Dynamika zależności i władzy w relacji terapeutycznej w świetle koncepcji Johna Steinera

AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł analizuje paradoks procesu terapeutycznego, w którym kliniczna poprawa może prowadzić do destabilizacji relacji. Autor przywołuje koncepcję Johna Steinera, wskazując na zjawisko „narcystycznego kosztu poprawy" – momentu, w którym pacjent, odzyskując sprawność, musi zmierzyć się z lękiem przed zależnością i utratą iluzji samowystarczalności. Przyjęcie pomocy bywa przeżywane jako upokarzające, co uruchamia mechanizmy obronne, takie jak dewaluacja terapeuty czy przemiana wstydu w oburzenie. Tekst podkreśla różnicę między instytucjonalną asymetrią relacji a patologicznym rozumieniem zależności w kategoriach dominacji i poddaństwa, wskazując na kluczową rolę bezpiecznego przywiązania w budowaniu przymierza terapeutycznego.

The article analyzes the paradox of the therapeutic process, in which clinical improvement can lead to the destabilization of the relationship. The author refers to John Steiner's concept, pointing to the phenomenon of the "narcissistic cost of improvement"—the moment when a patient, regaining their functioning, must confront the fear of dependency and the loss of the illusion of self-sufficiency. Accepting help is sometimes experienced as humiliating, which triggers defense mechanisms such as the devaluation of the therapist or the transformation of shame into indignation. The text emphasizes the difference between the institutional asymmetry of the relationship and a pathological understanding of dependency in terms of dominance and submission, highlighting the key role of secure attachment in building the therapeutic alliance.

Artykuł analizuje paradoksalną dynamikę procesu terapeutycznego, w którym kliniczna poprawa pacjenta staje się zapalnikiem dla destabilizacji relacji. Autor stawia tezę, że dla

osób o narcystycznej organizacji self zdrowienie jest doświadczeniem ryzykownym, ponieważ odsłania bolesną zależność od drugiego człowieka i potrzebę wsparcia, co w ich systemie wartości jest tożsame z upokarzającą utratą autonomii. W efekcie naturalna czułość i wdzięczność zostają nieświadomie przekształcone w agresję, oburzenie lub walkę o dominację, by zamaskować wstyd związany z poczuciem niższości. Tekst zgłębia mechanizmy obronne pacjenta oraz pułapki narcystyczne samego terapeuty, wskazując na konieczność wypracowania tzw. 'trzeciej pozycji' – przestrzeni refleksyjnej, w której asymetria relacji nie jest przeżywana jako hierarchia władzy, lecz jako naturalna cecha ludzkich więzi. Ostatecznie autor sugeruje, że prawdziwy postęp w terapii następuje nie poprzez eliminację konfliktów, ale poprzez uznanie granic własnej omnipotencji i akceptację faktu, że można potrzebować drugiego człowieka, nie tracąc przy tym własnej godności.

SŁOWA KLUCZOWE

dynamika zależności i władzy | koncepcja Johna Steinera | relacja terapeutyczna | organizacja narcystyczna | narcystyczny koszt poprawy | trzecia pozycja Brittona | przestrzeń trójkątna | identyfikacja projekcyjna | enactment | popęd panowania Bemächtigungstrieb | wykluczony obserwator | mechanizm obronny oburzenia | asymetria odpowiedzialności | pozycja depresyjna i paranoidalna | narcystyczna omnipotencja

Poprawa w terapii odsłania lęk przed zależnością

Poprawa, czułość i przeniesienie na wykluczonego obserwatora. Jednym z najbardziej kontrintuicyjnych doświadczeń psychoterapeuty jest moment, w którym kliniczna poprawa, zamiast uspokoić proces leczenia, zaczyna go destabilizować. Pacjent lepiej rozumie własne stany, relacja terapeutyczna traci swój wrogi charakter, pojawia się zaufanie, poczucie bezpieczeństwa i wdzięczność, a nawet zwyczajna przyjemność z kontaktu – a jednocześnie narastają drażliwość, deprecjonowanie terapeuty, skargi na organizację sesji, gwałtowne spory o drobiazgi czy groźby przerwania terapii. W kategoriach zdroworozsądkowych zjawisko to przypomina niewdzięczność lub irracjonalny sabotaż sukcesu. W języku psychoanalitycznym kryje się jednak głębsza logika: poprawa zmniejsza konieczność obrony, a tym samym odsłania to, przed czym ta obrona chroniła.

W przypadku organizacji narcystycznej ujawniają się zależność, potrzeba drugiego człowieka i zdolność do wzruszenia oraz świadomość, że analityk posiada coś, czego pacjent nie mógł dostarczyć sam sobie. To przesunięcie zmienia naturę zagrożenia. Dopóki analityk pozostaje obiektem bezwartościowym, głupim, nieskutecznym lub wrogim, pacjent może trwać w iluzji samowystarczalności. Jeśli jednak terapia zaczyna pomagać, dewaluacja przestaje być wiarygodna.

Pojawia się znacznie trudniejsza prawda: „potrzebuję tej osoby", „otrzymałem od niej coś wartościowego", „jej obecność ma dla mnie znaczenie". Materiał źródłowy Steinera właśnie w tym miejscu sytuuje zakłopotanie czułością: wraz z postępem analizy wyłaniają się uczucia miłości, wdzięczności i zależności, które mogą zostać przeżyte jako dowód słabości i narcystycznej niższości. Czułość przestaje być wówczas jedynie pozytywnym afektem; staje się aktem ujawnienia. Z klinicznego punktu widzenia jest to moment szczególnie delikatny, gdyż psychoterapia może nieświadomie powielać społeczne przekonanie, że zdrowienie powinno budzić wyłącznie zadowolenie. Tymczasem poprawa często oznacza utratę całego dotychczasowego systemu organizowania self. Człowiek, który przez lata postrzegał innych jako rozczarowujących, niebezpiecznych lub niewartych zaufania, nie traci jedynie objawów – traci również teorię świata, dzięki której jego doświadczenia były dotąd spójne.

Jeżeli przez znaczną część życia „niepotrzebowanie nikogo" stanowiło fundament poczucia godności, przyjęcie pomocy nie jest kosmetyczną korektą zachowania. Jest zmianą antropologii własnego self. Podmiot musi zrezygnować z obrazu siebie jako istoty wystarczającej samej sobie. Dlatego można mówić o narcystycznym koszcie poprawy. Każdy sukces terapii niesie ze sobą niewygodne pytanie: skoro kontakt z drugim człowiekiem rzeczywiście pomaga, to jak rozumieć lata twierdzenia, że nikt nie jest potrzebny? Jeśli analityk powiedział coś wartościowego, trzeba uznać jego odrębność i kompetencję. Jeśli relacja przyniosła ulgę, należy przyjąć, że dobro mogło pochodzić spoza self. Wzruszenie pacjenta staje się zatem ujawnieniem jego podatności.

Tak rozumiana poprawa nie jest wyłącznie zyskiem; jest również korektą wielkościowej teorii własnej autonomii. Właśnie dlatego materiał Steinera przedstawia przyjmowanie opieki jako potencjalnie upokarzające doświadczenie zależności, które może natychmiast uruchomić obronną przemianę wstydu w oburzenie. Nie oznacza to oczywiście, że sama zależność jest patologiczna. Problemem jest raczej niezdolność do przeżywania jej inaczej niż w kategoriach hierarchii zwycięzcy i pokonanego. Dojrzałe relacje ludzkie są pełne lokalnych asymetrii: lekarz wie więcej o medycynie, pacjent zaś o własnym doświadczeniu; dziecko potrzebuje opiekuna dla biologicznego przetrwania, lecz rodzic może być emocjonalnie głęboko związany z dzieckiem; przyjaciel potrzebuje pomocy dzisiaj, a jutro role mogą się odwrócić.

Relacja psychoterapeutyczna również jest asymetryczna instytucjonalnie, lecz nie musi to oznaczać poddaństwa. Patologia zaczyna się tam, gdzie różnica zostaje automatycznie przetłumaczona na język dominacji. Teoria przywiązania dostarcza temu problemowi innego, niepsychoanalitycznego języka. Badania nad przymierzem terapeutycznym wskazują, że większe bezpieczeństwo przywiązania pacjenta wiąże się przeciętnie z silniejszym przymierzem, podczas gdy wzorce niepewne korelują z trudnościami w jego budowaniu, choć siła tego związku nie jest ogromna i istnieją istotne różnice metodologiczne między badaniami. Metaanaliza 17 niezależnych prób wykazała statystycznie istotny, lecz umiarkowany związek między bezpieczeństwem przywiązania a jakością przymierza. Nie stanowi to empirycznego potwierdzenia konstrukcji Steinera, ale wskazuje na podobny problem funkcjonalny: zdolność korzystania z relacji terapeutycznej zależy częściowo od tego, czy bliskość i zależność mogą być przeżywane jako bezpieczne.

Oburzenie jako narcystyczna obrona przed wstydem i zależnością

Dynamikę tę dodatkowo komplikuje wstyd. Badania nad jego wpływem na relację terapeutyczną wskazują, że strategie radzenia sobie oparte na wycofaniu psychicznym i fizycznym osłabiają przymierze terapeutyczne. Jest to szczególnie istotne w świetle koncepcji Steinera: pacjent opuszczający schronienie psychiczne musi zrobić dokładnie to, czego system wstydu próbuje mu zabronić – pozostać w relacji w momencie, gdy najbardziej chciałby zniknąć. Leczenie wymaga zatem nie tyle natychmiastowej eliminacji wstydu, co zwiększenia zdolności do jego tolerowania bez ucieczki, ataku czy dewaluacji.

Jedną z najskuteczniejszych obron przed takim doświadczeniem jest oburzenie. Mechanizm jest psychologicznie elegancki. Pacjent najpierw doświadcza zależności: analityk staje się ważny, a jego brak zaczyna boleć. Następnie pojawia się zakłopotanie: „dlaczego tak bardzo mi na nim zależy?", „czy on widzi, że go potrzebuję?". Zakłopotanie przechodzi w poczucie niższości: „on ma nade mną przewagę". Aby odzyskać równowagę, psychika zaczyna szukać winy po stronie obiektu.

Niewielkie spóźnienie, urlop, wysokość honorarium, sformułowanie interpretacji czy gest analityka mogą zostać przeżyte jako dowód niesprawiedliwości. Gdy taki punkt zostanie odnaleziony, następuje transformacja afektu: pacjent przestaje być zawstydzonym potrzebującym, a staje się moralnie słusznym oskarżycielem. „Święte oburzenie" pełni zatem funkcję narcystycznego podnośnika. Przesuwa ono pacjenta z pozycji człowieka widzianego w swojej potrzebie na pozycję tego, który obserwuje, sądzi i demaskuje drugiego. Wstyd ma strukturę pionową: „jestem niżej". Oburzenie dokonuje odwrócenia osi: „to ty jesteś niżej, ponieważ postąpiłeś źle".

Nie trzeba zaprzeczać realnym wadom analityka, by dostrzec, że w konkretnym przebiegu klinicznym nawet prawdziwe uchybienie może służyć regulowaniu pierwotnego problemu zależności. Z tego powodu najbardziej niebezpieczną reakcją terapeuty jest automatyczne wejście w spór o rację. Jeśli analityk zacznie udowadniać własną poprawność, wykazywać błędy pacjenta lub moralizować, natychmiast potwierdzi model świata, w którym relacja jest walką o status. Pacjent może przegrać argument, ale wygrać psychodynamicznie: znów ma przed sobą przeciwnika, a nie obiekt troski. Konflikt jest bezpieczniejszy niż wdzięczność, ponieważ zachowuje symetrię walki. Materiał źródłowy opisuje wręcz prowokacje mające zniszczyć receptywność analityka i wciągnąć go w kłótnię; znany prześladowczy autorytet jest wówczas łatwiejszy do tolerowania niż autentyczna bliskość. Możemy tu mówić o obronnej funkcji konfliktu.

Oczywiście nie każdy konflikt jest obroną i nie każdy spór terapeutyczny wymaga interpretacji. Jednak u określonych pacjentów kłótnia pełni funkcję stabilizującą właśnie dlatego, że eliminuje niebezpieczną czułość. Dopóki partnerzy walczą, nie muszą się wzajemnie potrzebować. Dopóki pacjent udowadnia terapeucie niekompetencję, nie musi przyznać, że pragnie zostać przez niego zrozumiany. Dopóki może odczuwać gniew, nie musi pozwolić sobie na smutek. Obrona nie usuwa relacji, lecz zamienia jej znak emocjonalny.

Tu pojawia się kluczowa różnica między agresją destrukcyjną a agresją organizującą granice. Zdrowa agresywność pozwala powiedzieć „nie”, zakwestionować interpretację czy chronić autonomię. Terapia zmierzająca do usunięcia wszelkiego sprzeciwu byłaby praktyką podporządkowania, nie leczenia. Problem patologiczny pojawia się wtedy, gdy agresja staje się jedyną dostępną formą zachowania odrębności. Pacjent nie potrafi być blisko i różnić się jednocześnie. Aby zachować siebie, musi zniszczyć wartość obiektu; aby uznać wartość obiektu, musi czuć się podporządkowany. Brakuje trzeciej możliwości: „potrzebuję cię, a mimo to pozostaję sobą”. Właśnie tę możliwość Ronald Britton ujmuje poprzez pojęcie trzeciej pozycji i „przestrzeni trójkątnej”.

Trzecia pozycja jako przestrzeń refleksji i ryzyko sędziowskiego spojrzenia

W modelu Brittona uznanie relacji zachodzącej między dwiema innymi osobami tworzy psychiczną możliwość stania się świadkiem związku, w którym nie jest się bezpośrednim uczestnikiem. Zdolność ta stanowi fundament obserwowania relacji z dystansu, a w konsekwencji pozwala wyobrazić sobie siebie jako kogoś obserwowanego przez osobę trzecią. Britton łączy tę funkcję z umiejętnością jednoczesnego zachowania perspektywy subiektywnej i rozwijania bardziej

obiektywizującego punktu widzenia. Materiał źródłowy Steinera buduje na tej koncepcji model analityka jako wykluczonego obserwatora. Nie chodzi tutaj o banalny geometryczny trójkąt rodzinny; znaczenie tej koncepcji jest przede wszystkim epistemologiczne.

Aby myśleć o relacji, trzeba potrafić z niej "wyjść", nie opuszczając jej całkowicie. Człowiek musi być zdolny do przeżywania własnego gniewu i jednoczesnego zastanowienia się: "co dzieje się między nami?". Musi umieć kochać drugą osobę, wiedząc zarazem, że jego obraz tej osoby jest tylko jednym z możliwych punktów widzenia. Trzecia pozycja umożliwia zatem powstanie przestrzeni refleksji między doświadczeniem a działaniem. Współczesny język psychologii mógłby w tym miejscu przywołać mentalizację, metapoznanie czy zdolność decentracji. Choć nie są to synonimy modelu Brittona, opisują pokrewne funkcje: możliwość reprezentowania własnych stanów psychicznych jako stanów, a nie jako całej rzeczywistości.

Osoba myśląca "czuję się odrzucony" znajduje się w innej pozycji niż ta pewna, że "zostałem odrzucony, ponieważ drugi mną gardzi". Pierwsza konstrukcja zachowuje przestrzeń interpretacyjną; druga ją zamyka. Trzecia pozycja jest właśnie tą przestrzenią, w której możliwe staje się pytanie o znaczenie własnego doświadczenia. W organizacji narcystycznej taka pozycja jest szczególnie krucha, ponieważ obserwator łatwo staje się sędzią. Jeśli pacjent wyobraża sobie analityka obserwującego jego relacje, może natychmiast przeżyć to jako ocenę, zazdrość albo potępienie. Wówczas trzecia pozycja przestaje służyć refleksji, a staje się prześladowczym "złym okiem". Materiał źródłowy opisuje dokładnie ten proces: wykluczony trzeci obiekt zostaje wyposażony w cechy ego-destrukcyjnego superego, a jego spojrzenie zamiast rozwijać zdolność myślenia generuje wstyd. Tym samym wykluczenie analityka nie musi oznaczać jedynie braku przeniesienia.

Pacjent może intensywnie opowiadać o partnerze, matce, szefie czy politycznym przeciwniku, podczas gdy analityk pozostaje jedynie publicznością. Pozornie relacja terapeutyczna jest żywa, gdyż sesja wypełnia emocjonalny materiał. Funkcjonalnie terapeuta może jednak zostać sprowadzony do roli świadka, którego zadaniem jest podziwiać, współczuć albo potępiać osoby trzecie. Pacjent zachowuje kontrolę nad sceną właśnie dlatego, że nie pozwala, by pytanie "co dzieje się między nami?" nabrało realnej mocy. W materiale Steinera takie umieszczanie analityka poza główną relacją zostaje opisane jako mechanizm, który może prowokować terapeutę do odzyskania centrum. To niezwykle ważny moment przeciwprzeniesieniowy.

Pułapka dominacji i narcystyczne potrzeby terapeuty

Analityk również jest człowiekiem z własnymi potrzebami narcystycznymi. Chce być skuteczny, znaczący i potrzebny. Gdy pacjent traktuje go jak rekwizyt, może pojawić się frustracja, znudzenie, poczucie wykluczenia lub pragnienie sformułowania „mocnej interpretacji", która wreszcie pokaże, kto naprawdę rozumie sytuację. Wtedy terapeuta próbuje odzyskać poczucie sprawstwa dokładnie w taki sposób, jak pacjent odzyskuje je poprzez dominację. Tak powstaje enactment – wspólnie odgrywana konfiguracja, w której relacja zaczyna realizować to, o czym analiza miała umożliwić myślenie. Pacjent prowokuje pozycję dominującą, terapeuta ją przyjmuje i obie strony otrzymują potwierdzenie własnych oczekiwań. Pacjent może w istocie powiedzieć: „wiedziałem, że chcesz nade mną panować", analityk natomiast: „wiedziałem, że pacjent nie chce współpracować".

Obie interpretacje mogą zawierać element prawdy, lecz proces analityczny zamienia się w samospełniający się układ. Postkleinowska teoria identyfikacji projekcyjnej widzi w takiej sytuacji nie tyle błąd terapeuty, co szczególny rodzaj komunikacji. Pacjent może bowiem nieświadomie wywierać presję na analityka, by ten zaczął odgrywać rolę należącą do jego wewnętrznego świata. Termin „presja" nie może jednak stać się wygodnym sposobem zdejmowania z terapeuty odpowiedzialności za własne reakcje. To, że zachowanie pacjenta wywołuje określone uczucia, nie oznacza, że terapeuta musi za nimi podążać. Przeciwprzeniesienie staje się źródłem informacji właśnie wtedy, gdy zostaje przekształcone z impulsu działania w przedmiot refleksji. Tutaj ujawnia się kluczowa asymetria odpowiedzialności: obie strony współtworzą relację, ale to terapeuta ponosi większą odpowiedzialność za utrzymanie warunków refleksyjnych. Pacjent może przyjść na terapię właśnie dlatego, że jego zdolność mentalizowania relacji załamuje się pod wpływem emocji; oczekiwanie, że zawsze zachowa on refleksyjność, byłoby absurdem. Profesjonalna kompetencja analityka polega zatem m.in. na rozpoznawaniu momentu, w którym własna potrzeba skuteczności, racji czy uznania zaczyna kolonizować proces. Dlatego Steiner wprowadza motyw żałoby analityka po własnej omnipotencji.

Konieczne jest bowiem uznanie przez terapeutę własnej bezsilności, porzucenie fantazji o „naprawianiu" pacjenta bez jego udziału i powrót do pozycji bardziej receptywnej. Nie jest to pochwała bierności, lecz próba odróżnienia aktywności wynikającej z klinicznego rozumienia od tej służącej regulowaniu narcystycznego dyskomfortu terapeuty. Interpretacja może być formalnie trafna, a jednocześnie funkcjonalnie służyć temu, by analityk poczuł się ponownie kompetentny.

To rozróżnienie ma swoje odpowiedniki także poza psychoanalizą. Badania nad stylem przywiązania samych terapeutów sugerują – choć dowody nie są jednoznaczne – że ich własne wzorce relacyjne mogą wpływać na przymierze, przeciwprzeniesienie i rezultaty leczenia. To

przypomnienie, że terapeuta nie jest neutralnym instrumentem pomiarowym; wnosi do gabinetu własne modele relacji, podatność na odrzucenie, potrzebę aprobaty i sposoby regulowania bezradności. Profesjonalizm nie polega na ich braku, lecz na zdolności poddawania ich refleksji.

Przypadek Pana B dobrze pokazuje, jak łatwo terapeuta może wpaść w pułapkę dominacji. Pacjent funkcjonuje jako „łaskawy autokrata" i prowokuje analityka żądaniem, by ten powiedział mu, co ma robić. Steiner odpowiada z pozycji wiedzącego, wchodząc w narzuconą hierarchię. Kolejna faza procesu staje się możliwa dopiero wtedy, gdy analityk wycofuje się z roli władcy wiedzy i uznaje własny udział w impasie. Pacjent może wówczas dopuścić smutek i troskę o obiekt, zamiast trwać w walce o przewagę. Przypadek ten jest czymś więcej niż techniczną anegdotą – pokazuje, że bezradność nie jest wyłącznie stanem pacjenta, lecz może krążyć między uczestnikami relacji.

Pacjent czuje się bezradny i prowokuje analityka do dominacji; analityk czuje się bezradny wobec oporu i odpowiada wzmożoną aktywnością; pacjent doświadcza tej aktywności jako tyranii i odzyskuje pozycję ofiary. W efekcie pierwotna bezradność przekształca się w konflikt o władzę, który może trwać długo, gdyż obie strony uzyskują z niego chwilową ulgę. Właśnie dlatego kategoria Bemächtigungstrieb – popędu panowania – staje się użyteczna nie jako archaiczna etykieta, lecz jako nazwa tendencji do zastępowania zależności kontrolą. Człowiek, który nie toleruje potrzeby drugiego, może próbować zorganizować relację tak, aby to drugi potrzebował jego. Pacjent może uczynić analityka bezradnym, a terapeutę kusić może przywrócenie własnej sprawczości poprzez nacisk. Taki sado-masochistyczny układ zamraża zmianę, ponieważ problem zależności zostaje zastąpiony pytaniem o to, kto kontroluje sytuację. Interesujący wariant tego mechanizmu reprezentuje Pan D, którego pozorna uległość staje się formą ukrytej dominacji. Jego konformizm i „niewidzialność" utrzymują analityka w stanie bezradności; pacjent podporządkowuje się w taki sposób, aby żadna realna zmiana nie była możliwa.

Czułość jako uznanie granic własnej omnipotencji

Jest to istotna korekta stereotypowego obrazu władzy, gdyż dominacja nie zawsze przejawia się agresywnością. Można sprawować władzę poprzez bierny opór, niewiedzę, chroniczną niemoc, milczenie, zależność lub pozorne wykonywanie zaleceń. W systemach relacyjnych najsilniejszy nie zawsze jest ten, kto mówi najgłośniej; czasem jest nim ten, kto skutecznie czyni działania drugiego bezskutecznymi.

W tym świetle terapia nie może mierzyć postępu wyłącznie liczbą trafnych interpretacji. Kluczowym osiągnięciem bywa stworzenie przestrzeni, w której żaden z uczestników nie musi natychmiast odzyskiwać przewagi. Pacjent może przyznać, że czegoś nie wie; analityk – że źle

zrozumiał. Pacjent może potrzebować pomocy, nie czując się poniżonym, a terapeuta może być potrzebny, nie czyniąc z tej potrzeby źródła narcystycznego triumfu. Relacja staje się wtedy laboratorium bardziej złożonej formy władzy: takiej, która jest ograniczona zdolnością uznania odrębności drugiego. Jest to zarazem początek autentycznej czułości, różniącej się zasadniczo od sentymentalizacji terapii. Czułość w sensie klinicznym nie polega na permanentnym cieple ani bezwarunkowym potwierdzaniu pacjenta. Jej podstawą jest zdolność do pozostawania przy drugim człowieku także wtedy, gdy nie można go naprawić, kontrolować ani całkowicie zrozumieć. Troska pozbawiona omnipotencji przyjmuje ograniczenie własnej mocy. Dlatego może być znacznie trudniejsza niż dominacja: podczas gdy dominujący wie, co należy zrobić, człowiek troszczący się musi czasem wytrzymać niewiedzę.

W ten sposób wątek czułości prowadzi bezpośrednio ku problemowi edypalnemu. Jeśli przyjąć Brittonowskie rozumienie trzeciej pozycji, zasadniczym osiągnięciem nie jest zwycięstwo jednego uczestnika trójkąta nad drugim, lecz uznanie relacji istniejącej poza kontrolą self. Dziecko nie może posiadać obiektu pierwotnego wyłącznie dla siebie; analityk nie może być jedynie przedłużeniem pacjenta, a pacjent nie może uczynić terapeuty własnym narzędziem. Zamknięcie trójkąta oznacza granicę omnipotencji. Britton określa tę możliwość jako powstanie "przestrzeni trójkątnej", w której jednostka potrafi być jednocześnie uczestnikiem i obserwatorem relacji, zachowując możliwość oglądu z więcej niż jednej perspektywy.

Tak rozumiany Edyp nie będzie w dalszej analizie historią dziecięcego romansu przeniesioną mechanicznie na dorosłe życie, lecz teorią psychicznych granic władzy. Zakłada ona, że istnieją relacje, których nie kontroluję; inni ludzie posiadają siebie nawzajem niezależnie ode mnie. Wiedza drugiego nie musi mnie pomniejszać, a wykluczenie z jednej relacji nie oznacza unicestwienia. Autorytet może opierać się na kompetencji, a nie na przemocy, a różnica nie musi być kastracją. To właśnie możliwość przyjęcia takich twierdzeń oddziela w modelu Steinera paranoidalne rozwiązanie sytuacji edypalnej od rozwiązania depresyjnego. Czułość okazuje się więc znacznie bardziej polityczna psychicznie, niż sugeruje jej miękkie brzmienie.

Oznacza ona przyjęcie, że można potrzebować bez niewoli, dawać bez kolonizacji, różnić się bez upokorzenia i pozostawać blisko bez posiadania. Dla organizacji opartej na dominacji jest to perspektywa wręcz rewolucyjna. Jeżeli zależność przestaje oznaczać kapitulację, znika podstawowa racja ciągłej wojny o pozycję; pacjent nie musi już niszczyć wartości analityka, aby zachować własną. Właśnie dlatego następny etap analizy musi przesunąć się od czułości i przeniesienia ku dominacji edypalnej, bezradności i władzy. Tam odsłoni się zasadnicza alternatywa: albo różnica zostanie przeżyta jako uzurpacja wymagająca podporządkowania lub buntu, albo zostanie włączona w bardziej dojrzały porządek, w którym autorytet, zależność i odrębność przestają wykluczać

godność. Dopiero na tym poziomie zrozumiała stanie się transformacja krzywdy w urazę oraz urazy w zemstę – ponieważ tam, gdzie nie można zaakceptować ograniczenia własnej władzy, każda frustracja łatwo zostaje zapisana jako niesprawiedliwość wymagająca wyrównania.

Kiedy lęk przed byciem widzianym odsłania problem zależności, a czułość ujawnia, że drugi człowiek może posiadać coś dla nas wartościowego, nieuchronnie pojawia się pytanie o władzę. Nie chodzi przy tym jedynie o władzę rozumianą politycznie, administracyjnie czy instytucjonalnie. Jej najbardziej pierwotna postać ujawnia się w elementarnym doświadczeniu asymetrii: ktoś wie coś, czego ja nie wiem; posiada coś, czego potrzebuję; może odejść, chociaż chciałbym, aby pozostał; tworzy relację z kimś innym, której nie kontroluję; dysponuje własnym czasem, ciałem i pragnieniem. Dla psychiki zdolnej tolerować odrębność fakty te należą do zwyczajnej rzeczywistości interpersonalnej.

Edypalna walka o dominację kontra akceptacja ograniczeń

W organizacji narcystycznej różnice mogą zostać odczytane jako hierarchiczny komunikat: skoro drugi posiada coś, czego ja potrzebuję, zajmuje pozycję wyższą; skoro nie kontroluję jego decyzji, jestem podporządkowany; skoro on wie, a ja pytam, moja niewiedza ujawnia niższość. W ten sposób różnica zostaje przetłumaczona na dominację, a relacja przestaje być przestrzenią wymiany i staje się polem walki o pozycję. To właśnie w tym znaczeniu należy rozumieć problem edypalny.

Freudowska rekonstrukcja kompleksu Edypa koncentrowała się historycznie wokół pragnienia, zakazu, rywalizacji, lęku kastracyjnego oraz identyfikacji. Późniejsza tradycja kleinowska i postkleinowska przesunęła jednak ciężar analizy z literalnego rodzinnego dramatu ku bardziej ogólnej strukturze psychicznej. Ronald Britton zwrócił uwagę, że zasadnicze znaczenie trójkąta edypalnego polega na konieczności uznania związku istniejącego pomiędzy dwiema innymi osobami – a więc relacji, której dziecko nie wytwarza, nie kontroluje i której nie może całkowicie zawłaszczyć. Z uznania tej relacji wyłania się "trzecia pozycja", a wraz z nią możliwość obserwowania więzi z pewnego dystansu oraz rozwoju tego, co Britton określa "przestrzenią trójkątną". Znaczenie tej konstrukcji wykracza daleko poza seksualność czy strukturę rodzinną.

Trójkąt staje się modelem ograniczenia omnipotencji. Podmiot odkrywa, że świat zawiera związki, procesy i znaczenia niezależne od niego; że inni ludzie prowadzą życie, którego nie da się całkowicie włączyć we własne potrzeby. Rodzice rozmawiają bez dziecka, partner posiada przyjaciół, terapeuta ma innych pacjentów, nauczyciel dysponuje wiedzą zdobytą wcześniej, społeczeństwo istniało przed

narodzinami jednostki, a rzeczywistość nie zmienia swoich reguł tylko dlatego, że są one frustrujące. Można powiedzieć, że edypalność w tym szerokim sensie jest psychiczną nauką konstytucyjnego ograniczenia władzy self. Steiner wykorzystuje tę konstrukcję do rozróżnienia dwóch sposobów rozwiązania sytuacji edypalnej.

W rozwiązaniu paranoidalnym różnica między podmiotem a autorytetem zostaje zinterpretowana jako uzurpacja. Ojciec lub inna figura posiadająca władzę nie ma większej kompetencji, doświadczenia czy autonomii – on po prostu "zabrała" coś podmiotowi. Władza jest przeżywana jako bezprawna, a relacja oscyluje między podporządkowaniem a buntem. Uległość nie jest tu akceptacją ograniczenia, lecz gromadzeniem urazy; opór zaś nie prowadzi do negocjacji granic, lecz zmierza ku fantazji obalenia przeciwnika.

Kontrastuje to z rozwiązaniem depresyjnym, w którym możliwe staje się zaakceptowanie zależności, wykluczenia z pewnych relacji i autorytetu opartego na "wypracowanym szacunku", bez przekształcania tych faktów w dowód osobistej degradacji. Rozróżnienie to wymaga doprecyzowania: pojęcie "depresyjny" w języku kleinowskim nie oznacza klinicznej depresji. Pozycja depresyjna opisuje raczej zdolność integracji ambiwalencji: uznanie, że ten sam obiekt może być źródłem gratyfikacji i frustracji, że można kochać kogoś i zarazem być na niego złym, że własna agresja nie czyni podmiotu całkowicie złym, a niedoskonałość obiektu nie czyni go bezwartościowym.

W tym sensie rozwiązanie depresyjne jest dojrzalszym sposobem organizowania władzy. Autorytet może być ceniony i krytykowany jednocześnie; nie musi być ani wszechmocnym ojcem, ani uzurpatorem przeznaczonym do obalenia. W konfiguracji paranoidalnej dominuje natomiast pokusa binarności: ktoś musi być górą, a ktoś dołem; ktoś kontroluje, a ktoś jest kontrolowany; ktoś wie, a ktoś jest głupcem; ktoś posiada falliczną moc, a ktoś zostaje jej pozbawiony. Taki układ przypomina psychologiczną grę o sumie zerowej. Wartość jednego podmiotu rośnie tylko kosztem drugiego. Współpraca staje się trudna, gdyż sukces partnera jest potencjalnym dowodem własnej niższości. Uznanie kompetencji autorytetu budzi ryzyko podporządkowania, zaś jego błąd przynosi nieproporcjonalną satysfakcję, pozwalając odwrócić hierarchię.

Różnica funkcjonalna jako źródło poczucia niższości

W tym miejscu psychoanalityczna rekonstrukcja spotyka się z psychologią pozycji społecznej, choć należy zachować rozróżnienie między poziomami analizy. Paul Gilbert, rozwijając teorię rangi społecznej, wskazywał, że ludzie są szczególnie wrażliwi na sygnały niższej pozycji, porażki i przymusowego podporządkowania, a wstyd wiąże się m.in. z oceną własnej wartości w polu

społecznym. Badania nad dążeniem do unikania niższości wykazują związek takiego stylu funkcjonowania z lękiem, depresyjnością, stresem i destrukcyjnymi formami samokrytycyzmu. Nowsze analizy relacji między statusem, samooceną a emocjami potwierdzają, że postrzegana pozycja społeczna jest ściśle powiązana z poczuciem własnej wartości oraz lękiem. Nie wynika z tego potwierdzenie teorii edypalnej, lecz oba języki spotykają się w obserwacji, że doświadczenie różnicy łatwo zostaje psychicznie przekształcone w doświadczenie rangi. Patologia pojawia się wtedy, gdy system rangi kolonizuje relacje, które mogłyby zostać zorganizowane według innych zasad.

Lekarz i pacjent różnią się wiedzą medyczną, lecz ich godność osobowa nie jest hierarchiczna. Nauczyciel i student zajmują różne miejsca w procesie edukacyjnym, ale kompetencja dydaktyczna nie daje nauczycielowi prawa do dominowania nad drugim człowiekiem. Przełożony może podejmować decyzje organizacyjne, nie posiadając przy tym większej wartości antropologicznej niż podwładny. Problem psychodynamiczny zaczyna się wówczas, gdy lokalna asymetria funkcjonalna zostaje przeżyta jako globalna hierarchia wartości. Pacjent nie doświadcza wtedy przekonania: „terapeuta wie coś, czego mogę się od niego nauczyć", lecz myśli: „jeśli on wie, ja jestem głupi". Nie słyszy: „ta osoba ma inne uprawnienia", lecz: „jest nade mną". Można zatem powiedzieć, że dojrzałość relacyjna wymaga umiejętności segmentowania nierówności. Człowiek potrafi wówczas przyznać drugiemu przewagę w określonym zakresie, nie rozszerzając jej na całe self. Szachista może uznać mistrzostwo przeciwnika w grze, nie przeżywając tego jako dowodu własnej bezwartościowości. Pacjent może przyjąć wiedzę lekarza, zachowując prawo do decydowania o sobie. Naukowiec może przyznać, że konkurent sformułował lepszą teorię, nie tracąc przy tym własnej tożsamości zawodowej. Tam, gdzie ten mechanizm zawodzi, każda korekta staje się degradacją, a każda zależność – zagrożeniem. Steiner pokazuje, że podobny problem pojawia się w najbardziej technicznych elementach analizy.

Opłata, godzina rozpoczęcia sesji, urlop analityka, pozycja na kozetce czy zakończenie spotkania mają realne znaczenie organizacyjne, lecz mogą równocześnie symbolizować granice władzy. Pacjent nie ustala sam godziny zakończenia, nie kontroluje urlopu terapeuty i płaci za dostęp do jego czasu. Jeżeli asymetria jest przeżywana przez pryzmat narcystycznego upokorzenia, rama analityczna zaczyna przypominać system dominacji. Spór o dziesięć minut może wówczas dotyczyć znacznie więcej niż samego czasu.

Dominacja jako kompensacja lęku przed bezradnością

Kwestia ta dotyczy prawa do określania rzeczywistości, w której kluczowe staje się pojęcie bezradności. Potocznie kojarzymy władzę z siłą, a bezradność z jej brakiem, jednak w ujęciu psychodynamicznym związek ten jest bardziej przewrotny: potrzeba dominacji często wyrasta właśnie z nietolerancji własnej bezsilności. Człowiek dąży do kontroli niekoniecznie dlatego, że czuje się silny, lecz dlatego, że nie znosi stanu ograniczenia swojej mocy. Władza staje się więc lekarstwem na bezsilność.

Taka intuicja pozwala subtelniej odczytać Freudowski Bemächtigungstrieb – popęd panowania, zawładnięcia czy opanowania. Historycznie pojęcie to zajmuje w teorii Freuda niejednoznaczne miejsce i nie powinno być traktowane jako empirycznie ustalony popęd biologiczny. Znacznie użyteczniej jest postrzegać go jako model psychologicznej tendencji do zamiany stanu zależności w stan kontroli. Podmiot, nie mogąc sprawić, by przestał potrzebować obiektu, próbuje doprowadzić do jego podporządkowania. Nie może zapobiec odrębności drugiego człowieka, ale może ograniczać jego autonomię. Nie potrafi usunąć własnej podatności, więc buduje relację, w której to partner sprawia wrażenie bardziej bezradnego. Dlatego dominacja jest często relacją kompensacyjną.

Jeżeli pacjent zdoła wywołać w analityku dezorientację, poczucie niekompetencji czy rozpacz, uzyskuje chwilową ulgę – bezradność zostaje przeniesiona na drugiego. Materiał źródłowy opisuje sytuacje, w których analityk czuje się sprowadzony do martwego przedmiotu, a narastający dyskomfort popycha go do wzmożonej aktywności interpretacyjnej. Steiner traktuje tę nadaktywność jako ryzyko wejścia terapeuty w ten sam system panowania, który organizuje pacjenta. Ten punkt wymaga szczególnego podkreślenia, gdyż obnaża dwustronność władzy w psychoterapii. Terapeuta dysponuje realnym autorytetem zawodowym, lecz jednocześnie może stać się psychicznie zależny od potwierdzenia swojej kompetencji poprzez postępy pacjenta. Jeśli nieświadomie potrzebuje sukcesu drugiego człowieka, by utrzymać obraz skutecznego uzdrowiciela, bezradność pacjenta zaczyna zagrażać jego narcystycznej równowadze.

Wówczas może pojawić się nasilone tłumaczenie, przekonywanie, interpretowanie, radzenie lub nacisk. Działania te bywają racjonalizowane jako troska o pacjenta, podczas gdy w rzeczywistości służą terapeucie do odzyskania poczucia sprawstwa. Nie oznacza to, że aktywność terapeutyczna jest podejrzana sama w sobie; każda metoda zawiera interwencje, a niektóre z nich są celowo dyrektywne. Terapia poznawczo-behawioralna, ekspozycyjna, dialektyczna czy interwencja kryzysowa posługują się różnym stopniem struktury i prowadzenia.

Problem nie tkwi zatem w samej aktywności, lecz w jej funkcji. Pytanie brzmi: czy interwencja wynika z modelu leczenia i potrzeb pacjenta, czy z niezdolności terapeuty do tolerowania własnej

niewiedzy i ograniczonego wpływu? Zewnętrznie obie sytuacje mogą wyglądać podobnie, jednak psychologicznie są zasadniczo odmienne. Steinerowska idea „żałoby analityka" stanowi próbę rozwiązania tego problemu.

Rezygnacja z omnipotencji na rzecz trzeciej pozycji

Terapeuta musi opłakać fantazję omnipotencji, zaakceptować fakt, że nie zmieni pacjenta samą mocą wiedzy ani nie zagwarantuje wyniku leczenia. Nie jest to wezwanie do rezygnacji z odpowiedzialności, lecz do jej realistycznego określenia: analityk odpowiada za jakość własnej pracy, a nie za pełną kontrolę jej skutków. Ta różnica oddaje istotę rozróżnienia między sprawczością a omnipotencją – pierwsza zakłada działanie w granicach rzeczywistości, druga fantazjuje o ich zniesieniu.

W wymiarze klinicznym szczególnie wyraźnie obrazuje to przypadek Pana B. Pacjent prowokuje analityka pozornie podporządkowanym żądaniem: „powiedz mi, co mam robić". Taka wypowiedź może wyglądać jak kapitulacja, lecz funkcjonalnie staje się zaproszeniem do gry o władzę. Jeśli analityk odpowie z pozycji wszechwiedzącego autorytetu, pacjent może następnie oskarżyć go o dominację i odzyskać uprzywilejowaną pozycję skrzywdzonego. Steiner opisuje własne wejście w tę pułapkę jako techniczną porażkę; dopiero wycofanie się z pozycji przewagi umożliwiło późniejsze pojawienie się u pacjenta smutku oraz troski o niszczony przez siebie obiekt. Przypadek ten dowodzi, że uległość może być narzędziem dominacji. Człowiek może podporządkować się tak, aby następnie wykazać niesprawiedliwość władcy; może wykonywać polecenia literalnie po to, by dowieść ich absurdalności lub wymuszać na drugim odpowiedzialność za własne decyzje, a potem oskarżać go o kontrolę. Władza relacyjna nie jest więc tożsama z jawną dominacją. Czasem najskuteczniejszy sposób kontrolowania drugiego polega na uczynieniu go odpowiedzialnym za własną bezradność.

Jeszcze czytelniej widać to w materiale dotyczącym Pana D. Jego powierzchowny konformizm maskuje ukrytą zdolność utrzymywania analityka w permanentnej nieskuteczności. Pacjent pozostaje „niewidzialny", posłuszny i pozornie pozbawiony agresji, lecz właśnie przez tę bierność sprawuje kontrolę nad procesem: terapeuta nie może dotrzeć do nienawiści, ponieważ ta została zastąpiona podporządkowaniem. Jest to kliniczna ilustracja prawidłowości znanej z teorii systemów: brak jawnej akcji nie oznacza braku wpływu. System można kontrolować także przez blokowanie informacji, spowalnianie reakcji, uzależnianie decyzji od siebie czy niewykonywanie ruchów oczekiwanych przez innych. Na tym tle bardziej zrozumiały staje się fenomen chronicznej bezradności jako narzędzia relacyjnego. Należy tu zachować ostrożność, by nie moralizować

realnego cierpienia czy niepełnosprawności – człowiek może być rzeczywiście bezradny. Jednak w pewnych konfiguracjach psychicznych bezradność zostaje dodatkowo włączona w system interpersonalny. Jeśli stale nie mogę nic zrobić, ktoś inny musi działać za mnie; jeśli działanie nie przynosi skutku, ta osoba może poczuć się winna, a jeśli odmówi dalszego ratowania – można uznać ją za opuszczającą. W ten sposób pozycja pozornie pozbawiona władzy generuje znaczną kontrolę nad emocjami i zachowaniem otoczenia.

Psychoanaliza określa takie konfiguracje niekiedy jako sado-masochistyczne, lecz termin ten wymaga oddzielenia od potocznych skojarzeń seksualnych. Chodzi o układ, w którym relacja organizuje się wokół naprzemiennego zadawania i znoszenia bezradności, winy, upokorzenia i kontroli. Role mogą się zmieniać: ofiara staje się oskarżycielem, ratownik prześladowcą, a dominujący podmiot – pokrzywdzonym. Istotą nie jest stabilna pozycja jednej strony, lecz trwałość systemu, w którym bliskość zostaje zastąpiona walką o to, kto narzuci drugiemu doświadczenie małości. Tutaj kluczowa staje się rola wykluczonego obserwatora. Jeśli analityk zostanie usunięty z pozycji refleksyjnego trzeciego i zmuszony do wejścia w walkę, zanika psychiczna przestrzeń pozwalająca oglądać relację.

Zamiast pytania „co dzieje się między nami?", pozostaje pytanie „kto ma rację?". Zamiast badania motywów – proces sądowy; zamiast rozpoznania własnego udziału – katalog win drugiego. Trzecia pozycja zostaje skasowana przez dwubiegunowy konflikt. Brittonowska koncepcja „triangular space" jest teorią psychicznego pluralizmu perspektyw. Jeśli potrafię spojrzeć na relację z trzeciego miejsca, uznaję, że moje aktualne doświadczenie nie jest jedyną dostępną prawdą. Nadal mogę uważać, że zostałem skrzywdzony, lecz jednocześnie pytać o perspektywę drugiej osoby. Mogę dostrzec własną agresję bez automatycznego unieważniania cudzej i powiedzieć: „on postąpił źle, ale ja również przyczyniłem się do eskalacji". To właśnie możliwość utrzymywania kilku częściowo sprzecznych reprezentacji oddziela refleksję od paranoidalnej pewności. Zdolność ta jest również warunkiem autorytetu bez tyranii. Dojrzały autorytet nie wymaga uznania własnej nieomylności; może przyjąć krytykę, ponieważ jego legitymizacja nie zależy od narcystycznego triumfu nad podporządkowanymi. Podobnie dojrzały stosunek do autorytetu pozwala uznać kompetencję drugiego bez infantylnego poddania. Pomiędzy kultem a buntem pojawia się przestrzeń oceny: autorytet może być zasłużony w określonym obszarze, ograniczony w innym, podlegać krytyce i nadal pozostawać autorytetem.

Ta konstrukcja ma konsekwencje wykraczające poza gabinet. Rodziny, organizacje, instytucje i państwa mogą reprodukować podobne wzorce psychologiczne, choć nie można mechanicznie „psychoanalizować społeczeństwa" tak, jak analizuje się jednostkę.

Wyjście z urazy poprzez uznanie nieodwracalnej straty

W organizacji autorytarnej różnica stanowisk łatwo przeobraża się w różnicę wartości osobowej; krytyka bywa tu traktowana jako nielojalność, a przyznanie się lidera do błędu – jako utrata twarzy. W systemie instytucjonalnie dojrzałym można natomiast oddzielić funkcję od osoby: urząd posiada kompetencje, lecz urzędnik pozostaje omylny; przełożony dysponuje władzą decyzyjną, ale nie monopol epistemiczny; reguła ogranicza zarówno podporządkowanych, jak i rządzącego. Można rzec, że państwo prawa dokonuje na poziomie instytucjonalnym czegoś analogicznego do tego, czego pozycja depresyjna wymaga w sferze psychicznej: uznaje ograniczenia nawet własnej władzy. Analogia ta nie jest dowodem psychologicznej genezy konstytucjonalizmu – ma charakter heurystyczny, lecz pozostaje poznawczo użyteczna.

Omnipotencja polityczna i psychiczna dzielą jedną cechę logiczną: brak uznania niezależnego ograniczenia. W dojrzałym systemie politycznym władza spotyka się z prawem; w dojrzałej psychice pragnienie zderza się z odrębnością obiektu i „werdyktem rzeczywistości". W obu przypadkach kluczowe jest pytanie, czy granica zostanie uznana za warunek porządku, czy za wrogą uzurpację. Tu właśnie pojawia się resentyment: człowiek, który formalnie uznaje ograniczenie, lecz psychicznie go nie akceptuje, może trwać w podporządkowaniu będącym stanem zamrożonego protestu. Ulega, ale nie rezygnuje z fantazji o odwecie. Wykonuje obowiązki, lecz prowadzi rachunek krzywd. Autorytet nie zostaje uwewnętrzniony jako prawomocny; pozostaje okupantem. Steinerowskie rozróżnienie rozwiązania paranoidalnego i depresyjnego pozwala zrozumieć, dlaczego zewnętrzne podporządkowanie nie oznacza jeszcze psychicznego uznania granicy.

Uraza może wręcz konserwować omnipotencję: „gdyby nie oni, wszystko potoczyłoby się zgodnie z moją wolą". Dlatego problem władzy prowadzi nieuchronnie do kwestii odpowiedzialności. Dopóki drugi jest wyłącznie uzurpatorem, własne działanie można przedstawiać jako reakcję wymuszoną przez prześladowanie. Uznanie udziału self wymaga jednak utraty uprzywilejowanej pozycji niewinnej ofiary, co z kolei prowadzi do wstydu, winy i konieczności reparacji. Materiał źródłowy wskazuje właśnie na ten mechanizm: idea niesprawiedliwości może zastąpić ból wynikający z faktów i chronić przed uznaniem własnej destrukcyjności. Nie oznacza to, że roszczenie o sprawiedliwość jest patologiczne, a jedynie, że sprawiedliwość może zostać użyta jako narzędzie unikania innego problemu. Należy tu wprowadzić istotne rozróżnienie między krzywdą a urazą. Krzywda jest wydarzeniem lub stanem rzeczy podlegającym ocenie prawnej, etycznej czy społecznej. Uraza natomiast to sposób psychicznego związania się z tą krzywdą. Można zostać realnie skrzywdzonym i przepracować stratę; można też uczynić z krzywdy centralny punkt organizacji tożsamości. Rozróżnienie to nie odbiera ofierze prawa do sprawiedliwości, lecz pozwala

oddzielić zewnętrzne dochodzenie roszczeń od wewnętrznej konieczności wiecznego pozostawania w relacji z krzywdzicielem. Uraza zawiera bowiem paradoks więzi.

Człowiek deklaruje chęć uwolnienia się od prześladowcy, a jednocześnie pozostaje od niego psychicznie zależny, gdyż kolejne decyzje interpretuje w odniesieniu do dawnego długu. Prześladowca nadal definiuje teraźniejszość. Dopóki musi zapłacić, przyznać się, cierpieć lub zostać pokonany, dopóty pozostaje centralnym obiektem psychicznym. Zemsta nie jest więc prostym zerwaniem więzi; często staje się jej intensyfikacją. W tym miejscu rozpoczyna się kolejny etap Steinerowskiej architektury.

Paranoidalna dominacja, nietolerancja zależności i walka o władzę przygotowują grunt dla zemsty i grievance – urazy podtrzymywanej jako schronienie psychiczne. Jeśli uznanie rzeczywistości oznacza przyjęcie nieodwracalności krzywdy, to podtrzymywanie konfliktu może stać się sposobem odroczenia żałoby. Człowiek walczy nie tylko po to, by naprawić niesprawiedliwość, lecz także by uniknąć momentu, w którym trzeba będzie przyznać: wydarzenie naprawdę miało miejsce, część straty jest nieodwracalna, a życie musi toczyć się dalej bez gwarancji pełnego wyrównania rachunku. W dalszym wywodzie Michael Kohlhaas, literatura zemsty, kliniczne przypadki urazy oraz relacja między sprawiedliwością a resentymentem nie będą jedynie literackimi dodatkami do teorii. Posłużą jako laboratorium najtrudniejszej postaci problemu władzy: co dzieje się z człowiekiem, gdy rzeczywiście został skrzywdzony, ale jego psychiczne przetrwanie zaczyna zależeć od tego, aby krzywda nigdy nie została zakończona? Odpowiedź prowadzi ku granicy między dochodzeniem sprawiedliwości a schronieniem w roli ofiary, a następnie – jeszcze głębiej – ku konfliktowi pomiędzy zemstą a żałobą.

> Czy walka o sprawiedliwość i wieczne pielęgnowanie urazy nie są w istocie formą desperackiej więzi z tym, kto nas skrzywdził? Być może najtrudniejszym aktem odwagi nie jest zwycięstwo nad przeciwnikiem, lecz zgoda na nieodwracalność straty. W tym sensie prawdziwe wyzwolenie zaczyna się tam, gdzie kończy się chęć zemsty, a zaczyna żałoba.

Inspiracje

[1] **"Seeing and Being Seen"** John Steiner

John Steiner (ur. 1934) jest wpływowym brytyjskim psychoanalitykiem i psychiatrą związanym z Brytyjskim Towarzystwem Psychoanalitycznym. Po ukończeniu studiów medycznych i psychiatrycznych w szpitalu Maudsley i klinice Tavistock w Londynie, Steiner stał się czołową postacią współczesnej psychoanalizy postkleinowskiej. Najbardziej znany jest z opracowania przełomowej koncepcji „psychicznych schronień" – patologicznych organizacji osobowości, które pacjenci konstruują jako defensywne schronienia, aby uniknąć lęków związanych zarówno z postawą paranoidalno-schizoidalną, jak i depresyjną. Jego przełomowy wkład obejmuje również rozróżnienie interpretacji skoncentrowanych na analityce i interpretacji skoncentrowanych na pacjencie, a także badanie klinicznych wymiarów wstydu, upokorzenia, dumy i żałoby. W 2016 roku Steiner został uhonorowany prestiżową Nagrodą Sigourney za wybitny wkład w myśl i praktykę psychoanalityczną.

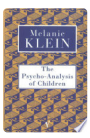
John Steiner *(born 1934) is an influential British psychoanalyst and psychiatrist affiliated with the British Psychoanalytical Society. Having trained in medicine and psychiatry at the Maudsley Hospital and the Tavistock Clinic in London, Steiner became a leading figure in contemporary post-Kleinian psychoanalysis. He is best known for developing the groundbreaking concept of "psychic retreats"—pathological organisations of the personality that patients construct as defensive refuges to evade the anxieties of both the paranoid-schizoid and depressive positions. His seminal contributions also include distinguishing between analyst-centred and patient-centred interpretations, as well as examining the clinical dimensions of shame, humiliation, pride, and mourning. In 2016, Steiner was honoured with the prestigious Sigourney Award for his outstanding contributions to psychoanalytic thought and practice.*

British Psychoanalytical Society

Literatura uzupełniająca

Książki

Literatura pokrewna (Google Scholar):



[1] **"The psycho-analysis of children"**

Melanie Klein

Random House | ISBN: 9781446476413

[2] **"Dick's case study"**

Melanie Klein

[3] **"Envy and Gratitude, and Other Essays"**

Melanie Klein

Chatto & Windus

Artykuły naukowe

Autorzy przywoływani:

[1] **"Subjectivity, Objectivity, and Triangular Space"**

Ronald S. Britton

2004 | The Psychoanalytic Quarterly | DOI: 10.1002/j.2167-4086.2004.tb00152.x

Google Scholar

[2] **"The Oedipus situation and the depressive position"**

Ronald S. Britton

2014 | DOI: 10.4324/9780203167779-4

Google Scholar

[3] **"Narcissistic disorders in clinical practice"**

Ronald S. Britton

2004 | Journal of Analytical Psychology | DOI: 10.1111/j.0021-8774.2004.00479.x

Google Scholar

[4] **"A SPACE ADVENTURE CAMP AND PRE-UNIVERSITY OUTREACH"**

W. Kinsner, Ron Britton, J. Cieszecki, Wayne Ellis, Alan Thoren

2011 | DOI: 10.24908/pceea.v0i0.3640

Google Scholar

[5] **"Beyond the Pleasure Principle"**

Sigmund Freud

2015 | Psychoanalysis and History | DOI: 10.3366/pah.2015.0169

Google Scholar

[6] **"A randomized trial to identify accurate measurement methods for adherence to cognitive-behavioral therapy"**

E. Becker-Haimes, S. Marcus, Melanie R Klein, S. Schoenwald, Perrin B. Fugo

2022 | The Behavior Therapist | DOI: 10.1016/j.beth.2022.06.001

Google Scholar

[7] **"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

Google Scholar

[8] **"The origins and nature of compassion focused therapy"**

Paul Gilbert

2014 | British Journal of Clinical Psychology | DOI: 10.1111/bjc.12043

Google Scholar

[9] **"Introducing compassion-focused therapy"**

Paul Gilbert

2009 | Advances in Psychiatric Treatment | DOI: 10.1192/apt.bp.107.005264

Google Scholar

[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

Google Scholar

Artykuły pokrewne (Google Scholar):

[11] **"Psychic Retreats"**

John F. Steiner

2003 | DOI: 10.4324/9780203359839

Google Scholar

APA ONE Publishing System
Fundacja Dobre Państwo © 2026
Article ID: 41665ed2-27ff-4c9b-9e48-ddac67f6c8f6