieje się, kiedy przymierze zostaje naruszone, pacjent wycofuje się albo atakuje, terapeuta zaczyna się bronić, a obie strony wpadają w interakcyjny układ, którego początkowo żadna z nich nie rozpoznaje? W badaniach nad zerwaniami i ich naprawą takie momenty definiowane są jako epizody napięcia lub załamania współpracy; wyniki wskazują, że skuteczne przepracowanie takiego kryzysu jest istotnie związane z lepszym wynikiem terapii. Relacyjna prowokacja polega zatem na odwróceniu intuicji: być może najwięcej o sile przymierza dowiadujemy się nie wtedy, gdy działa ono bez tarcia, lecz gdy zostaje poddane próbie.

Jeśli przyjmiemy, że przymierze terapeutyczne jest nieustanną negocjacją między dwiema podmiotowościami, jego zasadniczym problemem nie może być samo pytanie o to, czy pacjent „współpracuje". Znacznie ważniejsze jest ustalenie, co pacjent musi poświęcić, aby współpracować, oraz przed czym musi się bronić, by zachować poczucie siebie.

Dialektyka sprawczości i relacyjności jako fundament podmiotowości

W psychoterapii relacyjnej kwestia ta znajduje uporządkowanie w dialektyce sprawczości i relacyjności (agency i relatedness). Sprawczość rozumiana jest tutaj jako zdolność człowieka do

doświadczania siebie jako autora własnych działań, posiadania własnych pragnień, granic i ocen oraz prawa do samookreślenia. Relacyjność z kolei to potrzeba więzi, uznania, przynależności, intymności i bycia znaczącym dla drugiej osoby.

Nie są to dwa przeciwstawne typy osobowości ani alternatywne strategie życia, lecz dwa warunki pełnego, podmiotowego istnienia. Człowiek potrzebuje zarówno możliwości powiedzenia „ja", jak i „my". Dojrzałość psychiczna nie polega na ostatecznym rozwiązaniu napięcia między nimi, lecz na zdolności do jego tolerowania, negocjowania i twórczego przekształcania. Takie ujęcie pozwala uniknąć jednego z najbardziej uporczywych uproszczeń psychologii klinicznej: utożsamienia autonomii z izolacją, a zależności z niedojrzałością. Człowiek najbardziej autonomiczny to nie ten, który nikogo nie potrzebuje, lecz ten, który potrafi potrzebować drugiego bez utraty własnej podmiotowości. Analogicznie głęboka relacyjność nie polega na rozpuszczeniu jednostki we wspólnocie. W zdrowej relacji drugi człowiek jest kimś, wobec kogo można pozostać odrębnym. Tutaj relacyjna teoria osobowości spotyka się z teorią przywiązania, choć obie tradycje posługują się odmiennym aparatem pojęciowym.

Bezpieczne przywiązanie nie oznacza wyeliminowania zależności; wręcz przeciwnie – pozwala na płynniejsze przechodzenie między szukaniem bliskości a eksploracją. W przeglądzie Slade i Holmesa teoria przywiązania została przedstawiona jako model opisujący zarówno rozwój w pierwotnych relacjach, jak i późniejszą zdolność człowieka do uczestniczenia w intymnych więziach oraz autonomicznej eksploracji. Autorzy podkreślają także związek organizacji przywiązania pacjenta i terapeuty z przymierzem, procesem oraz wynikiem psychoterapii. Nie oznacza to jednak, że style przywiązania można mechanicznie przełożyć na typy zerwań Safrana i Murana; takie utożsamienie byłoby nadużyciem metodologicznym. Związek ten jest bardziej subtelny: obie perspektywy opisują sposoby regulowania niebezpiecznej bliskości i niebezpiecznego oddalenia.

Metaanaliza Dienera i Monroe, obejmująca 17 niezależnych prób, wykazała umiarkowanie niewielki, lecz statystycznie trwały związek między większym bezpieczeństwem przywiązania pacjenta a silniejszym przymierzem terapeutycznym (ogólny efekt r = 0,17). Efekt ten nie jest na tyle duży, by uczynić z teorii przywiązania wyjaśnienie wszystkiego, lecz jest wystarczający, aby traktować historię relacyjnego bezpieczeństwa jako jeden z czynników wpływających na to, jak pacjent interpretuje bliskość terapeuty, jego milczenie, niezgodę, granice, propozycję zależności czy nieuchronne zakończenie leczenia.

Uległość jako maska zerwania przymierza

Pokrewną, choć wywodzącą się z innej tradycji intelektualnej perspektywę oferuje teoria samostanowienia Edwarda Deciego i Richarda Ryana. Jej fundamentalne pojęcia – autonomia, kompetencja i relacyjność – pozwalają zrozumieć, dlaczego technicznie poprawne leczenie może zostać przeżyte jako psychologicznie obce, jeśli pacjent nie doświadcza podejmowanych decyzji jako własnych. Autonomia w Self-Determination Theory nie oznacza braku ograniczeń, lecz poczucie, że działanie jest w wystarczającym stopniu zaaprobowane i uwewnętrznione przez podmiot. W psychoterapii wyznacza to zasadniczą różnicę między pacjentem, który wykonuje zadanie, bo rozumie jego sens i uznaje go za swój, a tym, który robi to samo jedynie po to, by zadowolić terapeutę, uniknąć jego dezaprobaty lub potwierdzić własną rolę "dobrego chorego". Badania inspirowane tą teorią wskazują, że wspieranie autonomii sprzyja wewnętrznej motywacji do leczenia, co przekłada się na większe zaangażowanie i korzystniejsze wyniki kliniczne.

Z relacyjnego punktu widzenia prowadzi to do prowokacyjnej konkluzji: compliance nie jest synonimem alliance. Podporządkowanie się zaleceniom może być przejawem zdrowego zaufania, ale równie dobrze może odtwarzać patologiczny schemat przetrwania. Pacjent, który przez lata utrzymywał bliskość poprzez wyczuwanie oczekiwań innych i odpowiednią reorganizację siebie, może prowadzić terapię niemal perfekcyjnie: pojawia się punktualnie, wypełnia formularze, prowadzi dzienniczek, zgadza się z interpretacjami i chwali terapeutę. Formalnie przymierze wygląda znakomicie. Relacyjnie jednak może to być jeden z najniebezpieczniejszych momentów procesu – terapia stała się bowiem kolejną instytucją, w której człowiek nauczył się istnieć poprzez trafne odgadywanie oczekiwań silniejszego Innego. Sytuacja ta zostaje opisana jako pseudoprzymierze i powiązana z Winnicottowskim Fałszywym Ja. Pat budowany jest tu nie przez jawną wrogość, lecz przez uległość. Pacjent chroni relację kosztem własnej spontaniczności, a terapeuta – jeśli sam potrzebuje potwierdzenia swojej skuteczności – może nieświadomie tę konfigurację wzmacniać. Fałszywe Ja nie jest przy tym zwykłą nieszczerością czy świadomą manipulacją.

W tradycji Winnicotta chodzi o głębszy problem adaptacyjny: organizację funkcjonowania, w której spontaniczne doświadczenie ustępuje miejsca przystosowaniu do środowiska, gdyż spontaniczność została niegdyś skojarzona z zagrożeniem dla więzi. Wyjaśnia to, dlaczego psychoterapia może paradoksalnie reprodukować problem, który ma leczyć. Jeśli pacjent wierzy, że bezpieczeństwo wymaga podporządkowania się silniejszemu, a terapeuta odpowiada na to coraz większą aktywnością i pewnością interpretacyjną, obie strony tworzą niezwykle stabilny układ. Terapeuta czuje się skuteczny, pacjent – dobrze funkcjonujący w terapii; proces przebiega bez konfliktów, podczas gdy zasadnicza struktura relacyjna pozostaje nietknięta.

Właśnie dlatego Safran i Muran uznają wycofanie, nadmierną uległość, intelektualizację i spłycenie afektu za możliwe markery zerwania, mimo że intuicyjnie spodziewalibyśmy się kłótni. Materiał źródłowy wyraźnie odróżnia zerwanie wycofaniowe, w którym pacjent chroni więź kosztem sprawczości, od konfrontacyjnego, gdzie chroni sprawczość kosztem więzi. Taka uległość jest interesująca także z perspektywy teorii uczenia: zachowanie, które historycznie chroniło przed odrzuceniem lub karą, jest wzmacniane przez swoją krótkoterminową skuteczność. Dziecko, które nauczyło się, że sprzeciw wywołuje wściekłość rodzica, rozwija niezwykłą zdolność do odczytywania cudzych stanów przy jednoczesnej minimalizacji własnych potrzeb.

Strategia ta nie była irracjonalna w kontekście, w którym powstała. Staje się problematyczna dopiero wtedy, gdy jest automatycznie przenoszona do relacji, w których dawne zagrożenie już nie istnieje. Psychoterapia relacyjna dokonuje więc reinterpretacji objawu: zamiast pytać wyłącznie „dlaczego pacjent nie zachowuje się zdrowiej?", pyta również „w jakim świecie jego obecne zachowanie było kiedyś najlepszym dostępnym rozwiązaniem?".

Obrona przestaje wtedy wyglądać jak sabotaż, a zaczyna przypominać skamieniałą inteligencję adaptacyjną. Pod tym względem pojęcie oporu wymaga głębokiej przebudowy. W tradycji psychoanalitycznej opór ma zróżnicowane znaczenia i nie może być sprowadzony do zarzutu wobec „trudnego pacjenta". Jednak język oporu łatwo tworzy asymetrię poznawczą: terapeuta posiada prawdę o konieczności zmiany, a pacjent siłę, która tej prawdzie się przeciwstawia. Relacyjna rekonceptualizacja przenosi uwagę z wnętrza pacjenta na wydarzenie między osobami. Opór nie jest już wyłącznie barierą wewnątrzpsychiczną, lecz żywą manifestacją konfiguracji relacyjnej; pacjent odpowiada nie na „obiektywną technikę", lecz na znaczenie, jakie przypisuje intencji terapeuty.

Różnica ta ma kluczowe znaczenie praktyczne. Pacjent może odrzucić interpretację, bo trafia ona w obszar obronnie niedostępny, ale może to zrobić również dlatego, że jest ona nietrafna, przedwczesna lub wypowiedziana z wyższością. Może nie wykonać zadania domowego z lęku, lecz także dlatego, że jego cel nie został z nim uzgodniony. Może milczeć ze wstydu albo dlatego, że terapeuta zbyt szybko kolonizuje przestrzeń znaczeniami. Może krytykować ramę terapii z braku tolerancji dla granic, ale może też trafnie rozpoznawać niespójność lub brak szacunku ze strony klinicysty.

Pułapka monopolu na znaczenie i pseudomentalizacji

Relacyjność wymaga, aby te możliwości pozostawały otwarte wystarczająco długo. Przyjęcie jednej interpretacji przed zbadaniem pozostałych nie jest jedynie błędem technicznym; to ustanowienie

relacji, w której terapeuta posiada monopol na znaczenie. W tym miejscu ujawnia się związek psychoterapii relacyjnej z pojęciem mentalizacji. Mentalizowanie to zdolność rozumienia własnego i cudzego zachowania jako wynikającego ze stanów umysłu — pragnień, przekonań, emocji i intencji — przy jednoczesnej świadomości, że dostęp do umysłu drugiego człowieka jest zawsze pośredni i omylny.

Klinicysta, który mówi sobie: „pacjent mnie atakuje, ponieważ boi się zależności", sformułował hipotezę mentalizacyjną tylko wtedy, gdy dopuszcza możliwość, że się myli. Jeśli uzna tę konstrukcję za fakt niewymagający negocjacji, mentalizacja paradoksalnie przechodzi w pseudomentalizację: język psychologiczny staje się systemem pewności. Relacyjna ostrożność jest więc zgodna nie tylko z etosem klinicznym, lecz także z aktualnym stanem nauki: nie wszystko, co brzmi psychologicznie przekonująco, zostało empirycznie potwierdzone jako mechanizm przyczynowy. Opór można zatem zdefiniować mniej militarnie — jako próbę ochrony integralności psychicznej przed zmianą, której znaczenie jest odczuwane jako zagrażające. Nie oznacza to, że każda forma oporu jest adaptacyjna w obecnym życiu; oznacza jedynie, że zwykle niesie ze sobą pewną historię sensu.

Pacjent może bronić objawu, ponieważ ten reguluje jego relacje, zapewnia tożsamość, redukuje niepewność, pozwala uniknąć bardziej przerażającego doświadczenia lub podtrzymuje więź z ważnym obiektem. Jeżeli terapeuta potraktuje tę ochronę jak mur do sforsowania, może mimowolnie potwierdzić podstawowe przekonanie pacjenta, że drugi człowiek nie będzie respektował jego granic. Im silniej wówczas terapeuta naciska na „zdrowie", tym mocniej pacjent broni patologicznego rozwiązania — nie z miłości do objawu, lecz dlatego, że walczy o prawo do pozostania podmiotem. To właśnie w tym punkcie sprawczość i relacyjność tworzą kliniczne sprzężenie zwrotne.

Pacjent obawiający się utraty autonomii reaguje na nacisk terapeuty dystansem lub konfrontacją. Terapeuta interpretuje ten dystans jako opór i zwiększa presję. Pacjent doświadcza tego wzrostu jako potwierdzenia, że terapeuta chce nim zawładnąć, co prowadzi do wzmocnienia sprzeciwu. Terapeuta zaś odbiera ten sprzeciw jako dowód prawdziwości swojej pierwotnej interpretacji.

Dynamika zerwań i napraw jako mechanizm korygujący

Z systemowego punktu widzenia powstaje samowzmacniająca się pętla dodatniego sprzężenia zwrotnego. Każdy kolejny ruch wydaje się uczestnikowi racjonalną odpowiedzią na zachowanie drugiej strony, a jednocześnie staje się bodźcem wzmacniającym właśnie to działanie, które chce on zatrzymać. Pat nie jest zatem bezruchem. Przeciwnie – bywa niezwykle dynamiczną sytuacją, w

której obie osoby intensywnie działają, lecz ich wysiłki przywracają dokładnie ten sam układ. Podobna logika dotyczy zerwania wycofaniowego.

Terapeuta odczuwa pacjenta jako biernego, więc zwiększa swoją aktywność: zadaje więcej pytań, podsuwa interpretacje, mobilizuje, tłumaczy i wypełnia milczenie. Pacjent doświadcza przez to jeszcze mniejszej przestrzeni dla własnej inicjatywy, co pogłębia jego bierność. Wówczas terapeuta utwierdza się w przekonaniu, że bez jego interwencji „nic się nie wydarzy". W rezultacie obie strony wspólnie produkują dowód na założenie o pasywności pacjenta. Perspektywa jednoosobowa zlokalizowałaby tę cechę w samym pacjencie; perspektywa relacyjna pyta natomiast, w jakim stopniu bierność jest właściwością osoby, a w jakim wynikiem aktualnej koordynacji obu stron.

Właśnie ta kategoria – koordynacja – otwiera psychoterapię na wyniki współczesnych badań mikroprocesowych. Przegląd prac z 2024 roku dotyczących interpersonalnej koordynacji w zerwaniach i naprawie przymierza wskazuje, że procesom tym towarzyszą mierzalne zmiany w takich modalnościach jak ruch, wokalizacja, ekspresja twarzy czy pobudzenie fizjologiczne. Autorzy podkreślają znaczenie wzajemnej regulacji emocji, bezpieczeństwa, zaufania i nadawania znaczeń, choć baza badań pozostaje metodologicznie heterogeniczna. Relacja terapeutyczna okazuje się więc czymś więcej niż wymianą zdań. Organizm reaguje na organizm: rytmem mowy, pauzą, napięciem ciała, kontaktem wzrokowym, zmianą tempa oddechu, mikroekspresją i dystansem.

Znaczna część relacyjnej negocjacji odbywa się przed jej świadomym opisem. W tym kontekście szczególną wartość zyskuje model rozkojarzenia afektywnego i naprawy inspirowany badaniami Edwarda Tronicka. Zasługą tej tradycji było zakwestionowanie romantycznego obrazu zdrowej diady jako nieprzerwanej synchronii. Badania mikroanalityczne relacji niemowlę-opiekun pokazują raczej ciągłe przechodzenie pomiędzy koordynacją, niedopasowaniem i ponownym dopasowaniem. W modelu mutual regulation obie strony tworzą system wzajemnego wpływu, a rozwój odbywa się nie poprzez brak niezgodności, lecz przez możliwość ich reparacji.

Materiał źródłowy przenosi tę logikę na grunt psychoterapii: pomyślna naprawa braku dostrojenia może stać się doświadczeniem korygującym. Pacjent nie otrzymuje bowiem nierealistycznego komunikatu, że „dobra relacja nigdy nie zawodzi", lecz znacznie bardziej użyteczny: że relacja może zawieść i nie musi się przez to skończyć. Jest to kluczowe rozróżnienie dla osób, których wcześniejsze doświadczenia nauczyły je, że konflikt oznacza katastrofę. W niektórych systemach rodzinnych niezadowolenie prowadziło do wycofania miłości, sprzeciw wywoływał agresję, potrzeba była wyśmiewana, błąd prowadził do zawstydzenia, a autonomia interpretowano jako zdradę. Pacjent może więc wejść w terapię z proceduralną wiedzą, że więź istnieje tylko tak długo, jak długo unika się określonych stanów – wiedza ta nie musi być sformułowana werbalnie.

Może ona ujawniać się jako natychmiastowy uśmiech po wypowiedzeniu krytyki, zmiana tematu przy pojawieniu się złości, intelektualizacja w obliczu wzrostu bliskości albo gwałtowny atak, gdy terapeuta zostaje przeżyty jako zbyt ważny. To właśnie dlatego psychoterapia relacyjna przesuwa uwagę z deklaracji ku mikroprocesowi.

Nie każde niedostrojenie jest jednak terapeutyczne i nie każde zerwanie zawiera automatycznie potencjał wzrostu. Zranienie samo w sobie nie leczy. Możliwość zmiany powstaje dopiero z konfiguracji zerwanie-rozpoznanie-odpowiedzialność-naprawa. Jeżeli terapeuta poniża pacjenta, a następnie tłumaczy mu, że powstałe napięcie jest „materiałem do pracy", nie mamy do czynienia z relacyjną psychoterapią, lecz z użyciem teorii do neutralizacji odpowiedzialności. Jeśli błąd staje się chroniczny, granice są naruszane, a pacjentowi odmawia się prawa do własnego doświadczenia, „naprawa" może stać się kolejnym etapem eksploatacji. Relacyjność nie znosi więc etyki zawodowej. Przeciwnie: skoro klinicysta uznaje swój realny wpływ na pacjenta, bierze na siebie większą, a nie mniejszą odpowiedzialność.

Najnowsze badania studzą pokusę romantyzowania zerwania. Metaanaliza z 2026 roku, ograniczona do badań stosujących bezpośrednie miary zerwań, wykazała niewielki, ale spójny negatywny związek między występowaniem zerwań a wynikiem terapii ($r = -0{,}21$). Jednocześnie wcześniejsza metaanaliza Eubanks i współpracowników pokazała umiarkowany dodatni związek skutecznej naprawy zerwania z wynikiem leczenia ($r = 0{,}29$). Wyniki te sugerują znacznie bardziej powściągliwą naukowo tezę niż hasło „zerwania leczą": nierozwiązane lub poważne zerwania stanowią ryzyko, natomiast umiejętność ich rozpoznawania i naprawiania może mieć znaczenie terapeutyczne. To pozornie drobne doprecyzowanie odróżnia teorię kliniczną od romantycznej mitologii konfliktu.

Jeszcze ciekawszy obraz przynosi systematyczny przegląd jakościowych badań doświadczeń terapeutów i pacjentów z 2026 roku. Zerwania były w nich przeżywane jako ucieleśnione, emocjonalnie intensywne zagrożenia dla bezpieczeństwa relacyjnego, zaufania i nadziei. Do naprawy przyczyniały się natomiast zdolność terapeuty do regulowania własnych emocji, jego refleksyjność oraz wspólne nadawanie znaczenia temu, co zaszło.

Niespójność słów i postawy terapeuty

Wynik ten współgra z intuicją Safrana i Murana: problem nie sprowadza się do wypowiedzenia właściwego zdania. Terapeuta, który formalnie pyta: „co się teraz między nami dzieje?", lecz pozostaje narcystycznie zraniony, przestraszony, oskarżający lub zdeterminowany, by udowodnić swoją rację, może komunikować całym zachowaniem coś przeciwnego do werbalnego zaproszenia.

Pat jako wzajemne dopasowanie systemów obronnych

Relacyjny pat bywa więc starciem dwóch systemów ochronnych. Pacjent broni się przed określonym niebezpieczeństwem emocjonalnym, lecz terapeuta również posiada własne wzorce bezpieczeństwa. Może on źle znosić krytykę, odczuwać przymus bycia skutecznym, unikać agresji lub lękać się zależności pacjenta; może nadmiernie identyfikować się z rolą ratownika albo wycofywać emocjonalnie w obliczu silnej potrzeby. W takim układzie pacjent nie trafia na neutralny grunt, lecz na drugi system regulacyjny.

Współczesne badania nad stylem przywiązania klinicystów wskazują, że ich własna organizacja więzi może wpływać na jakość przymierza terapeutycznego. Metaanaliza z 2025 roku wykazała między innymi ujemną korelację między lękowym stylem przywiązania terapeuty a jego własną oceną przymierza, choć autorzy zaznaczają ograniczenia metodologiczne tych badań. W praktyce klinicznej ma to znaczenie nie tyle w kontekście klasyfikacji terapeutów, co w uznaniu faktu, że ich własna podmiotowość nie może być traktowana jak niewidzialna zmienna. Pat staje się szczególnie trwały, gdy obrona jednej strony idealnie sprzęga się z obroną drugiej.

Pacjent potrzebuje ratownika – terapeuta potrzebuje ratować. Pacjent boi się kontroli – terapeuta lęka się utraty kontroli nad procesem. Pacjent wycofuje agresję – terapeuta ceni pacjentów „refleksyjnych i współpracujących". Pacjent domaga się bezwarunkowej dostępności – terapeuta odczuwa potrzebę bycia niezastąpionym. Pacjent prowokuje krytykę – terapeuta ma silną tendencję do pouczania. W psychoterapii interpersonalnej takie dopasowanie określa się mianem komplementarności: określone zachowanie jednej osoby zwiększa prawdopodobieństwo zajęcia przez drugą odpowiadającej mu pozycji. Perspektywa relacyjna wprowadza tu jednak element krytyczny – terapeuta ma obowiązek dostrzec, że sam stał się częścią scenariusza. Zjawisko to nazywa się enactmentem, choć termin ten bywa banalizowany, gdy przypisuje się go każdemu napięciu w relacji. W źródłach teoretycznych enactment oznacza sytuację, w której niewypowiedziany wzorzec relacyjny nie zostaje jedynie opisany, lecz wspólnie odegrany. Pat staje się wtedy rodzajem nieświadomego eksperymentu interpersonalnego: pacjent oczekuje określonego zachowania drugiej strony i organizuje relację zgodnie z tym oczekiwaniem, a terapeuta częściowo odpowiada w przewidywanym kierunku, co potwierdza pierwotne przekonanie pacjenta. Nie jest to jednak prosty mechanizm, w którym „pacjent zmusił terapeutę" – takie sformułowanie ponownie ukrywałoby podmiotowość klinicysty.

Choć pacjent może wywierać presję interpersonalną, jej rezultat zależy od tego, na jakie bodźce terapeuta jest szczególnie podatny. Najbardziej dojrzałą formą relacyjnego myślenia jest zatem odejście od pytania „kto zaczął?" na rzecz pytania „jak ten układ jest podtrzymywany?". Jest to

sposób rozumowania właściwy teorii systemów, gdzie w sprzężeniu zwrotnym przyczyna i skutek tworzą pętlę. Nie oznacza to jednak, że odpowiedzialność etyczna jest symetryczna. Pacjent zgłosił się po pomoc; terapeuta pozostaje profesjonalistą i ponosi odpowiedzialność za standard leczenia.

Rozróżnienie między obronną roszczeniowością a uznaniem podmiotowości

Wyjaśnienie przyczynowe może jednak przybrać formę cyrkularną, nawet gdy odpowiedzialność zawodowa pozostaje asymetryczna. Rozróżnienie tych poziomów jest niezbędne, aby psychologia dwuosobowa nie przeobraziła się w wygodną doktrynę "oboje jesteśmy odpowiedzialni", która zdejmuje ciężar z osoby dysponującej profesjonalną władzą. Na przeciwległym biegunie uległego pseudoprzymierza leży relacyjna konfrontacja. Pacjent nie rezygnuje w niej ze sprawczości, by utrzymać więź; przeciwnie – broni swojej podmiotowości poprzez atakowanie relacji. Kwestionuje kompetencje terapeuty, narzeka na przebieg procesu, podważa reguły, reaguje złością na interpretacje, domaga się innego traktowania lub otwarcie zapowiada odejście. Materiał źródłowy opisuje te zerwania konfrontacyjne właśnie jako obronę autonomii kosztem więzi. Choć na pierwszy rzut oka wydają się przeciwieństwem wycofania, funkcjonalnie mogą być jego lustrzanym odbiciem. W obu przypadkach pacjent nie potrafi jeszcze swobodnie łączyć relacji ze sprawczością. Jeden zachowuje więź, tracąc siebie; drugi zachowuje siebie, ryzykując utratę więzi.

W tym drugim scenariuszu kluczowe staje się rozróżnienie Emmanuela Ghenta między potrzebą a neediness, co w materiale źródłowym interpretowane jest jako obronna roszczeniowość. Pod głośnym żądaniem może kryć się potrzeba, której pacjent nie potrafi przeżyć w formie bezbronnej. „Musisz być dla mnie dostępny zawsze” może maskować lęk: „przeraża mnie myśl, że będę cię potrzebować i nie będzie cię obok”. „Nic mi nie dajesz” może osłaniać przekonanie: „boję się, że to, co otrzymuję, jest dla mnie zbyt ważne”. Z kolei „jesteś beznadziejnym terapeutą” bywa formą ochrony przed ryzykownym doświadczeniem: „zależy mi na tym, żebyś mnie nie zawiódł”. Nie wolno jednak mechanicznie tłumaczyć każdej krytyki pacjenta na zakamuflowaną potrzebę. Bywają sytuacje, w których terapia jest rzeczywiście niewłaściwa, terapeuta nieskuteczny, interwencja nietrafna, a granica źle ustawiona.

Relacyjna ciekawość powinna rozszerzać repertuar hipotez, a nie tworzyć nowy dogmat. Istota terapii nie polega zatem na „zaspokojeniu wszystkich potrzeb” – takie podejście prowadziłoby wprost do zatarcia granic. Zadaniem terapeuty może być stworzenie przestrzeni, w której potrzeba stanie się psychicznie możliwa do posiadania bez konieczności zamiany jej w żądanie, atak czy podporządkowanie. Człowiek może potrzebować drugiego i jednocześnie tolerować jego odrębność;

może usłyszeć „nie”, nie przeżywając tego jako unicestwienia; może znieść rozczarowanie bez poczucia, że cała relacja była oszustwem. To właśnie tutaj w relacyjnej teorii pojawia się motyw „przetrwania” terapeuty, wywodzący się m.in. z koncepcji Winnicotta.

Pacjent musi niekiedy doświadczyć tego, że agresja nie niszczy drugiego, ale nie zapewnia też wszechmocnej kontroli nad nim. Materiał źródłowy łączy ten proces z przejściem od przedmiotowego traktowania drugiej osoby ku uznaniu jej odrębnej podmiotowości. W języku filozoficznym Jessiki Benjamin jest to problem wzajemnego uznania. Człowiek pragnie być uznany przez drugiego jako odrębny podmiot, lecz uznanie ma wartość tylko wtedy, gdy pochodzi od kogoś, kto sam pozostaje podmiotem. Jeśli całkowicie podporządkuję drugiego własnej woli, jego uznanie przestaje cokolwiek znaczyć, gdyż przekształciłem go w narzędzie. Jeżeli natomiast całkowicie podporządkuję siebie, zachowuję drugiego kosztem własnego istnienia. Relacja musi zatem utrzymać paradoks: „potrzebuję cię i nie mogę cię posiadać; zależysz ode mnie i nie mogę cię zdefiniować”.

Naprawa zerwań jako droga do elastyczności relacyjnej

W gabinecie psychoterapeutycznym ta abstrakcyjna dialektyka przybiera bardzo konkretne formy: przejawia się w spóźnieniu, odwołanej sesji, krytycznej interpretacji czy odmowie przedłużenia spotkania; w ciszy, pytaniu pacjenta o terapeutę, negocjowaniu celu terapii, a wreszcie w samym zakończeniu. Z tej perspektywy psychopatologia relacyjna nie sprowadza się wyłącznie do „zbyt dużej zależności” lub „zbyt dużej autonomii”.

Problemem jest sztywność w przechodzeniu między tymi stanami. Osoba funkcjonująca zdrowiej potrafi czasami zależeć, a czasami przewodzić; raz ustąpić, innym razem zaprotestować; przyjąć pomoc lub ją odrzucić. Patologia natomiast utrwala jedną, konkretną odpowiedź jako warunek bezpieczeństwa. Relacyjna terapia nie powinna zatem dążyć do wyprodukowania idealnie asertywnego pacjenta, lecz zwiększać jego repertuar możliwych sposobów pozostawania z Innym. Celem nie jest zwycięstwo sprawczości nad relacyjnością ani odwrotnie, lecz zdolność trwania w napięciu między nimi, bez konieczności unicestwiania któregoś z biegunów. Właśnie dlatego pat terapeutyczny jest dla Safrana i Murana czymś więcej niż tylko chwilowym brakiem postępu.

Jest to moment, w którym repertuar obu stron ulega zawężeniu. Terapeuta zaczyna wielokrotnie powtarzać te same działania, jedynie zwiększając ich intensywność; pacjent odpowiada coraz bardziej przewidywalnie, a każde kolejne spotkanie reprodukuje tę samą sekwencję. W jednym wariancie terapeuta przekonuje, pacjent dystansuje się, co skłania terapeutę do jeszcze silniejszej perswazji. W drugim pacjent żąda, terapeuta wyznacza granice coraz chłodniej, a pacjent reaguje

gwałtowniej. W trzecim pacjent milczy, terapeuta wypełnia tę ciszę, przez co pacjent ma dla siebie jeszcze mniej miejsca. Pat jest zatem utratą swobody przez całą diadę. Więźniem własnego wzorca nie pozostaje tylko pacjent; na pewien czas staje się nim również terapeuta.

Z tego punktu widzenia kliniczne mistrzostwo nie polega na unikaniu enactmentu – byłoby to jedynie kolejne wcielenie mitu neutralnego obserwatora. Mistrzostwo zaczyna się w chwili, gdy klinicysta potrafi zauważyć: „zacząłem zachowywać się w sposób, którego wcześniej nie planowałem; coś w tej relacji zawęziło również mój repertuar". To pierwsza szczelina w patowej strukturze. Z niej wyłania się disembedding – wywikłanie – a następnie metakomunikacja. Zanim jednak terapeuta będzie mógł wypowiedzieć cokolwiek użytecznego, musi odzyskać zdolność do obserwacji własnych emocji, impulsów i pozycji w układzie.

Dlatego dalszy rozwój teorii Safrana i Murana prowadzi nieuchronnie ku uważności w działaniu. W następnym kroku rozróżnienie zerwania wycofaniowego i konfrontacyjnego przestanie być jedynie typologią, a stanie się mapą mikroprocesu zmiany. Zobaczymy wówczas, w jaki sposób z uległości może wyłonić się warunkowa asercja, z niej – pełniejsze prawo do własnego głosu, a z agresywnej konfrontacji (jeśli relacja przetrwa bez kontrataku) dostęp do ukrytej pod nią podatności na zranienie. Dopiero wtedy można zrozumieć, dlaczego Safran i Muran nie traktują zerwania jak technicznej awarii przymierza, ale również nie czynią z niego romantycznego celu terapii. Zerwanie jest momentem, w którym relacyjna organizacja pacjenta staje się obserwowalna; naprawa natomiast stanowi test tego, czy sytuacja, która dotąd musiała kończyć się podporządkowaniem, ucieczką albo walką, może po raz pierwszy zakończyć się negocjacją między dwiema nadal istniejącymi podmiotowościami.

> Czy zatem najwyższym stopniem mistrzostwa klinicznego nie jest umiejętność bycia nieomylnym ekspertem, lecz odwaga do bycia wspólnie z pacjentem zagubionym w relacyjnym splątaniu? Być może to właśnie w szczelinie między błędem a jego naprawą, tam gdzie kończy się teoria, a zaczyna autentyczne spotkanie dwóch kruchych podmiotowości, kryje się jedyne miejsce, w którym zmiana staje się możliwa. Pytanie brzmi: czy terapeuta potrafi znieść moment, w którym przestaje być narzędziem leczenia, a staje się człowiekiem, który po prostu zawiódł?

Inspiracje

[1]

"Negotiating The Therapeutic Alliance" Jeremy D - Safran

Guilford Press | ISBN: 9781572308695

Jeremy David Safran (1952–2018) był uznanym na świecie kanadyjsko-amerykańskim psychologiem klinicznym, psychoanalitykiem i badaczem psychoterapii. Był profesorem psychologii i dyrektorem psychologii klinicznej w New School for Social Research w Nowym Jorku, a także członkiem wydziału programu podoktorskiego z psychoterapii i psychoanalizy na Uniwersytecie Nowojorskim. Safran był ceniony za swój wpływowy wkład empiryczny i teoretyczny w integrację psychoterapii, szczególnie w zakresie sojuszu terapeutycznego, procesów rozwiązywania zerwania i psychoanalizy relacyjnej. Ponadto był pionierem w łączeniu wschodnich tradycji kontemplacyjnych z zachodnim leczeniem psychologicznym, w szczególności integrując buddyjską uważność z teorią psychoanalityczną i praktyką kliniczną. Safran był również byłym prezesem Międzynarodowego Stowarzyszenia Psychoanalizy Relacyjnej i Psychoterapii oraz współzałożycielem Centrum Sándora Ferencziego w New School.

Jeremy David Safran (1952–2018) was an internationally recognized Canadian-American clinical psychologist, psychoanalyst, and psychotherapy researcher. He served as Professor of Psychology and Director of Clinical Psychology at the New School for Social Research in New York City, and was a faculty member at the New York University Postdoctoral Program in Psychotherapy and Psychoanalysis. Safran was celebrated for his influential empirical and theoretical contributions to psychotherapy integration, particularly concerning the therapeutic alliance, rupture resolution processes, and relational psychoanalysis. In addition, he was a pioneer in bridging Eastern contemplative traditions with Western psychological treatment, notably integrating Buddhist mindfulness into psychoanalytic theory and clinical practice. Safran was also a past president of the International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy and co-founder of the Sándor Ferenczi Center at the New School.

The New School for Social Research

Literatura uzupełniająca

Książki

Autorzy przywoływani w artykule:

[1] "Enactment in Psychoanalysis: Frenis Zero Press"

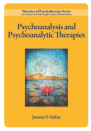
Jeremy D. Safran, Lewis Aron, Efrat Ginot

2020 | ISBN: 9788897479192

[2] "Widening the Scope of Cognitive Therapy"

Jeremy D. Safran

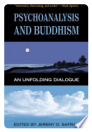
1998



[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

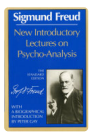
1990

Literatura pokrewna (Google Scholar):

[7] "A General Introduction to Psychoanalysis / Sigmund Freud. - 1920"

Sigmund Freud

ISBN: 9781473319806



[8] "New Introductory Lectures on Psychoanalysis"

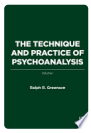
Sigmund Freud

National Geographic Books | ISBN: 9780393007435

[9] "Psychopathologie de la vie quotidienne"

Sigmund Freud

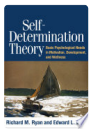
"Издательство ""Проспект""" | ISBN: 9785392097890



[10] **"The Technique and Practice of Psychoanalysis"**

Ralph Greenson

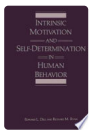
Routledge | ISBN: 9780429908187



[11] **"Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness"**

Edward Deci

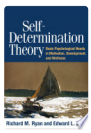
Guilford Publications | ISBN: 9781462528769



[12] **"Intrinsic Motivation"**

Edward Deci

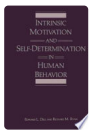
Springer Science & Business Media | ISBN: 9781489922717



[13] **"self-determination theory"**

Edward Deci

Guilford Publications | ISBN: 9781462528769



[14] **"Intrinsic motivation and self-determination in human behavior"**

Richard Ryan

Springer Science & Business Media | ISBN: 9781489922717

[15] **"still-face experiment"**

Edward Tronick

[16] **"Relational Gestalt Therapy in India: A Guide to Group Practice"**

Taylor & Francis | ISBN: 9781000883947

[17] **"Handbook of Child Psychology, History, Theory, and Methods"**

[18] **"Handbook of Psychological Change: Psychotherapy Processes & ..."**

John Wiley & Sons

Artykuły naukowe

Autorzy przywoływani:

[1] "Schizophrenia as a human process"

Harry Stack Sullivan

1974 | Medical Entomology and Zoology

Google Scholar

[2] "THE MODIFIED PSYCHOANALYTIC TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA"

Harry Stack Sullivan

1931 | American Journal of Psychiatry | DOI: 10.1176/ajp.88.3.519

Google Scholar

[3] "Therapeutic Investigations in Schizophrenia[†]"

Harry Stack Sullivan

1947 | Psychiatry | DOI: 10.1080/00332747.1947.11022630

Google Scholar

[4] "Fairbairn and the problem of agency"

Stephen A. Mitchell

2020 | Fairbairn and Relational Theory | DOI: 10.4324/9780429474521-13

Google Scholar

[5] "From Ghosts to Ancestors: The Psychoanalytic Vision of Hans Loewald"

Stephen Mitchell

2019 | Psychoanalysis at its Limits | DOI: 10.4324/9780429425226-8

Google Scholar

[6] "The Case of the Wolf-Man from the History of an Infantile Neurosis *"

Freud Sigmund

2018 | DOI: 10.4324/9780429483783-9

Google Scholar

[7] "The Dynamics of the Dissolution of the Transference Resistance"

Richard Sterba

1940 | The Psychoanalytic Quarterly | DOI: 10.1080/21674086.1940.11925432

Google Scholar

[8] **"Clinical and Therapeutic Aspects of Character Resistance"**

Richard Sterba

1953 | The Psychoanalytic Quarterly | DOI: 10.1080/21674086.1953.11925897

Google Scholar

[9] **"Beethoven and His Nephew; A Psychoanalytic Study of Their Relationship"**

Donald W. MacArdle, Editha Sterba, Richard Sterba, Willard R. Trask

1955 | Notes | DOI: 10.2307/893150

Google Scholar

[10] **"An Approach to the Relation between Concept and Content in Psychoanalytic Theory"**

Elizabeth R. Zetzel

1956 | The Psychoanalytic Study of the Child | DOI: 10.1080/00797308.1956.11822784

Google Scholar

[11] **"The Dynamic Basis of Supervision"**

Elizabeth R. Zetzel

1953 | Social Casework | DOI: 10.1177/104438945303400401

Google Scholar

[12] **"The Working Alliance and The Transference Neurosis"**

Ralph R. Greenson

2008 | The Psychoanalytic Quarterly | DOI: 10.1002/j.2167-4086.2008.tb00334.x

Google Scholar

[13] **"Dis-identifying from mother: its special importance for the boy."**

Ralph R. Greenson

1968 | PubMed

Google Scholar

[14] **"The non-transference relationship in the psychoanalytic situation."**

Ralph R. Greenson, Milton Wexler

1969 | PubMed

Google Scholar

[15] "The working alliance and the transference neurosis. 1965."

R. R. Greenson

2008 | The Psychoanalytic Quarterly

Google Scholar

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

Donald Woods Winnicott

2019

Google Scholar

[17] "Being a teenager during the Covid-19 pandemic: perspectives from the Winnicott's theory of maturation"

D. Winnicott

2021

Google Scholar

[18] "Learning From Experience"

Wilfred R. Bion, Robert Hinshelwood

2023 | DOI: 10.4324/9781003411840

Google Scholar

[19] "Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities"

Wilfred R. Bion

1967 | Elsevier eBooks | DOI: 10.1016/b978-1-4831-9866-8.50007-2

Google Scholar

[20] "Working Alliance, Therapeutic Alliance, and Transference"

Charles Brenner

1979 | Journal of the American Psychoanalytic Association | DOI: 10.1177/000306517902701s01

Google Scholar

[21] "Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis"

Sándor Ferenczi

2018 | DOI: 10.4324/9780429474750

Google Scholar

[22] **"Confusion of tongues between adults and the child: The language of tenderness and of passion."**

Sándor Ferenczi

1988 | Contemporary Psychoanalysis

Google Scholar

[23] **"Confusion of Tongues between Adults and the Child 1"**

Sándor Ferenczi, Michael Bálint, Eric Mosbacher

2018 | DOI: 10.4324/9780429474750-13

Google Scholar

[24] **"Final contributions to the problems & methods of psycho-analysis"**

Sándor Ferenczi

1980 | Medical Entomology and Zoology

Google Scholar

[25] **"Dialectical Thinking and Therapeutic Action in the Psychoanalytic Process"**

Irwin Z. Hoffman

1994 | The Psychoanalytic Quarterly | DOI: 10.1080/21674086.1994.11927412

Google Scholar

[26] **"Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process"**

Irwin Z. Hoffman

2014 | DOI: 10.4324/9781315803371

Google Scholar

[27] **"A METHOD FOR STUDYING THE ANALYSIS OF ASPECTS OF THE PATIENTS EXPERIENCE OF THE RELATIONSHIP IN PSYCHOANALYSIS AND PSYCHOTHERAPY"**

Merton M. Gill, Irwin Z. Hoffman

1982 | Journal of the American Psychoanalytic Association | DOI: 10.1177/000306518203000106

Google Scholar

[28] **"The myths of free association and the potentials of the analytic relationship"**

Irwin Z. Hoffman

2006 | The International Journal of Psychoanalysis | DOI: 10.1516/b1f1-fnnn-g2bf-1qaf

Google Scholar

[29] **"The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance."**
Edward S. Bordin
1979 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/h0085885
Google Scholar

[30] **"A Working Alliance Based Model of Supervision"**
Edward S. Bordin
1983 | The Counseling Psychologist | DOI: 10.1177/0011000083111007
Google Scholar

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

[32] **"A Theory of Vocational Interests as Dynamic Phenomena'"**
Edward S. Bordin
1943 | Educational and Psychological Measurement | DOI: 10.1177/001316444300300105
Google Scholar

[33] **"Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices."**
John C. Norcross, Bruce E. Wampold
2011 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/a0022161
Google Scholar

[34] **"Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance."**
Scott A. Baldwin, Bruce E. Wampold, Zac E. Imel
2007 | Journal of Consulting and Clinical Psychology | DOI: 10.1037/0022-006x.75.6.842
Google Scholar

[35] **"2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: Methods and Key Findings"**
Tim N Slade, Amy K. Johnston, Mark A. Oakley Browne, Gavin Andrews, Harvey Whiteford
2009 | Australian & New Zealand Journal of Psychiatry | DOI: 10.1080/00048670902970882
Google Scholar

[36] "Lifetime Prevalence of Gender-Based Violence in Women and the Relationship With Mental Disorders and Psychosocial Function"

Susan J. Rees, Derrick M. Silove, Tien Chey, Lorraine Ivancic, Zachary Steel, Tim N Slade

2011 | JAMA | DOI: 10.1001/jama.2011.1098

Google Scholar

[37] "Kessler Psychological Distress Scale: Normative Data from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing"

Tim N Slade, Rachel Grove, Philip M. Burgess

2011 | Australian & New Zealand Journal of Psychiatry | DOI: 10.3109/00048674.2010.543653

Google Scholar

[38] "Service Use for Mental Health Problems: Findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing"

Philip M. Burgess, Jane Pirkis, Tim N Slade, Amy K. Johnston, Graham Nicholas Meadows

2009 | Australian & New Zealand Journal of Psychiatry | DOI: 10.1080/00048670902970858

Google Scholar

[39] "The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review."

Marc J. Diener, Joel M. Monroe

2011 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/a0022425

Google Scholar

[40] "Big Waves from a Small Source"

Don Monroe

2008 | Focus | DOI: 10.1103/physrevfocus.22.14

Google Scholar

[41] "Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions"

Richard M. Ryan, Edward L. Deci

2020 | Contemporary Educational Psychology | DOI: 10.1016/j.cedpsych.2020.101860

Google Scholar

[42] **"Large-scale school reform as viewed from the self-determination theory perspective"**

Edward L. Deci

2009 | Theory and Research in Education | DOI: 10.1177/1477878509104329

Google Scholar

[43] **"Supporting Autonomy, Competence, and Relatedness: The Coaching Process From a Self-Determination Theory Perspective"**

Richard M. Ryan, Edward L. Deci

2018 | Professional Coaching | DOI: 10.1891/9780826180094.0020

Google Scholar

[44] **"Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects"**

Kirk Warren Brown, Richard M. Ryan, John David Creswell

2007 | Psychological Inquiry | DOI: 10.1080/10478400701598298

Google Scholar

[45] **"Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation. The Process of Change Study Group."**

Stern Dn, Sander Lw, Nahum Jp, Harrison Am, Karlen Lyons-Ruth, Tronick Ez

1998 | PubMed

Google Scholar

[46] **"New Methodologies for Evaluating Residual Brain Damage in Infants Exposed to Drugs of Abuse: Objective Methods for Describing Movements, Facial Expressions, and Communicative Behaviors"**

Tronick Ez, Marjorie Beeghly, Linda Fetters, M. Katherine Weinberg

1991 | PsycEXTRA Dataset | DOI: 10.1037/e496212006-021

Google Scholar

[47] **"[The role of implicit knowledge in therapeutic change. Some implications of developmental observations for adult psychotherapy]."**

Stern Dn, Nadia Bruschweiler-Stern, Harrison Am, Karlen Lyons-Ruth, A C Morgan, Tronick Ez

2001 | PubMed | DOI: 10.1055/s-2001-12386

Google Scholar

[48] "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

Google Scholar

[49] "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

Google Scholar

[50] "Paradox and process"

Emmanuel Ghent

1992 | Psychoanalytic Dialogues | DOI: 10.1080/10481889209538925

Google Scholar

[51] "Wish, Need, Drive: Motive in the Light of Dynamic Systems Theory and Edelman's Selectionist Theory"

Emmanuel Ghent

2002 | Psychoanalytic Dialogues | DOI: 10.1080/10481881209348705

Google Scholar

[52] "Wish, need, and neediness commentary on Shabad's “resentment, indignation, entitlement”;"

Emmanuel Ghent

1993 | Psychoanalytic Dialogues | DOI: 10.1080/10481889309538989

Google Scholar

[53] "On Relational Psychoanalysis"

Emmanuel Ghent, Lewis Aron

2018 | DOI: 10.4324/9781315682976-15

Google Scholar

[54] "Like Subjects, Love Objects: Essays on Recognition and Sexual Difference"

Jessica Benjamin

1995

Google Scholar

[55] **"An outline of intersubjectivity: The development of recognition."**

Jessica Benjamin

1990 | Psychoanalytic Psychology | DOI: 10.1037/h0085258

Google Scholar

[56] **"Beyond Doer and Done to: Recognition Theory, Intersubjectivity and the Third"**

Jessica Benjamin

2017

Google Scholar

[57] **"A relational psychoanalysis perspective on the necessity of acknowledging failure in order to restore the facilitating and containing features of the intersubjective relationship (the shared third)"**

Jessica Benjamin

2009 | The International Journal of Psychoanalysis | DOI: 10.1111/j.1745-8315.2009.00163.x

Google Scholar

Artykuły pokrewne (Google Scholar):

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

Jeremy D. Safran, John Christopher Muran

2000

Google Scholar

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

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

2011 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/a0022140

Google Scholar

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

Jeremy D. Safran, Zindel V. Segal

1990 | Medical Entomology and Zoology

Google Scholar

[61] **"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

Google Scholar

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

[63] **"Emotion in psychotherapy."**
Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran
1989 | PubMed | DOI: 10.1037//0003-066x.44.1.19
Google Scholar

[64] **"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
Google Scholar

[65] **"Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change."**
Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran
1987
Google Scholar

[66] **"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
Google Scholar

[67] **"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
Google Scholar

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: 9f033a96-ea9a-4d32-aeba-4c5dd24adeaa