Architektura zmiany w ujęciu Johna Steinera: od narcystycznego schronienia do autonomii bycia widzianym

AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł analizuje model zmiany psychicznej według Johna Steinera, koncentrując się na przejściu od narcystycznego schronienia do autonomii bycia widzianym. Autor wskazuje, że rozwój nie polega na usuwaniu objawów, lecz na zwiększeniu zdolności pomieszczania afektu i tolerowania ambiwalencji. Proces ten rozpoczyna się od utraty niewidzialności, co często manifestuje się początkowo jako zakłopotanie i lęk przed ekspozycją. Kolejne etapy obejmują przejście od widzialności do akceptacji zależności oraz zmagania z pokusą dominacji w relacji terapeutycznej. Celem procesu jest umożliwienie przeżywania wstydu i smutku w obecności drugiego człowieka bez ucieczki w mechanizmy obronne, co prowadzi do integracji osobowości i rzeczywistego kontaktu z rzeczywistością.

The article analyzes the model of psychological change according to John Steiner, focusing on the transition from the narcissistic shelter to the autonomy of being seen. The author indicates that development does not consist in removing symptoms, but in increasing the capacity to contain affect and tolerate ambivalence. This process begins with the loss of invisibility, which often initially manifests as embarrassment and fear of exposure. Subsequent stages include the transition from visibility to the acceptance of dependence and the struggle with the temptation of dominance within the therapeutic relationship. The goal of the process is to enable the experiencing of shame and sadness in the presence of another person without retreating into defense mechanisms, leading to personality integration and genuine contact with reality.

Artykuł analizuje proces rozwoju psychicznego jako bolesną, lecz niezbędną drogę wyjścia z „narcystycznego schronienia” – mechanizmu obronnego, który chroni

jednostkę przed lękiem związanym z byciem widzianym i ocenianym przez drugiego człowieka. Autor stawia tezę, że dojrzałość nie polega na osiągnięciu stanu odporności na wstyd czy stratę, lecz na wypracowaniu zdolności do tolerowania własnej niedoskonałości, zależności i podatności w relacji z autonomicznym Innym. Proces ten jest przedstawiony jako wieloetapowa architektura zmiany: od lękowego zakłopotania, poprzez walkę o dominację i żałobę po iluzji omnipotencji, aż po osiągnięcie autonomii myślenia. Tekst rozszerza perspektywę kliniczną Johna Steinera o ujęcie interdyscyplinarne, łącząc psychoanalizę z neuronauką stresu społecznego, teorią przywiązania, mentalizacją oraz filozofią spojrzenia (Hegel, Sartre, Foucault). W efekcie rozwój zostaje zdefiniowany jako przejście od tożsamości opartej na kontroli obrazu siebie do elastycznej podmiotowości, która potrafi nawigować między zależnością a autonomią bez lęku przed psychicznym unicestwieniem.

SŁOWA KLUCZOWE

architektura zmiany | narcystyczne schronienie | autonomia bycia widzianym | pozycja depresyjna | identyfikacja projekcyjna | mentalizacja | żałoba po omnipotencji | asymetria spojrzenia | tolerowanie ambiwalencji | pomieszczanie afektu | werdykt rzeczywistości | relacyjna platforma zmiany | mechanizmy regulacyjne wstydu | internalizacja funkcji

Rozwój jako zdolność do bycia widzianym

Architektura zmiany: od ekspozycji do separacji. Analiza wstydu, spojrzenia, przypadku Schrebera, czułości, przeniesienia, dominacji, bezradności, zemsty, urazy, żałoby, melancholii, zawiści, przymusu powtarzania i skandalu pozwala na zrekonstruowanie wspólnego modelu zmiany psychicznej. Jego zasadniczą cechą jest fakt, że rozwój nie dokonuje się poprzez proste usuwanie objawów. Objaw, wycofanie, dominacja czy uraza pełnią funkcję regulacyjną; chronią przed doświadczeniem bardziej pierwotnym, które przez długi czas było dla podmiotu nie do zniesienia. Dlatego moment poprawy jest równocześnie momentem utraty ochrony. Właśnie wtedy człowiek staje przed tym, czego wcześniej unikał: odrębnością drugiego, własną potrzebą, niepewnością reakcji, możliwością oceny, ograniczeniem własnej mocy i nieodwracalnością części strat. Zmiana według Steinera ma strukturę paradoksalną. Pacjent nie opuszcza schronienia dlatego, że przestał

się bać. Opuszcza je wtedy, gdy zaczyna być zdolny bać się bez konieczności natychmiastowego powrotu do schronienia. Celem nie jest stworzenie psychiki odpornej na wstyd, zależność, stratę czy frustrację – taka fantazja byłaby kolejną formą omnipotencji.

Celem staje się zwiększenie zdolności pomieszczania afektu, tolerowania ambiwalencji i zachowywania kontaktu z rzeczywistością mimo doświadczeń, które wcześniej automatycznie uruchamiały wycofanie, atak albo kontrolę. Materiał źródłowy ujmuje ten końcowy ruch bardzo wyraźnie: analiza nie ma wyeliminować wstydu, lecz umożliwić jego przeżywanie w obecności drugiego bez powrotu do bezwstydnego narcyzmu; tolerowanie spojrzenia otwiera wtedy drogę do smutku, żałoby i integracji. Pierwszym momentem tego procesu jest utrata niewidzialności. Schronienie psychiczne chroni podmiot przed sytuacją, w której drugi człowiek może zobaczyć zarówno jego potrzebę, jak i ograniczenie. Wyjście z kryjówki oznacza więc nie tylko „powrót do relacji", ale wejście w przestrzeń wzajemnej obserwowalności. Steiner opisuje tę fazę poprzez obrazy fortecy, zamkniętego pokoju, nagiego cesarza i wygnania z raju; ich wspólnym mianownikiem jest utrata ochronnej warstwy oddzielającej self od werdyktu rzeczywistości.

To dlatego pierwszy sygnał poprawy bywa klinicznie mylący. Nie pojawia się spokój, lecz zakłopotanie. Pacjent przestaje być całkowicie schowany, a jego uczucia stają się widoczne. Może nagle zaczerwienić się, milczeć, żartować, zmieniać temat, dewaluować sesję albo odnosić wrażenie, że analityk „widzi za dużo". Wcześniej interpretowaliśmy te reakcje jako lęk przed ekspozycją, lecz w modelu syntetycznym należy dostrzec w nich coś więcej: są one wskaźnikiem przejścia między dwiema organizacjami psychicznymi.

Od lękowego wstydu do odpowiedzialnej troski

Schronienie nie działa już tak szczelnie, lecz bardziej dojrzałe sposoby regulacji nie są jeszcze wystarczająco utrwalone. Dlatego zakłopotanie nie powinno być traktowane jedynie jako przeszkoda; może ono sygnalizować pojawienie się przestrzeni psychicznej pomiędzy bezwstydem a totalnym upokorzeniem. Człowiek, który potrafi czuć wstyd, ale nie musi w związku z tym natychmiast unicestwić siebie lub obserwatora, znajduje się w jakościowo innym położeniu niż podmiot, dla którego każde spojrzenie oznacza katastrofę. Steiner wskazuje, że właśnie "czułe nowe pędy" wymagają szczególnego szacunku, gdyż są kruche i podatne na zniszczenie przez własną lub projektowaną zawiść.

Drugim momentem architektury zmiany jest przejście od widzialności do zależności. Kiedy pacjent odkrywa, że analityk jest rzeczywiście pomocny, nie może już całkowicie utrzymywać go w roli bezwartościowego obiektu. Uznanie wartości terapeuty wprowadza jednak asymetrię: drugi posiada

coś, czego self potrzebuje. W tym punkcie pojawia się możliwość wdzięczności, lecz równocześnie wstyd wynikający z przyjęcia pomocy. Relacja może zatem zostać natychmiast przeorganizowana w konflikt – zamiast „potrzebuję cię", pojawia się przekonanie: „niesprawiedliwie wykorzystujesz swoją władzę". Wyjaśnia to, dlaczego niektóre spory terapeutyczne cechują się nieproporcjonalną intensywnością. Ramy leczenia – honorarium, czas, urlop czy zakończenie sesji – choć są realnymi elementami kontraktu, mogą stać się symbolicznym materiałem do walki o asymetrię.

Pacjent nie musi kwestionować wyłącznie konkretnej decyzji; może próbować zmienić znaczenie całej relacji z „potrzebuję czegoś od ciebie" na „muszę bronić się przed twoją przewagą". Źródło podkreśla, że te techniczne aspekty regularnie stają się wyzwalaczami wstydu, upokorzenia i walki o status. Trzeci etap można zatem określić jako pokusę dominacji. Zależność jest tu neutralizowana poprzez przekształcenie relacji w hierarchię. Jeśli podmiot zdoła podporządkować analityka lub zdewaluować jego kompetencje, asymetria znika; jeśli zaś sprowokuje go do błędu, pacjent odzyskuje pozycję oceniającego.

Z wcześniejszych analiz wynikało, że mechanizm ten może przyjmować formę jawnego ataku lub pozornej uległości. W obu przypadkach cel jest podobny: uniknięcie stanu, w którym self potrzebuje odrębnego, autonomicznego obiektu. Tutaj szczególnie wyraźnie ujawnia się znaczenie „świętego oburzenia". Materiał Steinera pokazuje przejście od zakłopotania i poczucia małości do gorączkowego poszukiwania błędu analityka, a następnie do zajęcia pozycji moralnej wyższości. Proces ten stanowi miniaturowy model całego schronienia: afekt wstydu zostaje błyskawicznie przekształcony w konflikt, w którym podmiot odzyskuje sprawczość. Nie trzeba już tolerować własnej podatności, gdyż uwagę psychiki zajmuje przewinienie drugiego.

Czwartym elementem procesu jest próba wciągnięcia obserwatora do odgrywania. Jeśli analityk odpowie defensywnie, agresywnie lub moralizatorsko, pacjent otrzyma potwierdzenie znanego mu modelu relacji. Wykluczony obserwator przestaje być trzecią pozycją umożliwiającą refleksję, a staje się prześladowczym superego. Źródło podkreśla, że pacjent może nieświadomie „wciskać" analityka w rolę należącą do patologicznej organizacji, co prowadzi do impasu. Najważniejszą kompetencją terapeuty nie jest wówczas znalezienie „bardziej trafnej" interpretacji, lecz zachowanie zdolności do refleksji nad tym, co dzieje się w relacji. Gdy terapeuta daje się sprowokować do walki, konstrukcja pacjenta zostaje odtworzona. Jeśli jednak potrafi pomieścić własną frustrację i zrezygnować z narcystycznej potrzeby zwycięstwa, tworzy przestrzeń dla nowego doświadczenia: różnica nie musi kończyć się dominacją.

Piąty moment architektury zmiany to przywrócenie trzeciej pozycji. Pacjent i analityk przestają być wyłącznie przeciwnikami, a relacja ponownie staje się przedmiotem wspólnego myślenia. Zamiast pytania „kto ma rację?", pojawia się pytanie „co się między nami wydarzyło?". Jest to jakościowa

zmiana epistemologiczna. Podmiot nie musi już utożsamiać własnego przeżycia z ostatecznym opisem rzeczywistości; może powiedzieć: „czułem się upokorzony", bez konieczności stwierdzenia: „upokorzyłeś mnie celowo". To rozróżnienie jest kluczowe dla procesu mentalizacji. Afekt pozostaje prawdziwym doświadczeniem, ale interpretacja intencji drugiego staje się jedynie hipotezą. Dzięki temu możliwe jest odzyskanie przestrzeni pomiędzy przeżyciem a działaniem. Właśnie tam zaczyna pojawiać się poczucie winy inne niż superegoidalne samopotępienie: podmiot dostrzega nie tylko to, co zrobiono jemu, ale i to, co sam zrobił obiektowi.

Szósty etap to przejście od wstydu do troski – jeden z najbardziej radykalnych punktów konstrukcji Steinera. Wstyd skupia uwagę na self widzianym przez obserwatora: „jak wyglądam?", „co on o mnie myśli?". Troska przesuwa centrum doświadczenia ku obiektowi: „co moje działanie zrobiło drugiemu?", „czy go zraniłem?". Dopóki self walczy o przetrwanie wobec rzekomego miażdżącego spojrzenia, taki ruch jest niemożliwy. Dopiero gdy wstyd staje się tolerowalny, może pojawić się depresyjna zdolność do concern, czyli odpowiedzialnej troski o obiekt.

Żałoba po omnipotencji jako droga do autonomii

Przypadek Pana E, przywoływany w źródle, stanowi miniaturowy model poprawy. Jowialność, błazeństwo i podglądacka ekscytacja chronią go przed poczuciem małości; postęp zaczyna się dopiero wtedy, gdy ekscytacja ustępuje autentycznemu smutkowi i szacunkowi dla odrębności analityka. Nie jest to przejście od uczucia „negatywnego" do „pozytywnego". Smutek może być znacznie bardziej bolesny niż ekscytacja, lecz zawiera w sobie głębszy kontakt z rzeczywistością.

Siódmy moment to uznanie straty omnipotencji. Pacjent odkrywa, że drugi człowiek nie jest ani częścią jego self, ani przedmiotem całkowitej kontroli. Nie można zagwarantować jego dostępności, wymusić troski ani cofnąć tego, co wydarzyło się w relacji. Właśnie tutaj w pełni pojawia się "werdykt rzeczywistości". Źródło określa ten kluczowy zwrot jako rezygnację z omnipotencji na rzecz przyjęcia zależności i odrębności. Termin „werdykt" może brzmieć surowo, jednak jego sens nie jest represyjny. Rzeczywistość nie karze podmiotu za posiadanie pragnień; po prostu nie gwarantuje ich spełnienia.

Inny człowiek ma własne życie. Czas płynie, ciało się zmienia, sesja się kończy, ludzie umierają. Sukces nie chroni w pełni przed stratą, a miłość nie znosi separacji. Dojrzałość psychiczna polega na rozwijaniu zdolności życia w świecie, którego nie można omnipotentnie poprawić. Ósmy etap jest zatem żałobą po omnipotencji. Nie chodzi tu wyłącznie o konkretny obiekt; podmiot musi opłakać fantazję, że mógłby nigdy nie potrzebować innych, nie być zależny, zawsze zachowywać

kontrolę i uniknąć cudzej oceny. Proces terapeutyczny dotyka w ten sposób narcystycznego rdzenia samowystarczalności. Wyjście ze schronienia wymaga utraty określonej wersji siebie.

Materiał dotyczący Mrs A ukazuje tę logikę w najbardziej dramatycznej formie. Jej przejście od odrętwienia ku zgodzie na stratę jest aktywnym wyborem życia poprzez akceptację bólu, a nie magiczne ożywienie utraconego obiektu. W szerszym modelu klinicznym ta ilustracja pokazuje, że ból nie zawsze jest przeciwieństwem zdrowienia – czasem stanowi dowód, że obrona przestała blokować rzeczywistość.

Dziewiąty etap to wycofywanie projekcji. Jest to punkt, w którym separacja przestaje być jedynie zewnętrzna, a podmiot zaczyna odzyskiwać części self wcześniej umieszczane w obiektach. Analityk nie jest już jedynym mądrym, rodzic jedynym silnym, partner jedynym zdolnym kochać, a prześladowca jedynym agresywnym. Świat wewnętrzny staje się bardziej złożony, gdyż dobro i zło przestają być radykalnie rozdzielone między osoby.

Źródło podkreśla, że samo pomieszczanie nie wystarcza: analityk musi pomagać pacjentowi odzyskiwać rzutowane części ja, a wyjście ze schronienia wymaga wspólnej pracy nad żałobą i rezygnacją z omnipotencji. Jest to w istocie definicja drugiego etapu żałoby. Dopiero wtedy self przestaje potrzebować obiektu jako depozytariusza swoich funkcji.

Dziesiątym momentem staje się autonomia myślenia. Pacjent może nadal pamiętać analityka, korzystać z doświadczeń terapii i zachować wewnętrzną więź, ale nie potrzebuje już nieustannego zewnętrznego potwierdzenia. To zasadnicza różnica między internalizacją funkcji a internalizacją autorytetu. Człowiek nie ma nauczyć się myśleć „jak terapeuta", lecz rozwijać zdolność do samodzielnego myślenia w obecności wewnętrznie zachowanej relacji, która pomogła tę funkcję wytworzyć.

W tym miejscu kończy się jedna z największych pułapek terapii: zastąpienie starego schronienia nowym. Jeśli pacjent opuszcza izolację, by funkcjonować wyłącznie poprzez terapeutyczny autorytet, zmienia formę zależności, a nie jej jakość. Dlatego Steinerowski model separacji jest znacznie bardziej wymagający niż koncepcja „dobrego przywiązania do terapeuty". Relacja musi stać się wystarczająco bezpieczna, aby można było pozwolić jej przestać być centrum psychicznego świata. Jedenastym etapem jest tolerowanie zwyczajności – pojęcie to nie zawsze zostaje nazwane wprost, lecz wyłania się z całej konstrukcji Steinera.

Dojrzałość jako zdolność do bycia widzianym i zależnym

Po porzuceniu wielkościowości i totalnego upokorzenia podmiot nie musi być ani cesarzem, ani nikim. Może po prostu być człowiekiem – ograniczonym, zależnym, posiadającym swoje mocne i słabe strony, zdolnym zarówno do sukcesu, jak i do błędu. Taka pozycja nie daje narcystycznej ekstazy, ale umożliwia budowę stabilniejszej samooceny. Z tego względu opuszczenie schronienia może początkowo być odczuwane jako utrata intensywności życia.

Patologiczne organizacje bywają dramatyczne: prześladowanie, triumf, katastrofa, oburzenie czy zemsta dostarczają silnych afektów. Pozycja depresyjna jest mniej spektakularna; mieści w sobie smutek, troskę, wdzięczność, ambiwalencję i odpowiedzialność. Klinicznie można powiedzieć, że pacjent przestaje potrzebować skrajności, aby poczuć, że istnieje. Właśnie tutaj uwidacznia się znaczenie analizowanej wcześniej zawiści. Zwyczajność wymaga bowiem uznania, że drugi człowiek może posiadać coś dobrego, nie odbierając tym samym niczego self. Cudzy sukces nie musi być narcystyczną kastracją, a wartość analityka nie jest dowodem bezwartościowości pacjenta.

Miłość partnera do innych osób nie oznacza unicestwienia związku, a rozwój drugiej osoby nie musi uruchamiać "złego oka". To zdolność zachowania własnej wartości w świecie, w którym istnieją inni wartościowi ludzie. Dwunastym etapem procesu jest zdolność do nowości. Przymus powtarzania traci swą siłę nie dlatego, że przeszłość zostaje usunięta, lecz ponieważ nie posiada już monopolu interpretacyjnego. Podmiot zaczyna dostrzegać, że obecna relacja nie musi być dokładną kopią wcześniejszych. Zamiast lękowego "to wydarzy się znowu", pojawia się otwartość: "zobaczmy, co się wydarzy". Jest to fundamentalna zmiana w przeżywaniu niepewności.

Taka postawa wymaga oczywiście ryzyka, gdyż nowe doświadczenie nie daje gwarancji dobrego końca. Terapia nie uczy, że ludzie przestaną ranić, a życie stanie się bezpieczne; uczy raczej, że ryzyko relacji nie musi być automatycznie neutralizowane przez schronienie. Dlatego najdojrzalszym efektem procesu nie jest pewność, lecz większa tolerancja niepewności bez utraty kontaktu z self.

Trzynastym elementem architektury zmiany jest zmiana funkcji spojrzenia. Na początku artykułu spojrzenie było prześladowcze, penetrujące albo degradujące – w przypadku Schrebera przyjmowało niemal ontologiczną moc. W późniejszym etapie staje się ono nośnikiem rozpoznania, a nie zawłaszczenia. Drugi może mnie widzieć, nie mając jednocześnie możliwości zdefiniowania całej mojej wartości. To być może najważniejsza przemiana całego modelu: podmiot przestaje

utożsamiać widzialność z podporządkowaniem. Może zostać zauważony w błędzie, słabości czy czułości, a mimo to zachować ciągłość self, nie czując potrzeby ucieczki ani kontrataku.

Źródło podsumowuje tę zmianę precyzyjnie: dopiero gdy pacjent potrafi wytrzymać spojrzenie analityka bez doświadczenia psychicznego zniszczenia, może opłakiwać narcystyczne iluzje i integrować części siebie wcześniej umieszczane w obiektach. W tym punkcie bycie widzianym uzyskuje wymiar pozytywny. Człowiek nie potrzebuje wyłącznie autonomii; potrzebuje rozpoznania. Self buduje się w relacji z innymi, lecz dojrzewa wtedy, gdy uznanie drugiego nie jest jedynym źródłem jego istnienia. Paradoks dojrzałości polega zatem na zdolności do bycia zależnym bez utraty autonomii oraz autonomicznym bez zaprzeczania zależności.

W ten sposób można ponownie odczytać czułość. Na początku była ona niebezpieczna, gdyż ujawniała brak. W końcowym stadium staje się możliwa, ponieważ brak nie jest już równoznaczny z małością. Człowiek może przyjąć dobro, nie czując się poniżonym; może podziękować, nie oddając swojej podmiotowości; może potrzebować, wiedząc jednocześnie, że relacja nie czyni go własnością obiektu.

Czternastym i ostatnim elementem jest integracja odpowiedzialności z godnością. W organizacji opartej na wstydzie odpowiedzialność łatwo zamienia się w totalne potępienie self, dlatego podmiot woli pozostać niewinną ofiarą, nawet za cenę urazy. W pozycji dojrzałej możliwe staje się uznanie własnej destrukcyjności bez utraty prawa do szacunku. „Zrobiłem coś złego” nie musi przechodzić w „jestem odrażający”. Wina może prowadzić do reparacji, ponieważ self pozostaje wystarczająco stabilne, by znieść prawdę o własnym czynie. W tym miejscu teoria Steinera nabiera znaczenia wykraczającego poza psychoanalizę.

Opisuje ona w istocie przejście od tożsamości opartej na kontroli obrazu siebie do tożsamości zdolnej wytrzymać korektę rzeczywistości. Człowiek nie musi już stale organizować świata tak, aby nigdy nie dostrzec własnej słabości. Może pozwolić, by doświadczenie go nauczyło, nawet jeśli nauka wymaga rezygnacji z wcześniejszej teorii self. Z naukowego punktu widzenia trzeba jednak zachować granice tej syntezy.

Dojrzałość jako zdolność do bycia widzianym

Przedstawiona architektura jest przede wszystkim modelem psychodynamicznym, wyrastającym z tradycji Steinera, Klein, Biona, Brittona i Rosenfelda. Nie należy traktować jej jako uniwersalnie potwierdzonej sekwencji etapów terapii ani biologicznego prawa rozwoju. Konstrukty takie jak identyfikacja projekcyjna, pozycja depresyjna, narcystyczne schronienie czy drugi etap żałoby

należą do konkretnego paradygmatu teoretycznego. Ich wartość tkwi w zdolności do organizowania obserwacji klinicznych i generowania interpretacji, które można konfrontować z rzeczywistym przebiegiem procesu terapeutycznego.

Siła tego modelu wynika z jego wewnętrznej spójności. Zjawiska pozornie odmienne — wstyd, dominacja, oburzenie, skandal, uraza, sabotowanie sukcesu, zawiść czy melancholia — można ująć jako różne odpowiedzi na ten sam problem: jak zachować self w obliczu rzeczywistości, w której istnieje drugi człowiek — odrębny, posiadający własne spojrzenie, dobro, pragnienia i możliwość odejścia. Schronienie redukuje ból poprzez zawężenie tej rzeczywistości; rozwój zaś wymaga jej stopniowego odzyskiwania. Zmiana nie jest zatem pojedynczym „przełomem", lecz cyklem wielokrotnie powtarzanych mikroprocesów.

Pacjent wychodzi ze schronienia, zostaje zauważony i doświadcza wstydu; próbuje odzyskać kontrolę, prowokuje, wycofuje się, by ponownie nawiązać kontakt. Odkrywa własny udział w dynamice relacji, przeżywa smutek, odzyskuje projekcję i na pewien czas osiąga większą separację. Następnie podobny cykl rozpoczyna się na innym poziomie. Nie jest to porażka terapii, lecz właśnie tak wygląda proces stopniowego poszerzania tolerancji dla rzeczywistości.

Podsumowanie Steinera podkreśla, że opór nie jest zwykłym brakiem współpracy, lecz może wynikać z lęku przed destrukcyjnym spojrzeniem, wstydu i zawiści. Praktyka kliniczna wymaga zatem jednoczesnego respektowania godności pacjenta, analizy pola władzy, wspierania wycofywania projekcji oraz unikania sado-masochistycznego odgrywania mocy. To syntetyczne ujęcie stanowi najważniejszą techniczną konsekwencję całej teorii.

Człowiek nie opuszcza schronienia dlatego, że świat nagle okazuje się nieszkodliwy, lecz gdy przestaje czuć potrzebę kontrolowania świata, aby zachować siebie. Inni nadal mogą krytykować, odrzucać, zazdrościć lub odchodzić; własne ograniczenia pozostają, a straty są nieodwracalne. Różnica polega na tym, że żadna z tych prawd nie musi automatycznie oznaczać "morderstwa duszy". Najdojrzalszym rezultatem zmiany nie jest triumf nad wstydem, lecz możliwość zarumienienia się bez potrzeby ucieczki; nie zwycięstwo nad zależnością, lecz zdolność do potrzebowania bez poddaństwa; nie brak agresji, lecz możliwość jej rozpoznawania bez przekształcania w totalną dominację; nie niewrażliwość na stratę, lecz zdolność do żałoby; nie brak spojrzenia innych, lecz możliwość pozostawania w jego zasięgu bez oddawania mu całej definicji własnej wartości. W tym punkcie Steinerowska teoria „widzenia i bycia widzianym" osiąga swoją antropologiczną pełnię.

Człowiek staje się psychicznie wolniejszy nie wtedy, gdy przestaje potrzebować innych, lecz gdy może potrzebować ich jako osób odrębnych. Odrębność, która wcześniej była źródłem upokorzenia,

staje się warunkiem relacji. Widzialność, dawniej rozumiana jako zagrożenie, staje się warunkiem rozpoznania. A żałoba po omnipotencji okazuje się nie klęską self, lecz ceną jego bardziej rzeczywistej autonomii.

Od psychoanalizy do nauk o relacji: przywiązanie, mentalizacja, status, stres społeczny i filozofia spojrzenia

Interdyscyplinarne rozszerzenie teorii Steinera wymaga szczególnej ostrożności metodologicznej. Najłatwiejszym, lecz naukowo najsłabszym rozwiązaniem byłoby zestawienie pojęć psychoanalitycznych z wynikami neuronauki, psychologii poznawczej czy teorii przywiązania i uznanie, że opisują one to samo. Nie opisują. Schronienie psychiczne, identyfikacja projekcyjna, pozycja depresyjna i narcystyczne upokorzenie należą do specyficznego języka klinicznego. Kortyzol, przymierze terapeutyczne, mentalizacja czy neuronalna reakcja na odrzucenie są konstruowane i mierzone w innych paradygmatach. Interdyscyplinarność zyskuje wartość dopiero wtedy, gdy nie zaciera tych różnic, lecz poszukuje zbieżności funkcjonalnych — różnych sposobów opisywania tego, jak człowiek reguluje własne bezpieczeństwo, autonomię, status i zdolność uczenia się w relacji z innymi. Pierwszym takim mostem jest współczesna psychobiologia zagrożenia społeczno-oceniającego.

Biologiczne i relacyjne fundamenty lęku przed spojrzeniem

Klasyczna metaanaliza Sally Dickerson i Margaret Kemeny, obejmująca 208 badań laboratoryjnych, wykazała, że zadania niosące ryzyko negatywnej oceny społecznej – zwłaszcza gdy towarzyszy im brak kontroli – generują najsilniejsze i najdłużej utrzymujące się reakcje kortyzolowe. Wynik ten nie dowodzi istnienia Steinerowskiego "złego oka" ani psychicznego schronienia, lecz potwierdza istotniejszą tezę ogólną: bycie ocenianym przez innych nie jest jedynie abstrakcyjnym zdarzeniem poznawczym, ale może mobilizować biologiczne systemy stresu. Znaczenie tej obserwacji dla problemu wstydu jest kluczowe.

Człowiek nie reaguje wyłącznie na fizyczne zagrożenie organizmu. Zagrożenie społecznemu self – kompromitacja, odrzucenie, utrata pozycji czy negatywna ocena – może wywołać intensywną odpowiedź afektywną i fizjologiczną. Dickerson, Gruenewald i Kemeny wiązali procesy społecznej ewaluacji właśnie ze wstydem oraz zagrożeniem dla społecznego self.

W tym zakresie kliniczna intuicja Steinera znajduje empiryczny odpowiednik: człowiek opuszczający schronienie może doświadczać spojrzenia nie jako neutralnej percepcji, lecz jako

potencjalnego zdarzenia regulującego jego pozycję w świecie społecznym. Nie oznacza to oczywiście, że wstyd można "sprowadzić do kortyzolu". Fizjologia stresu nie wyjaśnia bowiem, dlaczego jeden człowiek po krytyce czuje chwilowe zakłopotanie, inny przeżywa globalną degradację self, a jeszcze inny reaguje agresją.

Nie mówi ona również, jakie znaczenie ma osoba krytykująca w historii danej relacji. Wskazuje jedynie, że psychoanalityczna problematyka widzialności dotyka mechanizmu o znacznie szerszym zasięgu: ludzki organizm jest biologicznie wrażliwy na społeczną ocenę. Współczesna neuronauka społeczna wzmacnia ten wniosek, choć i tutaj należy unikać uproszczeń. Nie istnieje pojedynczy "ośrodek wstydu" ani konkretny "obszar mózgu odpowiedzialny za lęk przed spojrzeniem". Przeglądy badań nad stresem społecznym wskazują raczej na rozproszone zaangażowanie struktur uczestniczących w przetwarzaniu saliencji, samoodniesieniu, znaczeniu społecznym i regulacji emocji. W badaniach nad społeczną oceną powtarzają się między innymi aktywacje wyspy, wzgórza i obszarów czołowych, podczas gdy odrzucenie społeczne angażuje dodatkowo sieci związane z oceną własnej sytuacji i regulacją zachowania. Wniosek powinien więc brzmieć skromnie: doświadczenie bycia ocenianym ma rozpoznawalny wymiar neurokognitywny, lecz jego indywidualne znaczenie kształtuje się na styku biologii, historii uczenia, struktury self i kontekstu społecznego.

Szczególnie interesujące są nowsze badania traktujące odrzucenie nie tylko jako "ból społeczny", ale jako informację o wartości relacyjnej. Badania neurokomputacyjne z 2024 roku sugerują, że ludzie uczą się nie tylko tego, czy interakcja przyniosła nagrodę, lecz również tego, jak dużą wartość przypisuje im partner; oba rodzaje informacji mogą być przetwarzane w odmienny sposób.

To spostrzeżenie niezwykle dobrze współgra z problemem Steinerowskiego spojrzenia. Obserwator nie jest dla self jedynie źródłem nagrody lub kary. Jego reakcja dostarcza odpowiedzi na pytania: "ile dla niego znaczę?", "jak mnie widzi?", "czy należę?", "czy jestem godny dalszej relacji?". Psychoanaliza ujmuje ten problem poprzez obiekt i jego spojrzenie, psychologia społeczna mówi o wartości relacyjnej, a teoria statusu – o pozycji.

Każdy z tych języków akcentuje inną stronę mechanizmu. Wspólnym mianownikiem jest jednak fakt, że człowiek jest organizmem, którego poczucie bezpieczeństwa częściowo budowane jest poprzez odpowiedź innych ludzi. Dlatego autonomia psychiczna nigdy nie jest absolutną niezależnością od informacji społecznej; jest raczej zdolnością do korzystania z tej informacji bez pozwalania, by pojedynczy obserwator całkowicie zdefiniował self.

Drugim istotnym mostem interdyscyplinarnym jest teoria przywiązania. W przeciwieństwie do metapsychologii popędowej wywodzi się ona z etologicznie inspirowanego modelu regulacji

bezpieczeństwa w relacjach z opiekunami. W dorosłości jej współczesne wersje badają m.in. różnice w regulowaniu bliskości, poszukiwaniu wsparcia i reagowaniu na zagrożenie dostępności znaczącej osoby. Związek z teorią Steinera staje się widoczny w pytaniu: czy zależność od drugiego jest przeżywana jako źródło bezpieczeństwa, czy jako zagrożenie autonomii?

Metaanaliza dotycząca stylu przywiązania i przymierza terapeutycznego wykazała niewielki, lecz statystycznie istotny związek między większym bezpieczeństwem przywiązania a silniejszym przymierzem terapeutycznym (efekt r = 0,17). Inna metaanaliza 36 badań obejmujących ponad trzy tysiące pacjentów wskazała, że większe bezpieczeństwo przywiązania przed terapią wiązało się przeciętnie z korzystniejszym wynikiem leczenia, a wzrost bezpieczeństwa w trakcie procesu mógł współwystępować z lepszym rezultatem. Dane te nie potwierdzają bezpośrednio psychoanalitycznej teorii schronień, ale pokazują, że sposób organizowania zależności ma realne znaczenie dla przebiegu terapii. Z tej perspektywy Steinerowska trudność w przyjmowaniu czułości może zostać przełożona na język regulacji systemu przywiązania. Pacjent unika nie tyle samej osoby terapeuty, co stanu psychicznego, który powstaje, gdy terapeuta zaczyna być dla niego ważny.

Ważność tworzy możliwość ukojenia, ale i ryzyko utraty. Bliskość jest więc jednocześnie zasobem i podatnością. Dla osoby o unikającym stylu regulacji przywiązania ograniczanie znaczenia własnych potrzeb może chronić przed zależnością; w konfiguracjach lękowych przeciwnie – bezpieczeństwo poszukiwane jest poprzez intensywne monitorowanie dostępności obiektu. Steinerowski pacjent, który dewaluuje analityka tuż po doświadczeniu jego pomocy, może być opisywany psychodynamicznie jako broniący się przed czułością, lecz na innym poziomie można mówić o dezaktywacji zależności w odpowiedzi na wzrost znaczenia więzi.

Mentalizacja i zaufanie epistemiczne jako pomosty do autonomii

Teorie te nie są jednak tożsame. Przywiązanie samo w sobie nie wyjaśnia zawiści, fantazji omnipotentnych, funkcjonowania superego czy przeniesieniowej walki o dominację. Z kolei psychoanaliza często formułowała historycznie twierdzenia rozwojowe, które trudniej poddać empirycznej operacjonalizacji. Najbardziej produktywny model interdyscyplinarny nie szuka więc prostego zwycięzcy: teoria przywiązania dostarcza rozwiniętego aparatu badań nad bezpieczeństwem relacji, natomiast Steiner oferuje drobnoziarnistego języka dla tego, co zależność może znaczyć narcystycznie.

Trzecim pomostem jest teoria mentalizacji. Mentalizowanie to zdolność rozumienia zachowań własnych i innych w kategoriach stanów psychicznych — przekonań, intencji, emocji, pragnień i perspektyw — przy jednoczesnej świadomości, że są one reprezentacjami, a nie bezpośrednim odczytem rzeczywistości. Współczesne podejścia podkreślają, że zdolność ta jest szczególnie podatna na załamanie w stanach silnego pobudzenia i aktywacji systemu przywiązania. To właśnie w tym punkcie spotkanie ze Steinerem okazuje się szczególnie owocne.

W pozycji prześladowczej pacjent nie doświadcza stanu: „wydaje mi się, że analityk patrzy na mnie z pogardą". Doświadcza raczej: „analityk mną gardzi". W pierwszym zdaniu istnieje mentalna przestrzeń między przeżyciem a rzeczywistością; w drugim zostaje ona zamknięta. To, co Britton opisywał jako utratę trzeciej pozycji, można funkcjonalnie zestawić z załamaniem mentalizacji: podmiot traci zdolność oglądania własnego doświadczenia jako jednej perspektywy pośród wielu. Współczesna terapia oparta na mentalizacji nie polega na przekonywaniu pacjenta do błędności jego interpretacji, lecz na odzyskaniu ciekawości wobec stanów umysłu. Kluczowe znaczenie ma tu stabilizowanie pobudzenia, eksplorowanie relacji interpersonalnych, rozpoznawanie momentów utraty mentalizacji oraz naprawianie pęknięć w przymierzu terapeutycznym. Steinerowski analityk zachowujący „trzecią pozycję" i terapeuta mentalizujący pełnią zatem pokrewną funkcję: starają się zapobiec sytuacji, w której jeden afekt staje się jedyną dopuszczalną definicją relacji.

Jeszcze ciekawszym rozwinięciem mentalizacji jest pojęcie zaufania epistemicznego. Fonagy i współpracownicy opisują je jako zdolność uznawania informacji przekazywanych przez innych za wiarygodne, istotne i możliwe do zastosowania poza bezpośrednim kontekstem relacji. Nowsze opracowania wskazują, że psychoterapia może działać nie tylko poprzez treść interpretacji, lecz poprzez odbudowę samej zdolności uczenia się od drugiego człowieka. Otwiera to interesującą reinterpretację Steinerowskiego problemu czułości.

Pacjent nie może skorzystać z wiedzy analityka, dopóki sam fakt jej przyjęcia oznacza dla niego narcystyczne podporządkowanie. Zaufanie epistemiczne wymaga przekonania, że drugi posiada informację wartościową, ale jej przyjęcie nie odbiera odbiorcy podmiotowości. Badanie z 2023 roku dotyczące operacjonalizacji tego zjawiska ujmuje tę relację poprzez doświadczenie rozpoznania: „widzę, że rozpoznajesz mnie, dlatego mogę ci zaufać". Pozwala to zbudować silny most między „byciem widzianym" a zdolnością uczenia się.

Jeżeli spojrzenie drugiego przeżywane jest jako kolonizacja, krytyka albo próba dominacji, informacja od niego również staje się niebezpieczna. Pacjent nie odrzuca wtedy wyłącznie interpretacji; odrzuca samą pozycję uczącego się. Zależność epistemiczna jest bowiem jedną z najbardziej pierwotnych asymetrii społecznych: ktoś wie coś, czego ja jeszcze nie wiem. Dojrzałość polega nie na usunięciu tej asymetrii, lecz na zdolności korzystania z cudzej wiedzy bez poczucia

utraty godności. W tym kontekście literatura dotycząca przymierza terapeutycznego ma wyjątkowe znaczenie. Duża metaanaliza obejmująca ponad 14 tysięcy terapii wykazała stabilny związek między jakością przymierza a rezultatem procesu (około r = 0,275). Przegląd z 2024 roku potwierdza, że przymierze pozostaje jednym z najkonsekwentniej badanych czynników terapii, mimo różnorodności narzędzi pomiarowych. W świetle teorii Steinera nie wystarczy jednak stwierdzić, że „dobre przymierze pomaga". Najciekawsze pytanie dotyczy momentów, w których to właśnie dobre przymierze staje się zagrożeniem.

Jeżeli relacja zaczyna działać, może uruchamiać lęk przed zależnością, utratą, wdzięcznością i byciem widzianym. Dlatego pogorszenie relacji nie zawsze oznacza, że wcześniejsze przymierze było pozorne. Czasami świadczy wręcz o tym, że stało się ono wystarczająco ważne, by uruchomić głębsze mechanizmy obronne.

Interdyscyplinarne ugruntowanie lęku przed spojrzeniem i paradoks uznania

Kolejną płaszczyzną analizy jest psychologia statusu i rangi społecznej. Paul Gilbert rozwinął model, w którym ludzkie systemy emocjonalne pozostają wrażliwe na porażkę, podporządkowanie, odrzucenie oraz względną pozycję wobec innych. Teoria rangi społecznej interpretuje między innymi depresyjność przez pryzmat doświadczenia klęski i „uwięzienia" w niekorzystnej pozycji. Systematyczny przegląd 70 badań wskazał, że niższe postrzegane miejsce w hierarchii wiązało się z większym nasileniem objawów depresyjnych, choć przekrojowy charakter większości analiz ogranicza możliwość wyciągania wniosków przyczynowych. Nowsze badania integrujące teorię rangi społecznej z koncepcją „hierometru" wykazały związki statusu z samooceną, depresją, lękiem i wstydem; w serii sześciu badań wyższy status korelował z wyższą samooceną oraz mniejszym nasileniem tych negatywnych emocji. Z punktu widzenia Steinera kluczowe jest to, że różnica między ludźmi może zostać bardzo łatwo przetłumaczona przez psychikę na pionowy wymiar rangi. Terapeuta wie więcej - więc "jest wyżej". Pacjent potrzebuje pomocy - więc "jest niżej". Drugi jest spokojniejszy - więc "wygrywa". Ktoś ma coś wartościowego - więc ja "przegrywam".

W organizacji zdolnej do relacyjnej elastyczności lokalne różnice nie muszą determinować całej samooceny. W strukturze podatnej na wstyd mogą one zostać zinterpretowane globalnie jako degradacja. To właśnie tutaj psychoanalityczne pojęcie narcystycznego upokorzenia spotyka się z empirycznymi teoriami statusu. Gilbert od dawna argumentował, że wstyd i upokorzenie należy analizować w kontekście ludzkiej wrażliwości na społeczną atrakcyjność i ocenę. Systematyczny przegląd badań nad wstydem i lękiem społecznym potwierdza ścisły związek obu zjawisk,

obejmujący między innymi negatywne obrazy self, oczekiwanie krytycznej oceny oraz procesy poznawcze następujące po ekspozycji społecznej. Steinerowski lęk przed „zostaniem zobaczonym" nie jest więc fenomenem egzotycznym z perspektywy współczesnej psychologii; jego specyfika polega raczej na głębokości interpretacji tego zagrożenia dla narcystycznej organizacji self.

Warto w tym miejscu odwołać się do filozofii uznania, zaczynając od Hegla. W „Fenomenologii ducha" samowiedza nie jest czymś w pełni samowystarczalnym – konstytuuje się ona w relacji uznania pomiędzy podmiotami. Współczesne interpretacje podkreślają, że heglowska autonomia nie oznacza izolacji, lecz zależy od wzajemnego rozpoznania innych jako osób równie autonomicznych. Jest to niezwykle istotne dla naszego wywodu, gdyż pozwala inaczej sformułować problem narcystycznej suwerenności. Człowiek pragnący całkowitej niezależności od spojrzenia innych dąży do stanu antropologicznie niemożliwego, ponieważ self powstaje i funkcjonuje w świecie wzajemnego uznania. Problemem nie jest zatem sama zależność od rozpoznania, lecz jego forma. Jeśli uznanie może pochodzić tylko od podmiotu podporządkowanego – jak w klasycznym układzie pana i niewolnika – staje się ono niestabilne. Pan pragnie być uznany, lecz jednocześnie dewaluuje osobę, od której tego uznania potrzebuje, niszcząc tym samym źródło własnego potwierdzenia. Trudno nie dostrzec tu analogii z narcyzmem.

Pacjent potrzebuje analityka, ale aby uniknąć poczucia zależności, dewaluuje go. Jeśli jednak analityk staje się bezwartościowy, jego podziw lub pomoc również tracą na znaczeniu. Podmiot wpada w pętlę: potrzebuje uznania kogoś wartościowego, ale wartość drugiego zagraża jego własnej przewadze. Heglowska teoria uznania i steinerowska teoria zależności spotykają się więc w paradoksie uznania, które jest niezbędne, lecz nie może zostać przyjęte bez zaakceptowania autonomii osoby uznającej.

Sartre przesuwa ten problem w stronę bardziej dramatyczną. W analizie „spojrzenia" w „Bycie i nicości" pojawienie się Innego oznacza odkrycie, że mogę stać się dla niego przedmiotem. Wstyd jest tu doświadczeniem siebie jako widzianego spoza własnej perspektywy. Współczesne opracowania Sartre'a podkreślają związek spojrzenia, wstydu i intersubiektywności, co jest niezwykle bliskie opisom Steinera. Podobieństwo to nie powinno jednak przesłonić różnicy: Sartre konstruuje przede wszystkim fenomenologię i ontologię relacji z Innym, podczas gdy Steiner opisuje mechanizmy obronne konkretnych pacjentów. Mimo to Sartre dostarcza trafnego języka dla momentu, w którym człowiek odkrywa, że nie posiada monopolu na definicję siebie – jest również tym, kim jawi się drugiemu. Narcystyczne schronienie można w tym świetle interpretować jako próbę uniknięcia owej ontologicznej niepewności. Ograniczając kontakt, niszcząc wartość obserwatora lub podporządkowując jego spojrzenie, podmiot stara się uniknąć doświadczenia siebie jako kogoś istniejącego poza własną narracją. Model Sartre'a jest jednak znacznie bardziej

konfliktowy niż heglowska możliwość wzajemnego uznania; w jego analizie spojrzenie łatwo przeobraża się w walkę o uprzedmiotowienie: albo ja ustanawiam drugiego obiektem, albo sam nim zostaję.

Właśnie z tego powodu Sartre jest tak użyteczny dla rozumienia paranoidalnego rozwiązania zależności, lecz mniej wystarczający do opisu dojrzałej relacyjności. Steinerowska pozycja depresyjna zakłada możliwość czegoś, co Sartre często problematyzuje: bycia oglądanym przez odrębnego człowieka bez konieczności zwycięstwa którejkolwiek ze stron. Trzeci filozoficzny kontrapunkt stanowi Michel Foucault.

Spojrzenie jako realna władza i projekcja

Analiza spojrzenia u Foucaulta nie dotyczy przede wszystkim intymnej relacji dwóch osób, lecz instytucjonalnej technologii obserwacji. W modelu dyscyplinarnym hierarchiczna obserwacja, normalizujący sąd i egzamin pozwalają kształtować podmioty, które zaczynają kontrolować siebie w obliczu stałej możliwości bycia obserwowanymi. Panoptyzm działa skutecznie właśnie dlatego, że realny obserwator nie musi być stale obecny; wystarczy sama internalizacja potencjalnego spojrzenia. To istotnie poszerza perspektywę Steinera.

Nie każde krytyczne spojrzenie jest zatem fantazją pacjenta czy pochodną wewnętrznego superego. Człowiek funkcjonuje w instytucjach, które mierzą, klasyfikują, diagnozują i dokumentują. Szpital psychiatryczny, szkoła, firma, sąd czy system administracyjny generują realną asymetrię widzenia. Pacjent bywa obserwowany i oceniany przez profesjonalistów, których wiedza ma bezpośrednie konsekwencje dla jego statusu prawnego i społecznego. Foucault przypomina psychoanalizie, że władza spojrzenia nie jest wyłącznie projekcją – to zastrzeżenie o ogromnym znaczeniu etycznym.

Interpretowanie każdego lęku przed oceną jako narcystycznej patologii mogłoby bowiem reprodukować właśnie tę formę władzy, którą pacjent próbuje opisać. Lęk przed psychiatryczną diagnozą może wynikać z faktu, że prowadzi ona do hospitalizacji, ograniczenia autonomii czy stygmatyzacji. Obawa przed przełożonym jest uzasadniona, gdy ten faktycznie dysponuje władzą nad zatrudnieniem pracownika. Model Steinera staje się naukowo i klinicznie użyteczny dopiero wtedy, gdy pozwala rozróżnić wyobrażone prześladowanie od realnej asymetrii instytucjonalnej.

Hegel, Sartre i Foucault pozwalają opisać trzy różne aspekty widzialności. Hegel wskazuje, że self potrzebuje wzajemnego uznania; Sartre – że cudze spojrzenie nieuchronnie czyni nas obiektem dla innej świadomości; Foucault zaś – że obserwacja może zostać zorganizowana instytucjonalnie jako technologia normalizacji. Steiner dodaje czwarty wymiar: analizę tego, jak konkretna psychika

broni się przed faktami relacyjności, gdy przeżywa je jako upokorzenie, penetrację lub utratę omnipotencji. Dopiero zestawienie tych perspektyw pozwala uniknąć dwóch skrajności. Pierwsza redukuje wszystko do psychiki („to tylko projekcja"), druga zaś do struktury społecznej („to wyłącznie efekt władzy"). Doświadczenie jednostki powstaje na styku obu poziomów: realnie hierarchiczna sytuacja może uruchamiać dawne fantazje upokorzenia, a fantazje mogą z kolei prowadzić do przeceniania wrogości w sytuacji względnie bezpiecznej.

Klinicysta musi rozpoznawać oba te mechanizmy. Współczesne badania nad przywiązaniem samych terapeutów przypominają dodatkowo, że obserwator nie jest neutralny. Systematyczny przegląd z 2024 roku, obejmujący 42 badania nad stylem przywiązania i introjektem terapeuty, sugeruje, że większe bezpieczeństwo przywiązania klinicysty może sprzyjać korzystniejszym procesom przymierza, choć jakość większości tych badań oceniono jako słabą, a ich wpływ na końcowe rezultaty leczenia pozostaje niejasny. Jest to ważna przeciwwaga dla teorii przypisujących całą dynamikę pacjentowi. Terapeuta również posiada historię relacyjną, wrażliwość narcystyczną i własne mechanizmy regulowania odrzucenia.

Dlatego dojrzała teoria przeniesienia powinna być dwupodmiotowa. Nie wystarczy stwierdzić, że pacjent projektuje prześladowcę; należy zapytać, dlaczego określony terapeuta w danym momencie zaczął zachowywać się prześladowczo. Nie wystarczy uznać, że pacjent prowokuje dominację – trzeba zbadać, dlaczego analityk odczuł potrzebę tę dominację odzyskać.

Dojrzałość jako elastyczna nawigacja między autonomią a zależnością

Relacja terapeutyczna nie jest czystym ekranem dla przeszłości pacjenta; jest wydarzeniem tworzonym przez dwa realne układy psychiczne, choć odpowiedzialność zawodowa za ramy procesu pozostaje asymetryczna. Z tej perspektywy interdyscyplinarny model zmiany można sformułować następująco: biologiczny system stresu reaguje na społeczną ocenę; historia przywiązania współokreśla sposób regulowania zależności; status społeczny i porównania wpływają na samoocenę oraz wstyd; mentalizacja umożliwia zachowanie wielu perspektyw; zaufanie epistemiczne pozwala uczyć się od innych; przymierze terapeutyczne tworzy relacyjną platformę zmiany; instytucje organizują asymetrię spojrzenia, a psychodynamiczne mechanizmy opisują, jak konkretne self próbuje z tym wszystkim żyć bez utraty poczucia ciągłości.

Schronienie psychiczne można więc potraktować jako model wyższego poziomu organizacji. Nie oznacza ono pojedynczego mechanizmu neuronalnego ani jednego stylu przywiązania, lecz jest

hipotetyczną konfiguracją, w której wiele procesów zostaje podporządkowanych wspólnemu celowi: ograniczeniu ekspozycji na nieznośne stany związane z zależnością, odrębnością, oceną i stratą.

Jego siła wynika z koordynacji. Unikanie zmniejsza ekspozycję, dewaluacja redukuje wartość obiektu, dominacja ogranicza zależność, uraza chroni niewinność, prowokacja kontroluje reakcję obserwatora, a przymus powtarzania utrzymuje znane środowisko psychiczne. Właśnie dlatego skuteczne leczenie nie może oddziaływać wyłącznie na jeden element.

Sama korekta poznawcza może pozostać jedynie intelektualna; sama czułość może uruchomić wstyd; sama ekspozycja może zostać przeżyta jako przemoc; sama interpretacja może stać się demonstracją przewagi; samo pomieszczanie może utrwalić zależność. Zmiana wymaga jednoczesnego wzrostu tolerancji pobudzenia, mentalizacji, zdolności przyjmowania pomocy, samodzielnego myślenia i żałoby po poprzedniej organizacji self.

Taka interdyscyplinarna rekonstrukcja pozwala inaczej zdefiniować zdrowie psychiczne. Nie jest nim maksymalna niezależność, nieustannie wysoka samoocena ani brak wrażliwości na opinię innych. Człowiek całkowicie niewrażliwy na uznanie społeczne byłby równie problematyczny, jak ten od niego całkowicie uzależniony. Zdrowie polega raczej na elastycznym przechodzeniu pomiędzy autonomią a zależnością, samowiedzą a informacją społeczną, przywiązaniem a separacją. Dojrzały człowiek może zatem zostać oceniony negatywnie i zastanowić się, czy krytyka jest trafna, bez natychmiastowej degradacji całego self. Może uznać cudzą przewagę kompetencyjną bez odczuwania globalnej niższości. Może poprosić o pomoc bez doświadczenia niewoli. Może podejrzewać własną interpretację intencji drugiego. Może domagać się sprawiedliwości bez oddawania krzywdzicielowi całej przyszłości. Może przeżywać stratę bez magicznego zaprzeczania czasowi. Może też zostać zobaczony w niedoskonałości bez konieczności natychmiastowego skandalu, odwetu czy ukrycia.

W tym miejscu Heglowskie uznanie, Sartre'owskie spojrzenie, Foucaultowska analiza obserwacji, Bowlby'owska tradycja przywiązania, teoria mentalizacji i Steinerowski model schronienia tworzą interesującą, choć niejednorodną konstelację. Wszystkie te nurty przypominają, że podmiotowość nie powstaje w samotności. Człowiek jest istotą oglądaną, uznawaną, ocenianą, uczącą się od innych i zależną od struktur społecznych. Różnią się jedynie odpowiedzią na pytanie, czy ta relacyjność prowadzi przede wszystkim do rozwoju, konfliktu, kontroli czy patologii.

Najbardziej produktywna odpowiedź nie wymaga wyboru jednej z tych możliwości. Relacja może być równocześnie źródłem rozwoju i narzędziem władzy. Spojrzenie może rozpoznawać i uprzedmiotawiać. Autorytet może uczyć i dominować. Czułość może leczyć i zawstydzać. Zależność

może zapewniać bezpieczeństwo i stwarzać podatność na wykorzystanie. To właśnie zdolność utrzymywania tych podwójności jest cechą dojrzałego myślenia, którego psychoanalitycznym odpowiednikiem pozostaje pozycja depresyjna.

W tym świetle szczególnego znaczenia nabiera centralna teza całego artykułu: lęk przed byciem widzianym nie jest marginalnym objawem narcystycznej wrażliwości, lecz jednym z podstawowych problemów ludzkiej relacyjności. Zawiera on jednocześnie pytanie biologiczne o reakcję na ocenę, społeczne o status i wykluczenie, rozwojowe o przywiązanie, poznawcze o interpretowanie cudzych intencji, polityczne o władzę obserwatora, filozoficzne o konstytucję self oraz kliniczne o możliwość korzystania z drugiego człowieka bez utraty własnej podmiotowości.

Steinerowski model nabiera w tym interdyscyplinarnym otoczeniu większej wartości, pod warunkiem że zostanie pozbawiony aspiracji do bycia jedynym wyjaśnieniem. Jego szczególny wkład polega na pokazaniu czegoś, czego modele laboratoryjne często nie chwytają: poprawa sama w sobie może zostać przeżyta jako zagrożenie, ponieważ zmienia układ relacyjny, który organizował self. Dane o przymierzu, przywiązaniu, wstydzie czy stresie społecznym wskazują komponenty tego procesu; kliniczna teoria schronienia próbuje natomiast wyjaśnić, dlaczego elementy te mogą połączyć się w uporczywą organizację obronną.

Można więc zamknąć wywód tezą, że najważniejszym procesem terapeutycznym nie jest "przekonanie pacjenta, że jest bezpieczny". Nie zawsze tak jest. Nie jest nim również stworzenie relacji pozbawionej oceny, asymetrii czy straty, ponieważ taka relacja po prostu nie istnieje. Zadaniem terapii staje się raczej zwiększenie zdolności do pozostawania w kontakcie z własnym i cudzym umysłem w warunkach niepełnego bezpieczeństwa, bez natychmiastowej ucieczki w dominację, rozszczepienie, skandal, urazę albo izolację.

Wpływ kultury permanentnej widzialności na mechanizmy psychiczne

To właśnie ten punkt otwiera drogę do rozważań w wymiarze społecznym i kulturowym. Jeżeli jednostka tak silnie reaguje na widzialność, ocenę, rangę i spojrzenie, to społeczeństwa masowej ekspozycji — media społecznościowe, kultura reputacji, permanentne mierzenie wyników, publiczne zawstydzanie, internetowe oburzenie i cyfrowa archiwizacja błędów — mogą tworzyć środowisko szczególnie intensywnie aktywujące mechanizmy opisane przez Steinera. Problem "lęku przed byciem widzianym" można zatem przenieść z gabinetu do sfery permanentnej widzialności,

gdzie prywatne mechanizmy wstydu, dominacji i urazy spotykają się z algorytmiczną ekonomią uwagi, reputacji i skandalu.

> Ostatecznie wolność psychiczna nie objawia się w całkowitym uniezależnieniu od spojrzenia drugiego człowieka, lecz w odwadze bycia widzianym w swojej kruchości. Prawdziwa autonomia rodzi się z paradoksu: dopiero gdy przestajemy traktować zależność jako upokorzenie, a cudzą odrębność jako zagrożenie, możemy przestać kontrolować świat, by ratować siebie. Czy zatem najwyższą formą dojrzałości nie jest właśnie ta cicha zgoda na to, by być po prostu człowiekiem – ograniczonym i niedoskonałym, lecz wreszcie rzeczywistym?

Inspiracje

[1] "Seeing and Being Seen" John Steiner

Dr **John Steiner** (ur. 1934) jest wybitnym brytyjskim psychiatrą i psychoanalitykiem, powszechnie uważanym za czołową postać w psychoanalizie postkleinowskiej. Jest analitykiem szkoleniowym i superwizorem Brytyjskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego, a wcześniej pracował jako psychiatra w Szpitalu Maudsley w Londynie. Steiner zyskał międzynarodową sławę dzięki wprowadzeniu wpływowych koncepcji „psychicznych wyciszeń" i „patologicznych organizacji osobowości". Jego ramy teoretyczne wyjaśniają, w jaki sposób pacjenci konstruują złożone systemy obronne, aby schronić się przed nieznośnymi lękami związanymi zarówno z postawą paranoidalno-schizoidalną, jak i depresyjną. Jego obszerne prace kliniczne poruszają również kwestie wstydu, narcystycznego upokorzenia, psychologicznego wpływu widzenia i bycia widzianym oraz złożoności żałoby. W 2016 roku Steiner został uhonorowany prestiżową nagrodą Sigourney Award w uznaniu jego wybitnego wkładu w psychoanalizę.

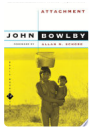
*Dr. **John Steiner** (born 1934) is a prominent British psychiatrist and psychoanalyst, widely regarded as a leading figure in post-Kleinian psychoanalysis. He is a Training and Supervising Analyst of the British Psychoanalytical Society and formerly served as a psychiatrist at the Maudsley Hospital in London. Steiner is renowned internationally for introducing the influential concepts of 'psychic retreats' and 'pathological organizations of the personality.' His theoretical framework explains how patients construct complex defensive systems to take refuge from the intolerable anxieties associated with both the paranoid-schizoid and depressive positions. His extensive clinical writings also explore issues of shame, narcissistic humiliation, the psychological impact of seeing and being seen, and the complexities of mourning. In 2016, Steiner was honored with the prestigious Sigourney Award in recognition of his outstanding contributions to psychoanalysis.*

British Psychoanalytical Society

Literatura uzupełniająca

Książki

Książki autorów przywoływanych i literatura pokrewna:



[1] **"attachment theory"**

John Bowlby

Hachette UK | ISBN: 9780786722730

Artykuły naukowe

Prace autorów przywoływanych w tekście:

[1] **"The Turning Point: From Psychobiology to Object-Relations"**

H. Sullivan, Melanie R Klein

2018 | DOI: 10.4324/9780429479113-3

Źródło

[2] **"On a quotation from Freud 1976"**

Wilfred R. Bion

2018 | Clinical Seminars and other works | DOI: 10.4324/9780429472985-8

Źródło

[3] **"Learning From Experience"**

W. Bion, R. Hinshelwood

2023 | DOI: 10.4324/9781003411840

Źródło

[4] **"When the Social Self Is Threatened: Shame, Physiology, and Health"**

Sally S. Dickerson, Tara L. Gruenewald, Margaret E. Kemeny

2004 | Journal of Personality | DOI: 10.1111/j.1467-6494.2004.00295.x

Źródło

[5] **"Immunological Effects of Induced Shame and Guilt"**

Sally S. Dickerson, Margaret E. Kemeny, Najib Aziz, Kevin H. Kim, John L. Fahey

2004 | Psychosomatic Medicine | DOI: 10.1097/01.psy.0000097338.75454.29

Źródło

[6] **"Assessing the relationship between rumination and cortisol: A review"**

Peggy M. Zoccola, Sally S. Dickerson

2012 | Journal of Psychosomatic Research | DOI: 10.1016/j.jpsychores.2012.03.007

Źródło

[7] **"Acute Threat to the Social Self: Shame, Social Self-esteem, and Cortisol Activity"**

Tara L. Gruenewald, Margaret E. Kemeny, Najib Aziz, John L. Fahey

2004 | Psychosomatic Medicine | DOI: 10.1097/01.psy.0000143639.61693.ef

Źródło

[8] **"Understanding the interaction between psychosocial stress and immune-related diseases: A stepwise progression"**

Margaret E. Kemeny, Manfred Schedlowski

2007 | Brain Behavior and Immunity | DOI: 10.1016/j.bbi.2007.07.010

Źródło

[9] **"Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach"**

Paul Gilbert, Sue Procter

2006 | Clinical Psychology & Psychotherapy | DOI: 10.1002/cpp.507

Źródło

[10] **"Fears of compassion: Development of three self-report measures"**

Paul Gilbert, Kirsten McEwan, Marcela Matos, Amanda Rivis

2010 | Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice | DOI: 10.1348/147608310x526511

Źródło

[11] **"The relationship of shame, social anxiety and depression: the role of the evaluation of social rank"**

Paul Gilbert

2000 | Clinical Psychology & Psychotherapy | DOI: 10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::aid-cpp236>3.0.co;2-u

Źródło

[12] **"The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy"**

Paul Gilbert

1997 | British Journal of Medical Psychology | DOI: 10.1111/j.2044-8341.1997.tb01893.x

Źródło

[13] **"Being and Nothingness: An Essay on Phenomenological Ontology."**

Maurice Natanson, Jean-Paul Sartre, Hazel E. Barnes

1958 | Philosophy and Phenomenological Research | DOI: 10.2307/2104548

Źródło

[14] "From L'Etre et le Neant"

Jean-Paul Sartre, Kenneth Douglas

1955 | Yale French Studies | DOI: 10.2307/2929152

Źródło

[15] "BEING AND DOING Freedom"

Jean-Paul Sartre, Sarah Richmond

2022 | Being and Nothingness | DOI: 10.4324/9780429434013-14

Źródło

[16] "Being and Nothingness"

J. Sartre, S. Richmond

2022 | DOI: 10.4324/9780429434013

Źródło

[17] "Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977"

Michel Foucault, Colin Gordon

1980

Źródło

[18] "The Subject and Power"

Michel Foucault

1982 | Critical Inquiry | DOI: 10.1086/448181

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: 291a2236-c0e8-447c-a04a-669bf5f764b4