# Uważność w działaniu i metakomunikacja w świetle koncepcji Jeremy’ego D. Safrana


**AUTOR**

Fundacja Dobre Państwo



## STRESZCZENIE / ABSTRACT

Tekst analizuje podejście Jeremy’ego D. Safrana do procesu terapeutycznego, koncentrując się na zjawisku paty terapeutycznego i uwikłania w enactment. Autor wskazuje na metakomunikację jako kluczowe narzędzie odzyskiwania perspektywy, które pozwala przesunąć punkt ciężkości z treści rozmowy na sam proces interakcji. Centralnym pojęciem jest „uważność w działaniu” (mindfulness in action) oraz podwójna świadomość, umożliwiająca terapeucie jednoczesne uczestniczenie w relacji i jej obserwację. Zamiast pozycji eksperta, Safran proponuje postawę klinicznego fallibilizmu i „umiejętną niepewność”, gdzie interpretacje są traktowane jako hipotezy podlegające intersubiektywnej kontroli. Podejście to przekształca niejawne komunikaty relacyjne w jawną treść dialogu, co pozwala na wyjście z impasu i pogłębienie procesu leczenia.

The text analyzes Jeremy D. Safran's approach to the therapeutic process, focusing on the phenomenon of therapeutic impasse and entanglement in enactment. The author points to metacommunication as a key tool for regaining perspective, allowing the focus to shift from the content of the conversation to the interaction process itself. Central concepts include 'mindfulness in action' and dual awareness, which enable the therapist to simultaneously participate in the relationship and observe it. Instead of an expert position, Safran proposes a stance of clinical fallibilism and 'skillful uncertainty,' where interpretations are treated as hypotheses subject to intersubjective control. This approach transforms implicit relational messages into explicit dialogue content, allowing for a way out of the impasse and deepening the healing process.

Artykuł analizuje mechanizmy odzyskiwania sprawstwa klinicznego w sytuacjach impasu terapeutycznego, koncentrując się na koncepcjach Safrana i Murana. Autor stawia tezę, że skuteczność procesu nie zależy od posiadania nieomylnego radaru diagnostycznego, lecz od zdolności terapeuty do praktykowania 'uważności w działaniu' oraz metakomunikacji. Kluczowym przesunięciem jest tu zmiana pozycji epistemologicznej: przeciwprzeniesienie i subiektywne odczucia klinicysty przestają być traktowane jako gotowe diagnozy, a stają się jedynie hipotezami podlegającymi intersubiektywnej weryfikacji w dialogu z pacjentem. Takie podejście zapobiega dominacji eksperta i chroni przed 'pułapką enactmentu', w której teoria służy raczej obronie terapeuty niż pomocy pacjentowi. Tekst podkreśla, że prawdziwa relacyjność wymaga od profesjonalisty klinicznego fallibilizmu – odwagi do bycia korygowanym przez drugiego człowieka oraz uznania, że sens terapii nie jest nadawany jednostronnie, lecz negocjowany w przestrzeni między dwojgiem ludzi.

**SŁOWA KLUCZOWE**

uważność w działaniu | metakomunikacja | przeciwprzeniesienie | terapeutyczny pat | mindfulness in action | double awareness | analityczny trzeci | reflection-in-action | beginner's mind | self-disclosure | enactment trap | relacyjna asymetria odpowiedzialności | mentalizacja | kliniczny fallibilizm | intersubiektywna kontrola

# Metakomunikacja jako narzędzie odzyskiwania perspektywy w procesie

Uważność w działaniu: metakomunikacja, przeciwprzeniesienie i etyka terapeutycznej subiektywności

Pat terapeutyczny to sytuacja, w której pacjent i terapeuta wspólnie zaczynają odtwarzać konfigurację relacyjną, której początkowo nie potrafią rozpoznać. Wówczas największym problemem klinicznym nie jest brak właściwej interpretacji, lecz utrata pozycji, z której interpretowanie pozostaje w ogóle możliwe. Terapeuta uwikłany w enactment może przecież dysponować doskonałą teorią i zarazem używać jej w służbie własnej obrony. Może trafnie znać pojęcie zerwania przymierza, a jednocześnie nie dostrzegać, że właśnie próbuje zmusić pacjenta do

przyjęcia swojej wersji tego zdarzenia. Może posługiwać się językiem mentalizacji, pozostając głęboko niementalizującym wobec aktualnego doświadczenia drugiego człowieka. Może nawet zastosować metakomunikację w taki sposób, że stanie się ona kolejnym narzędziem dominacji.

Z tego względu Safranowskie pojęcie "mindfulness in action" należy rozumieć nie jako ozdobę współczesnej psychoterapii czy import techniki medytacyjnej, lecz jako próbę odpowiedzi na pytanie: jak terapeuta może odzyskać zdolność obserwowania sytuacji, pozostając jednocześnie jej uczestnikiem? Metakomunikacja zmienia przede wszystkim poziom rozmowy. Zamiast dalej dyskutować o treściach, obie strony zaczynają badać, jak właśnie ze sobą rozmawiają. Treść zostaje na moment zawieszona na rzecz procesu.

Pacjent może opowiadać o konflikcie z partnerem, lecz terapeuta dostrzega, że za każdym razem, gdy próbuje nazwać jego złość, pacjent zaczyna się uśmiechać, usprawiedliwia rozmówcę i zmienia temat. Można wówczas kontynuować historyczne wyjaśnianie konfliktu, ale można również zwrócić uwagę na fakt, że pewien wzorzec rozgrywa się właśnie w gabinecie. Metakomunikacja jest tu definiowana jako proces przekształcania niejawnych komunikatów relacyjnych w jawną treść wspólnego dialogu, co przeciwstawia ją interpretacji prowadzonej wyłącznie z pozycji eksperta. Różnica nie polega jedynie na czasie gramatycznym — "teraz" zamiast "kiedyś".

Dotyczy ona epistemologicznej pozycji klinicysty. Interpretacja może przybrać strukturę: "wiem, dlaczego pan tak reaguje". Metakomunikacja w swojej relacyjnie konsekwentnej postaci powinna raczej brzmieć: "zauważam coś w tym, co dzieje się między nami, i chciałbym sprawdzić, czy pan doświadcza tego podobnie". Pierwsza wypowiedź lokuje terapeutę ponad procesem; druga lokuje go wewnątrz procesu, lecz z chwilowo odzyskaną możliwością refleksji. Nie oznacza to rezygnacji z wiedzy profesjonalnej, a jedynie, że interpretacja zostaje przedstawiona jako hipoteza podlegająca intersubiektywnej kontroli. Materiał Safrana i Murana jest pod tym względem konsekwentny.

Ogólne zasady metakomunikacji obejmują "skillful tentativeness" — umiejętną niepewność, unikanie automatycznego założenia, że proces w gabinecie jest prostą kopią innych relacji pacjenta, prezentowanie własnego doświadczenia jako subiektywnego oraz koncentrację na poszerzeniu świadomości zamiast natychmiastowego wymuszania zmiany. Dochodzi do tego zasada "Start Where You Are" oraz odpowiedzialność terapeuty za własny wkład w relacyjne napięcie. Zasady szczegółowe przesuwają uwagę ku konkretowi: zmianie tonu głosu, gestowi, unikaniu wzroku, poczuciu nagłego dystansu emocjonalnego czy reakcji pacjenta na interwencję i temu, co sam terapeuta zrobił tuż przed zmianą atmosfery. Metakomunikacja jest więc swoistą mikrofenomenologią relacji: zanim zbuduje teorię, próbuje dokładnie ustalić, co zaszło. Właśnie tutaj pojawia się pojęcie uważności.

W tradycji Safrana i Murana nie chodzi o ćwiczenia medytacyjne podczas sesji ani uczenie pacjenta obserwowania oddechu. Uważność jest właściwością pozycji terapeuty. Klinicysta pozostaje w kontakcie z pacjentem, a jednocześnie obserwuje własne emocje, ciało, fantazje, impulsy do działania i zmiany w jakości kontaktu. Zdolność ta wiąże się z "double awareness" — podwójną świadomością, czyli możliwością jednoczesnego uczestniczenia w interakcji i obserwowania jej z pewnego psychicznego dystansu. Jest ona zestawiana z Ogdenowską koncepcją "analitycznego trzeciego", wspólnego pola doświadczenia powstającego pomiędzy pacjentem a analitykiem. "Analityczny trzeci" pozostaje pojęciem teoretycznym, nie empirycznym bytem; jego wartość polega na zwróceniu uwagi, że w diadzie powstaje coś, czego nie można sensownie przypisać wyłącznie jednej stronie. Pozycję tę można porównać z refleksją Donalda Schöna nad profesjonalnym działaniem. Ekspert praktykujący w złożonym środowisku rzadko może funkcjonować jak wykonawca kompletnego algorytmu.

Musi prowadzić "reflection-in-action": działać, obserwować konsekwencje własnych ruchów, modyfikować hipotezę i korygować działanie, zanim sytuacja zostanie zakończona. Logika ta zostaje przeniesiona bezpośrednio do psychoterapii i szkolenia terapeutycznego. Uważność w działaniu oznacza monitorowanie procesów wewnętrznych bez wycofywania się z żywej interakcji, a "umysł początkującego" ma chronić klinicystę przed przedwczesnym domykaniem rozumienia pod wpływem niepewności. Jest to istotne, ponieważ lęk przed niepewnością dotyczy również profesjonalistów, którzy potrzebują poczucia kompetencji i skuteczności. W sytuacji, gdy terapia utknęła, terapeuta może zacząć doświadczać własnej niewiedzy jako zagrożenia dla tożsamości zawodowej. Wówczas wzrasta ryzyko, że teoria przestanie pełnić funkcję eksploracyjną, a stanie się narzędziem obrony. Niepewność zostaje zastąpiona nadmiarem interpretacji, bezradność — hiperaktywnością, a zakłopotanie — demonstracją autorytetu. "Beginner's mind" nie jest zatem romantycznym postulatem porzucenia wiedzy, lecz próbą utrzymania wiedzy w stanie epistemicznej odwracalności: mogę posiadać model i zarazem pozwalać faktom go zmienić.

## Uważność jako wsparcie autoregulacji, nie gwarant sukcesu

Współczesne badania nad uważnością terapeutów nie dają jednak podstaw do twierdzenia, że trening mindfulness automatycznie przekłada się na lepszą psychoterapię. W badaniu Ryan, Safrana, Doran i Murana dyspozycyjna uważność terapeutów korelowała z ich własną oceną przymierza, a podskala "acting with awareness" również z oceną przymierza przez pacjentów; odnotowano związek z poprawą funkcjonowania interpersonalnego, lecz nie z redukcją ogólnej

symptomatologii. Szerszy przegląd systematyczny interwencji mindfulness skierowanych do psychoterapeutów wskazał na możliwą poprawę empatii, jednak wyniki dotyczące przymierza terapeutycznego i objawów pacjentów pozostały niejednoznaczne, a jakość metodologiczna samych badań była zróżnicowana. Naukowo defensywne stanowisko brzmi zatem skromniej: uważność jest wiarygodnym kandydatem na kompetencję wspierającą obecność i autoregulację terapeuty, ale nie ma podstaw, by traktować ją jako samodzielnie potwierdzony mechanizm skuteczności psychoterapii.

Taka ostrożność jest niezbędna, gdyż słowo "uważność" łatwo staje się terminem immunizującym. Terapeuta może bowiem uważać się za uważnego jedynie dlatego, że doświadcza własnych reakcji w sposób bardzo intensywny. Tymczasem intensywna introspekcja nie jest tożsama z refleksyjnością. Można niezwykle precyzyjnie obserwować własne emocje, a jednocześnie błędnie przypisywać ich źródło pacjentowi. Można czuć złość i natychmiast uznać, że "pacjent projektuje we mnie złość"; odczuwać senność i interpretować ją jako transmisję jego martwoty; doświadczać pobudzenia seksualnego i przedstawiać je jako informację o erotycznym przeniesieniu. W każdym z tych przypadków subiektywność terapeuty została potraktowana jak narzędzie diagnostyczne pozbawione kalibracji. Dlatego przeciwprzeniesienie powinno być rozumiane jako dane, nie werdykt. To rozróżnienie znajduje istotne wsparcie empiryczne.

Metaanaliza Hayesa, Gelso, Goldberga i Kivlighana wykazała, że reakcje przeciwprzeniesieniowe pozostawały niewielko, lecz istotnie ujemnie związane z wynikami psychoterapii, podczas gdy skuteczne zarządzanie przeciwprzeniesieniem wiązało się z korzystniejszym wynikiem leczenia. Autorzy raportowali korelację na poziomie około r = -0,16 dla niezarządzanych reakcji przeciwprzeniesieniowych oraz około r = 0,39 pomiędzy ich skutecznym zarządzaniem a wynikiem terapii, przy wyraźnej heterogeniczności badań. Nie oznacza to, że klinicysta powinien odczuwać mniej emocji.

## Przeciwprzeniesienie jako hipoteza, a nie diagnoza

Chodzi raczej o to, że zdolność rozpoznawania, konceptualizowania i regulowania własnej odpowiedzi może być ważniejsza niż fantazja o emocjonalnej neutralności. Relacyjny zwrot nie rehabilituje przeciwprzeniesienia jako magicznego szóstego zmysłu; odbiera mu status wyłącznie „zakłócenia”, ale nie nadaje rangi nieomylnego radaru.

Odczucie terapeuty może wynikać z wielu nakładających się źródeł: bieżącego zachowania pacjenta, struktury relacji, osobistej historii klinicysty, zmęczenia, stresu, kontekstu instytucjonalnego czy procesów fizjologicznych. Kliniczne znaczenie przeciwprzeniesienia rodzi się dopiero z rozróżniania

tych możliwości. Można tu zaproponować formułę epistemologiczną: „to, co czuję, jest rzeczywiste jako moje doświadczenie; jego znaczenie pozostaje hipotezą". Zasada ta stanowi jedną z najlepszych ochron przed kolonizacją pacjenta przez psychikę terapeuty. Przeciwprzeniesienie może ostrzegać o napięciu w relacji, lecz nie rozstrzyga automatycznie, kto i dlaczego je wytworzył. Jest wskaźnikiem kierującym uwagę, a nie gotową diagnozą.

Perspektywa ta traktuje również reakcje cielesne klinicysty jako potencjalne dane diagnostyczne. W szkoleniu relacyjnym akcentowane jest „bodily-felt countertransference", a mikroanaliza nagrań ma pomagać w rozpoznawaniu subtelnych reakcji somatycznych i interpersonalnych, które mogły umknąć podczas sesji. Intuicję tę można połączyć z szerszym zwrotem ku poznaniu ucieleśnionemu, jednak należy zachować metodologiczną trzeźwość. Napięcie w klatce piersiowej, poczucie ciężkości czy impuls do odsunięcia się są realnymi zdarzeniami fizjologicznymi.

Nie oznacza to jednak, że stanowią one bezpośrednią transmisję niewypowiedzianych treści pacjenta. Ich wartość polega na sygnalizowaniu zmiany afektywnej organizacji kontaktu, co skłania do uważniejszego badania sytuacji. Użyteczne są tu idee Eugene'a Gendlina dotyczące „felt sense" – przedwerbalnego, cielesnego poczucia sytuacji, które nie jest jeszcze sformułowaną myślą. Tego rodzaju awareness przeciwstawia się czysto retrospektywnemu, intelektualnemu insightowi: pytanie przesuwa się z „dlaczego tak robię?" na „co i jak dzieje się we mnie właśnie teraz?". Należy jednak zachować hierarchię poznawczą. Bodily-felt knowing może być początkiem konceptualizacji, ale nie jej finałem. Ciało może wcześniej wiedzieć, że „coś się zmieniło", lecz niekoniecznie wie, co to oznacza.

To rozróżnienie pomaga zrozumieć związek metakomunikacji z mentalizacją. W stanie wysokiego uwikłania obie strony łatwo tracą zdolność traktowania własnych interpretacji jako reprezentacji umysłu, zaczynając postrzegać je jako fakty. Pacjent „wie", że terapeuta chce go odrzucić; terapeuta „wie", że pacjent manipuluje. Im silniejszy afekt, tym mniejsza tolerancja wieloznaczności. Metakomunikacja działa wówczas jak próba odzyskania wspólnej przestrzeni mentalizacyjnej: „tak właśnie to odebrałeś; ja miałem inną intencję; spróbujmy zobaczyć, jak doszło do tego, że nasze perspektywy tak bardzo się rozeszły".

Nie jest przypadkiem, że Safran i Muran zalecają operowanie na niskim poziomie wnioskowania. Im większe uwikłanie terapeuty, tym bardziej ryzykowna staje się daleko idąca interpretacja. Zamiast sugerować pacjentowi, że jego krytyka jest powtórzeniem konfliktu z ojcem i obroną przed zależnością, można zacząć od stwierdzenia, że po ostatniej wypowiedzi terapeuty pacjent wyraźnie się odsunął, a jego ton uległ zmianie. Dopiero gdy pacjent potwierdzi tę obserwację i wspólne badanie nabierze kierunku, można ostrożnie rozszerzać rozumienie. Relacyjna zasada brzmi niemal fenomenologicznie: najpierw opisz to, co można wspólnie zobaczyć; dopiero potem próbuj wyjaśnić

to, czego bezpośrednio dostrzec nie można. Takie podejście zapewnia pacjentowi ważne doświadczenie epistemiczne.

W wielu traumatyzujących lub silnie hierarchicznych relacjach znaczenie było narzucane jednostronnie. Rodzic mówił dziecku, co „naprawdę" czuje; sprawca decydował, że jego działanie nie było złe; system rodzinny definiował protest jako niewdzięczność, a lęk jako przesadę. W psychoterapii opartej na jednostronnym autorytecie interpretacyjnym struktura ta może zostać powtórzona w bardziej wyrafinowanym języku. Metakomunikacja ma potencjał przeciwny: pacjent nie otrzymuje gotowej definicji własnego doświadczenia, lecz zostaje zaproszony do współtworzenia jego znaczenia. Nie oznacza to jednak równorzędności ról. Terapeuta nadal odpowiada za techniczny i etyczny sposób prowadzenia leczenia. Relacyjna wzajemność nie jest symetrią.

## Ujawnianie siebie jako narzędzie procesowe, nie autobiograficzne

Pacjent opowiada o swoim życiu, ponieważ znajduje się w terapii; terapeuta nie ma natomiast prawa przekształcać sesji w przestrzeń realizacji własnej potrzeby bycia poznanym. Rozróżnienie to nabiera szczególnego znaczenia w kontekście self-disclosure, czyli ujawniania przez terapeutę własnych doświadczeń. Safran i Muran ujmują self-disclosure przede wszystkim jako celowe komunikowanie fragmentu aktualnego przeżycia klinicysty, o ile może ono pomóc nazwać proces zachodzący między uczestnikami relacji. Nie jest to więc zaproszenie do autobiografii.

Terapeuta może przyznać, że zauważa w sobie rosnące napięcie lub poczucie dystansu, jeśli doświadczenie to pozwala wspólnie zbadać relacyjny impas. Autorzy wyraźnie podkreślają, że ujawnienie musi być odpowiedzialne, powiązane z konkretnym markerem i poddane późniejszej kontroli poprzez pytanie o to, jak pacjent odebrał daną interwencję. Badania nad self-disclosure dowodzą, dlaczego proste normatywne formuły typu „ujawniaj" lub „nie ujawniaj" są niewystarczające. Metaanaliza badań eksperymentalnych i quasi-eksperymentalnych wskazała, że self-disclosure zazwyczaj wiązało się z korzystniejszym postrzeganiem terapeuty i większą gotowością pacjentów do własnego otwarcia, przy czym efekty te zależały od treści i rodzaju odsłonięcia. Nie jest to jednak dowód na to, że zwiększenie ilości self-disclosure poprawia długoterminowe wyniki leczenia. Szerszy przegląd literatury wykazał, że wypowiedzi wspierające, eksploracyjne i odnoszące się do relacji mogą korelować z pozytywnymi rezultatami, podczas gdy komunikaty kontrolujące lub nadmiernie konfrontacyjne częściej przynosiły efekty negatywne; jednocześnie wpływ konkretnych sformułowań na przymierze terapeutyczne pozostawał

zróżnicowany i silnie zależny od kontekstu. Oznacza to, że wartość terapeutyczna ujawnienia nie tkwi w samym akcie szczerości. Szczerość nie jest jeszcze kliniczną użytecznością.

Terapeuta może być autentycznie zły i zaszkodzić pacjentowi poprzez nieprzemyślane wyrażenie tej emocji. Może szczerze potrzebować uznania i właśnie dlatego nie powinien żądać go od osoby pozostającej w zależnej relacji terapeutycznej. Może autentycznie odczuwać pociąg seksualny, lecz profesjonalna odpowiedzialność polega wówczas na jego rozpoznaniu, opracowaniu w superwizji lub własnej terapii oraz ochronie granic pacjenta – a nie na traktowaniu „autentyczności" jako uzasadnienia dla ujawnienia. Relacyjność zwiększa odpowiedzialność za granice, gdyż uznaje, że realna osoba terapeuty ma realny wpływ na pacjenta.

## Etyka ujawnienia i weryfikacja interwencji przez pacjenta

Można zaproponować pięć niewidocznych pytań, które powinny poprzedzać ujawnienie, choć nie muszą nigdy zostać wypowiedziane. Czy komunikat służy procesowi pacjenta, czy regulacji terapeuty? Czy pacjent dysponuje obecnie zasobami, by przyjąć tę informację bez konieczności opiekowania się klinicystą? Czy ujawnienie zwiększy przestrzeń do refleksji, czy raczej potęguje presję interpersonalną? Czy można przekazać potrzebną informację w sposób mniej obciążający? I wreszcie: czy terapeuta jest rzeczywiście gotów zaakceptować fakt, że pacjent odbierze jego szczerość zupełnie inaczej, niż zamierzał?

Pytania te nie są kolejną „techniką Safrana i Murana", lecz wynikają z konsekwentnego stosowania relacyjnej etyki asymetrii odpowiedzialności. Przykład Richarda dobrze obrazuje tę logikę.

Pacjent reaguje sceptycznie na wyjaśnienia terapeuty dotyczące sensu pogłębiania samoświadomości. Klinicysta zaczyna odczuwać frustrację i beznadziejność, lecz zamiast nasilać próby przekonania Richarda, zauważa, że sam ten nacisk stał się częścią problemu. Metakomunikacyjnie ujawnia własne poczucie utknięcia i ostrożnie pyta o sceptycyzm pacjenta. Dopiero wtedy Richard może przyznać się do nieufności, która dotąd pozostawała ukryta za intelektualną dyskusją. Istotą tej interwencji nie jest jednak samo sformułowanie słów. Można by nauczyć klinicystów takich zdań mechanicznie, co przyniosłoby efekt odwrotny. Jeśli terapeuta mówi „mam poczucie, że utknęliśmy", ale w rzeczywistości myśli „to ty sprawiasz, że utknęliśmy", komunikat pozostaje oskarżeniem. Jeśli pyta „czy czujesz sceptycyzm?", lecz jedyną akceptowalną odpowiedzią jest „tak", nie mamy do czynienia ze wspólnym badaniem.

Właśnie dlatego Safran ostrzega przed enactment trap – sytuacją, w której metakomunikacja zostaje wchłonięta przez pat: terapeuta próbuje użyć jej do narzucenia własnej interpretacji i tym samym odtwarza rolę autorytetu, przed którym pacjent się broni. Metakomunikacja nie jest zatem neutralnym narzędziem wyjętym z relacji; ona sama jest aktem relacyjnym. Może zostać przeżyta jako zainteresowanie, ale i jako inwazja. Jako zaproszenie do refleksji lub narcystyczne skupienie terapeuty na „naszej relacji". Jako ulga, że coś wreszcie nazwano, albo jako przemoc interpretacyjna.

Jej wartość należy oceniać nie przez zgodność z teorią, lecz poprzez reakcję konkretnego pacjenta. To jedna z najbardziej radykalnych konsekwencji podejścia relacyjnego: skuteczność interwencji nie kończy się w momencie jej wypowiedzenia; dopiero odpowiedź pacjenta mówi o tym, czym ta interwencja faktycznie stała się w danej relacji. Badania nad wpływem terapeutów na zależność przymierze-wynik wzmacniają to rozumowanie. Metaanalizy wskazują, że nie wszyscy klinicyści w równym stopniu potrafią budować przymierza powiązane z dobrymi efektami; część wariancji tej zależności przypada na osobę terapeuty. Choć nie znamy prostego zestawu cech „dobrego terapeuty relacyjnego", wyniki te podważają wizję, według której rezultat terapii jest wyłącznie funkcją techniki i właściwości pacjenta. Sposób negocjowania więzi, reakcja na kryzykę i dostosowanie pozycji do konkretnego pacjenta są częścią zmiennej leczniczej.

Interesujący jest również wynik badania Ryan i współpracowników: uważność terapeuty wiązała się z jego własną oceną przymierza, jednak tylko jeden wymiar – działanie ze świadomością – korelował z oceną pacjenta. Można to potraktować jako ostrzeżenie metodologiczne. Terapeuci mogą postrzegać siebie jako obecnych i refleksyjnych, podczas gdy pacjent niekoniecznie doświadcza ich w ten sposób. Subiektywna pewność klinicysty, że „jestem teraz bardzo uważny", nie jest dowodem relacyjnej skuteczności. W psychoterapii dwuosobowej jakość działania wymaga spojrzenia drugiej osoby. Dlatego metakomunikacja zawiera element badania recepcji: terapeuta nie tylko mówi, co przeżywa, ale pyta, co jego wypowiedź zrobiła z pacjentem.

Jest to relacyjny odpowiednik kontroli sprzężenia zwrotnego. W systemie bez feedbacku interwencja jest oceniana jedynie według założeń autora. W systemie wykorzystującym feedback działanie zostaje skorygowane przez informację o efekcie. Tak rozumiana responsywność nie jest grzecznością, lecz metodą poznawczą.

## Kliniczny fallibilizm i granice metakomunikacji

W tym miejscu psychoterapia relacyjna styka się z ogólniejszą filozofią fallibilizmu. Karl Popper budował swoją koncepcję nauki wokół przekonania, że wartość teorii rośnie wtedy, gdy istnieją

procedury pozwalające ją obalić. Choć kliniczna analogia nie może być dosłowna – psychoterapia to przecież nie eksperyment laboratoryjny – sama idea pozostaje niezwykle użyteczna. Terapeuta relacyjny powinien komunikować swoje hipotezy tak, aby pacjent mógł im zaprzeczyć bez lęku, że zapłaci za to utratą więzi.

Jeżeli każda niezgoda zostaje uznana za opór potwierdzający teorię, system staje się niefalsyfikowalny. Jeśli natomiast pacjent może powiedzieć: „nie, nie czuję się teraz zdystansowany; jestem po prostu zmęczony", a terapeuta potrafi to rzeczywiście przyjąć, relacja staje się przestrzenią korygowania hipotez. „Umysł początkującego" można zatem odczytać nie tyle jako buddyjski ornament psychoterapii, ile jako kliniczny fallibilizm. Terapia zachowuje wiedzę, lecz wyrzeka się wszechwiedzy; posiada teorię, ale pozwala konkretnej relacji ją korygować.

Jest to szczególnie istotne w pracy długofalowej, gdzie po miesiącach czy latach terapeuta może ulec złudzeniu, że „zna pacjenta". Każda wiedza o człowieku łatwo przechodzi w przewidywanie, a przewidywanie w selektywne widzenie. Uważność wymaga więc okresowego przyzwolenia na to, by pacjent stał się kimś innym niż osoba znana z dotychczasowej konceptualizacji.

W praktyce relacyjnej istnieje jednak przeciwstawne niebezpieczeństwo: fetyszyzacja „tu i teraz". Przeszłość, diagnoza, struktura osobowości, kontekst rodzinny czy warunki społeczne i biologiczne nie znikają tylko dlatego, że w gabinecie dzieje się coś aktualnie. Metakomunikacja nie powinna prowadzić do sytuacji, w której każdy temat pacjenta zostaje przekierowany na jego relację z terapeutą. Pacjent opowiadający o przemocy w pracy niekoniecznie potrzebuje natychmiast usłyszeć, że „podobna dynamika pojawia się między nami". Człowiek w żałobie nie musi otrzymywać interpretacji, że jego smutek w obecności terapeuty jest enactmentem. Relacja jest jednym z poziomów analizy, nawet jeśli w nurcie relacyjnym zajmuje miejsce szczególne.

Również psychiatria kliniczna stawia granice metakomunikacyjnemu entuzjazmowi. Pacjent w ostrym stanie psychotycznym może nie dysponować zdolnością do wspólnego badania wieloznaczności relacji; osoba w ciężkiej manii może odczuwać tak silne pobudzenie i mieć tak zaburzoną ocenę sytuacji, że subtelna eksploracja tego, „co dzieje się między nami", przestaje być priorytetem. W skrajnym kryzysie samobójczym nadrzędnym zadaniem pozostaje bezpieczeństwo.

W majaczeniu, ciężkich zaburzeniach neurokognitywnych czy stanie intoksykacji zdolność mentalizacyjna i refleksyjna może być ograniczona organicznie. W takich warunkach relacja nadal ma znaczenie – często ogromne – lecz jej funkcja terapeutyczna polega bardziej na stabilności, przewidywalności, regulacji i ochronie niż na głębokiej eksploracji intersubiektywnego pola. Można rzec, że dojrzała psychoterapia relacyjna potrzebuje zasady: „najpierw wystarczająca regulacja, potem refleksja". Człowiek znajdujący się poza oknem tolerancji nie zawsze jest w stanie skutecznie

mentalizować. Nadmierne pobudzenie, panika lub przeciwnie – głęboka dysocjacyjna dezaktywacja – ograniczają zdolność złożonego rozumienia własnych i cudzych stanów. W takim momencie najlepsza metakomunikacja może przybrać bardzo prostą formę: nazwanie bezpieczeństwa, tempa, granic i potwierdzenie obecności terapeuty. Słowa: „Widzę, że jest tego teraz za dużo; nie musimy tego rozumieć w tej chwili" mogą być bardziej relacyjne niż najbardziej subtelna interpretacja.

Warto w tym świetle ponownie przyjrzeć się pojęciu autentyczności. W kulturze późnej nowoczesności autentyczność łatwo utożsamia się z obowiązkiem natychmiastowego wyrażania własnej prawdy. W psychoterapii byłaby to definicja niebezpieczna. Profesjonalna autentyczność nie polega na mówieniu wszystkiego, co terapeuta myśli i czuje. Polega raczej na nieudawaniu stanu, który nie istnieje, przy jednoczesnym zachowaniu zdolności wyboru tego, co z własnego doświadczenia wnieść do relacji. Klinicysta może być zirytowany i nie kłamać, że jest zachwycony, lecz nie musi zrzucać pełnego ciężaru tej irytacji na pacjenta. Może czuć bezradność i przyznać, że wspólnie utknęli, bez wymagania od pacjenta pocieszenia.

## Dojrzałość kliniczna jako akceptacja ograniczeń relacji

Autentyczność wymaga zatem mentalizacji własnej subiektywności. Zanim terapeuta wniesie siebie do relacji, powinien mieć świadomość, którą część swojej osobowości wnosi i w jakim celu. W przeciwnym razie wzajemność łatwo staje się acting outem profesjonalisty. To właśnie dlatego relacyjna superwizja, o której wspomnę w dalszej części artykułu, kładzie tak duży nacisk na „inner work": terapeuta ma nauczyć się znosić własne bolesne reakcje na tyle długo, by nie musiał natychmiast rozładowywać ich w działaniu. Safran podkreśla, że samo konceptualne opanowanie teorii jest niewystarczające bez zdolności do mierzenia się z intensywnymi uczuciami. Zasada ta współgra z badaniami nad przeciwprzeniesieniem – korzystne rezultaty nie wynikają z braku reakcji, lecz z umiejętności zarządzania nimi. Można to ująć w paradoksalną maksymę: terapeuta nie potrzebuje mniej siebie; potrzebuje więcej zdolności do obserwowania siebie. Subiektywność przestaje być problemem dopiero wtedy, gdy nie przechodzi automatycznie w działanie.

Metakomunikacja jest momentem, w którym doświadczenie prywatne zostaje przekształcone w materiał wspólny. Proces ten wymaga jednoczesnego wykonania kilku operacji: najpierw terapeuta musi rozpoznać własny stan, następnie odróżnić obserwację od interpretacji i zdecydować, czy ujawnienie go rzeczywiście służy pacjentowi. Następnie powinien sformułować przekaz z właściwym stopniem niepewności, by na końcu sprawdzić, jak został odebrany, dając pacjentowi przestrzeń do zmiany rozumienia sytuacji. Nie jest więc zaskoczeniem, że metakomunikacji nie da się wykonać mechanicznie – jej istotą jest responsywność.

Zawiera ona w sobie coś z sokratejskiego paradoksu wiedzy. Profesjonalista musi wiedzieć wystarczająco dużo, by dostrzec strukturę procesu, ale jednocześnie być świadomym granic własnej wiedzy. Sokratejska świadomość niewiedzy nie była kultem ignorancji, lecz warunkiem dalszego badania. Podobnie terapeutyczne „nie wiem jeszcze, co się tutaj dzieje" może okazać się bardziej zaawansowaną postawą kliniczną niż przedwczesne stwierdzenie: „wiem, że to pana lęk przed zależnością". Niepewność nie jest przeciwieństwem profesjonalizmu. Podczas gdy nieuregulowana niepewność prowadzi do chaosu, tolerowana niepewność może prowadzić do poznania. Nie oznacza to jednak, że terapeuta ma pozostawać wiecznie niezdecydowany. Istnieją sytuacje wymagające stanowczego rozpoznania rzeczywistości: zagrożenie życia, przemoc, rażące przekroczenie granic, objawy psychiatryczne, działania przestępcze czy poważne zaburzenia somatyczne nie powinny być rozpuszczane w wieloznaczności intersubiektywnej.

Relacyjna epistemologia nie neguje faktów. Jej domeną jest znaczenie psychiczne i proces interpersonalny, a nie unieważnianie zewnętrznej rzeczywistości. Dojrzała forma metakomunikacji utrzymuje zatem jednocześnie trzy perspektywy. Pierwsza uznaje realną rzeczywistość: terapeuta wypowiedział konkretne słowa, sesja trwa określony czas, granice mają swój kształt. Druga wskazuje, że każda strona doświadcza tej rzeczywistości przez pryzmat własnej organizacji psychicznej. Trzecia mówi, że wzajemne oddziaływanie tych dwóch doświadczeń tworzy proces, którego nie da się wyjaśnić wyłącznie z jednej perspektywy. Psychoterapia relacyjna jest najciekawsza właśnie wtedy, gdy nie redukuje żadnej z tych warstw.

W tym miejscu widać, dlaczego Safran i Muran potrzebowali krótkoterminowej terapii relacyjnej jako laboratorium własnej teorii. Jeśli przymierze jest negocjacją, uważność narzędziem obserwacji tej negocjacji, a metakomunikacja sposobem naprawiania jej załamań, to czas staje się kolejnym uczestnikiem relacji. W terapii bezterminowej zakończenie bywa abstrakcyjne; w BRT zostaje wpisane w kontrakt od początku.

Terapeuta i pacjent wiedzą, że ich relacja ma granicę, a ta świadomość zaczyna organizować potrzeby, fantazje, złość, separację i lęk przed utratą. Wtedy okazuje się, że najgłębszym sprawdzianem relacyjności nie jest zdolność do nawiązania więzi, lecz umiejętność przeżycia jej nieuchronnego ograniczenia. Terapeuta nie może być wszystkim, nie może zostać na zawsze, nie naprawi całego życia pacjenta i nie spełni każdej jego potrzeby. Pacjent z kolei musi odkryć, że ograniczona relacja nie jest relacją fałszywą. Tutaj teoria Safrana i Murana spotyka się z Mannowskim „bólem czasu", Winnicottowskim „wystarczająco dobrym" obiektem, Kohutowską internalizacją funkcji oraz relacyjnym pojęciem optymalnego rozczarowania. Krótkoterminowość przestaje być więc jedynie ekonomią świadczenia usług. Staje się eksperymentem z najbardziej

podstawowym faktem ludzkiej więzi: możemy być dla siebie ważni, choć nie możemy być dla siebie bezgraniczni.

> Ostatecznie najgłębszym sprawdzianem relacyjności nie jest sama zdolność do zbudowania więzi, lecz umiejętność wspólnego przeżycia jej nieuchronnej skończoności. Prawdziwe uzdrowienie może tkwić w paradoksie optymalnego rozczarowania: odkryciu, że relacja ograniczona czasowo i możliwościami nie jest relacją fałszywą. Czy potrafimy zatem zaakceptować fakt, że możemy być dla siebie fundamentalnie ważni, pozostając przy tym dla siebie bezgranicznie niedostępni?

## Inspiracje

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

Jeremy David Safran (1952–2018) był kanadyjsko-amerykańskim psychologiem klinicznym, psychoanalitykiem i badaczem psychoterapii o międzynarodowej renomie. Był profesorem psychologii i dyrektorem psychologii klinicznej w New School for Social Research w Nowym Jorku, a także wykładowcą na Programie Podoktorskim Psychoterapii i Psychoanalizy Uniwersytetu Nowojorskiego. Safran wniósł fundamentalny wkład w integrację psychoterapii, przede wszystkim dzięki pionierskim badaniom empirycznym i klinicznym nad zerwaniem i procesami naprawy sojuszu terapeutycznego, krótkoterminowej terapii relacyjnej (KRT) oraz roli emocji i dynamiki interpersonalnej w terapii poznawczej. Pełnił funkcję prezesa Międzynarodowego Stowarzyszenia Psychoanalizy i Psychoterapii Relacyjnej (IAPS) i był współzałożycielem Centrum Sándora Ferencziego. Ponadto był kluczową postacią w badaniu teoretycznych i klinicznych powiązań między psychoanalizą a buddyjską uważnością.

*Jeremy David Safran (1952–2018) was an internationally renowned 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, and was on the faculty of New York University's Postdoctoral Program in Psychotherapy and Psychoanalysis. Safran made foundational contributions to psychotherapy integration, most notably through his pioneering empirical and clinical research on therapeutic alliance ruptures and repair processes, Brief Relational Therapy, and the role of emotion and interpersonal dynamics in cognitive therapy. He served as President of the International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy and co-founded the Sándor Ferenczi Center. Additionally, he was a key figure in exploring the theoretical and clinical intersections between psychoanalysis and Buddhist mindfulness.*

*The New School for Social Research*

## Literatura uzupełniająca

### Książki

## Książki autora i dzieła przywołane w tekście:



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

Jeremy D. Safran, Lewis Aron, Efrat Ginot

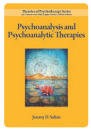
2020 | ISBN: 9788897479192



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

Jeremy D. Safran

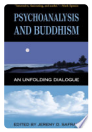
1998



**[3] "Psychoanalysis and Psychoanalytic Therapies"**

Jeremy D. Safran

2012 | Theories of Psychotherapy | ISBN: 9781433809781



**[4] "Psychoanalysis and Buddhism"**

Jeremy D. Safran

2012 | Simon and Schuster | ISBN: 9780861717507

**[5] "Emotion in Psychotherapy"**

Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran

1987 | New York, N.Y. : Guilford Press | ISBN: 9780898620108



**[6] "Interpersonal Process in Cognitive Therapy"**

Jeremy D. Safran, Zindel V. Segal

1990

## Książki autorów przywoływanych i literatura pokrewna:



**[7] "Objective Knowledge"**

Karl Popper

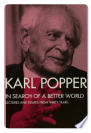
Routledge | ISBN: 9781041139270



**[8] "The restoration of the self"**

Heinz Kohut

University of Chicago Press | ISBN: 9780226450131




**[9] "In Search of a Better World"**

Karl Popper

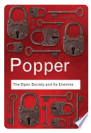
Psychology Press | ISBN: 9780415135481




**[10]** **"focusing"**

Eugene Gendlin

Bantam | ISBN: 9780553278330




**[11]** **"The Open Society and Its Enemies"**

Karl Popper

Routledge | ISBN: 9781136700323


## Artykuły naukowe

### Prace autorów przywoływanych w tekście:


**[1]** **"Identifying, monitoring and managing prisoners at risk of self-harm/suicide in England and Wales"**

Naomi Humber, Adrian J. Hayes, Jane Senior, Tom Fahy, Jenny J. Shaw

2010 | Journal of Forensic Psychiatry and Psychology | DOI: 10.1080/14789949.2010.518245

Źródło

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

Ch. Argyris, Donald A. Schön

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

Źródło

**[3]** **"Generative metaphor: A perspective on problem-setting in social policy"**

Donald A. Schön

1993 | Cambridge University Press eBooks | DOI: 10.1017/cbo9781139173865.011

Źródło

**[4]** **"Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being."**

Richard M. Ryan, Edward L. Deci

2000 | American Psychologist | DOI: 10.1037/0003-066x.55.1.68

Źródło

**[5]** **"The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior"**

Edward L. Deci, Richard M. Ryan

2000 | Psychological Inquiry | DOI: 10.1207/s15327965pli1104_01

Źródło

[6] **"Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior"**

Edward L. Deci, Richard M. Ryan

1985 | DOI: 10.1007/978-1-4899-2271-7

Źródło

[7] **"The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being."**

Kirk Warren Brown, Richard M. Ryan

2003 | Journal of Personality and Social Psychology | DOI: 10.1037/0022-3514.84.4.822

Źródło

[8] **"Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions"**

Seena Fazel, Adrian J. Hayes, Katrina Bartellas, Massimo Clerici, Robert L. Trestman

2016 | The Lancet Psychiatry | DOI: 10.1016/s2215-0366(16)30142-0

Źródło

[9] **"Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings."**

Dennis M. Kivlighan, Peter Shaughnessy

2000 | Journal of Counseling Psychology | DOI: 10.1037/0022-0167.47.3.362

Źródło

[10] **"Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling."**

Dennis M. Kivlighan, Peter Shaughnessy

1995 | Journal of Counseling Psychology | DOI: 10.1037/0022-0167.42.3.338

Źródło

[11] **"Endorsement of therapeutic factors as a function of stage of group development and participant interpersonal attitudes."**

Dennis M. Kivlighan, Debra C. Goldfine

1991 | Journal of Counseling Psychology | DOI: 10.1037/0022-0167.38.2.150

Źródło

[12] **"A Process Model"**

Eugene T. Gendlin

2017 | Medical Entomology and Zoology

Źródło

**[13] "Experiencing: A Variable in the Process of Therapeutic Change"**

Eugene T. Gendlin

1961 | American Journal of Psychotherapy | DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.1961.15.2.233

Źródło

**[14] "Process Ethics and the Political Question"**

Eugene T. Gendlin

1986 | The Moral Sense in the Communal Significance of Life | DOI: 10.1007/978-94-009-4538-8_12

Źródło

**[15] "Chapter 4. Comment on Thomas Fuchs: The time of the explicating process"**

E. Gendlin

2012 | DOI: 10.1075/aicr.84.06gen

Źródło

**[16] "The Self and Its Brain"**

Karl Raimund Popper, John Carew Eccles

1977 | Revista de filosofía | DOI: 10.1007/978-3-642-61891-8

Źródło

### Artykuły naukowe autora:

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

Jeremy D. Safran, John Christopher Muran

2000

Źródło

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

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

2011 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/a0022140

Źródło

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

Jeremy D. Safran, Zindel V. Segal

1990 | Medical Entomology and Zoology

Źródło

**[20] "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

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

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

2018 | Psychotherapy | DOI: 10.1037/pst0000185

Źródło

**[22] "Emotion in psychotherapy."**

Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran

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

Źródło

**[23] "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

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

Leslie S. Greenberg, Jeremy D. Safran

1987

Źródło

**[25] "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

**[26] "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: 2ac5db89-b6f0-4251-a033-9ff234ed39f6