

## O „DECYDUJĄCEJ CHWILI”

### ON „THE DECISIVE MOMENT”

Ośrodek Psychoterapii „Miodowa” w Krakowie

#### **decisive moments transference**

*Autor, opisując fenomen tzw. decydującej chwili, wskazuje na dynamikę zjawisk przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowych prowadzących do zmiany w pacjencie oraz w relacji terapeutycznej. Opisywane zjawiska ilustruje przypadkiem klinicznym.*

**Summary:** During the process of psychotherapy, there are specific changes that are sometimes expressed strongest in given moments in the transference. These „decisive moments” are signs indicating the changes taking place within the system created jointly by the therapist and the patient. In the writings of Freud and Klein can see references to such „decisive moments” that are understood by them as a moment of the severity of the transference of the therapeutic relationship, or as an instance of the process of reparations in the lives of psychiatric patients. However, the concept of WR Bion’s container and type of bond occurring within it allows a fuller development of the concept of „the decisive moment”, which is reflected in the system transference - countertransference . The observation of such „decisive moments” by the therapist allows him to conceptualise the changes taking place within the transference - countertransference, and determine the direction of these changes.

*right time, right hands, right chance*

[właściwa pora, właściwe ręce, właściwa szansa]

Przysłowie amerykańskie

### Wstęp

W artykule chciałbym zwrócić uwagę na fenomen szczególnego momentu, pojawiającego się w każdym procesie terapii, który określam jako „decydującą chwilę” (decisive moment — DM). „Decydująca chwila” ma wpływ na dalszy przebieg procesu terapeutycznego, nawet w długich okresach pracy terapeutycznej, i jest zarazem znakiem zmiany, na który powinien być wyczulony terapeuta. Pojawienie się „decydującej chwili” może wydawać się z pozoru zjawiskiem nagłym i niespodziewanym, lecz w rzeczywistości jest przeciwnie. DM następuje w wyniku długiego procesu psychicznego jako efekt makrotransformacji zachodzącej w procesie przeniesienia. Pojawienie się DM można porównać do zjawiska skupienia promieni słonecznych w szklanej soczewce. W pewnym „decydującym momencie”, padające na powierzchnię szkła soczewki rozproszone promienie świetlne zostają, w następstwie przechodzenia przez warstwę szkła, skupione w spójny promień świetlny.

---

Autor składa podziękowania Panu dr. Bartoszowi Pukowi za cenne uwagi wniesione przy pisaniu artykułu.

Według mnie DM jest szczególnym wyrazem sytuacji w polu przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowym, w której swój udział mają zarówno pacjent, jak i terapeuta. Chciałbym pokazać na przykładzie jednego z pacjentów proces wyodrębniania się takiej „decydującej chwili”, w czasie której szala zwycięstwa zaczyna przechylać się na stronę sił życia. Zarówno w pracach Zygmunta Freuda, jak i Melanie Klein można dostrzec wątki odnoszące się do fenomenu „decydującej chwili” w procesie psychoterapii, jednak precyzyjna konceptualizacja DM jest możliwa dzięki rozwinięciu pojęcia W.R. Biona — kontenera, czyli związku kontenerującego i kontenerowanego (♀♂) między terapeutą a pacjentem. Próbując realizować zalecenie Biona dotyczące dalszego twórczego rozwijania jego otwartych teorii, staram się w artykule przedstawić własne rozumienie „decydującej chwili” pojawiającej się w procesie psychoterapii.

### Freudowska metafora wojenna

Freud, podejmując problematykę podstaw zmiany w psychoanalizie, przedstawia w symboliczny sposób opis warunków, kiedy taka zmiana może zajść, zaznaczając w metaforyczny sposób, że w procesie psychoterapii pojawiają się szczególnie „decydujące chwile” związane ze zmianą. W wykładach zebranych we *Wstępie do psychoanalizy* [1] dokonał bardzo ciekawego porównania procesu przeniesienia w psychoterapii z działaniami wojennymi, w których następuje moment przełomowy, kiedy jedna z armii osiąga przewagę dzięki zdobyciu kluczowego punktu strategicznego. Opisuje to w następujących słowach: „Przeniesienie na ojca jest tylko polem walki, na którym opanowujemy libido; libido chorego zostało tam skierowane z innych pozycji. Owo pole walki nie musi się koniecznie pokrywać z jedną z ważniejszych fortec wroga. Obrona stolicy nieprzyjacielskiej nie musi przebiegać właśnie przed jej wrotami” [1, s. 441]. W innym miejscu stwierdza, że czasami walka idzie o jakieś wzgórze czy mały cmentarzyk nie z tego powodu, że są to obiekty z jakichś przyczyn nadzwyczaj cenne, ale ze względów strategicznych. Zdobycie ich oznacza osiągnięcie ważnej przewagi strategicznej nad siłami wroga. Wyjaśniając tę metaforę stwierdza, że praca terapeutyczna rozkłada się na dwie fazy: w pierwszej całe libido zostaje wyparte z objawów do przeniesienia i tam ześrodkowane, a w fazie drugiej przenosi na walkę o nowy przedmiot, co prowadzi finalnie do uwolnienia libido. Zmianą decydującą o pozytywnym wyniku jest moment, w którym następuje wyłączenie stłumienia przy tym odnowionym konflikcie, tak że libido nie może znowu uciec przed jaźnią w nieświadome [1]. A więc, intensyfikacja przeniesienia na jakimś jego elemencie jest wg Freuda miejscem, w którym — i o które — zostaje stoczona walka o uwolnienie libido, wycofanego z wcześniejszych obsadzeń libidinalnych. Ten moment w przypadku nerwicy zwiastować może zmianę w dotychczasowej strategii radzenia sobie ze swoją chorobą przez pacjenta oraz stać się początkiem ustępowania objawów.

### Kleinowski proces reparacji

W kleinowskiej myśli centralną rolę zajmują pojęcia pozycji schizoparanoidalnej i pozycji depresyjnej. Oscylacja pomiędzy nimi przenika w rudymenarny sposób całość życia psychicznego (PS<--->D). Pacjent doświadcza na przemian lęków prześladowczych w pozycji schizoparanoidalnej lub lęków depresyjnych w pozycji depresyjnej. Wyjściem

z tej oscylacji — i to nigdy w pełni do końca — jest dokonanie przez self procesu reparacji, którego zwiastuny pojawiają się już w pozycji schizoparanoidalnej, ale pełny jego rozwój możliwy jest dopiero z pozycji depresyjnej. Self nie ucieka się wtedy do obron czy to maniakalnych, czy to obsesyjnych, lecz jest w stanie spotkać się z bólem wyrządzonego zła obiektowi i przepracowując to cierpienie dojrzeć. Poprzez ten proces integruje przeciwstawne impulsy agresji i miłości, osiągając nową jakość dojrzalszego stanu. W tym stanie impulsy libidinalne przeważają nad impulsami sadystycznymi, umożliwiając głębszą integrację self. W mojej opinii właśnie wejście w proces reparacji psychicznej może być opisane terminem „decydującej chwili” dla self pacjenta — wtedy to rozpoczyna się integracja odszczepionych części self. Obrazowym opisem tego procesu jest artykuł Melanii Klein [2] pt. *Żałoba i jej związki ze stanami maniakalno-depresyjnymi* zawierający opis psychoanalizy Pani A., która po stracie syna przeżywa żałobę. Artykuł Klein obrazuje zmagania psychiki pacjentki z uczuciami destrukcji, żalu, rozpacz, które zostają zintegrowane w podjętej decyzji Pani A. o pozostaniu przy życiu i w odzyskanej pewności o wartości jej życia. Prawdopodobnie był to opis przypadku samej Melanii Klein, dotyczący jej własnych przeżyć po stracie syna, który zginął w górach [2].

### Bionowski model kontenera

Model kontenera został opisany przez W.R. Biona w książce pt. *Uczenie się na podstawie doświadczenia* [3]. Jego model metafory kontenera składa się z abstrakcyjnych elementów, które zostały opisane jako znaki: ♀ kontenerującego, ♂ kontenerowanego, oznaczające żeńską i męską reprezentację, ale pozbawione ich seksualnych konotacji [3]. „Układ kontenera może być uniwersalnie odnoszony do różnych koncepcji analitycznych, np. zasady przyjemności; relacji z obiektem czy też innych idei, takich jak: »wagina — penis, usta — pierś, myśliciel — idea« lub też dynamicznych jak »ewakuacja — retencja«, »zapamiętywanie — zapomnianie«” [4, s. 70, tłum. J.G]. W ogólnym sensie możemy powiedzieć, że coś jest „zawarte” i że coś jest „zawierające” [4]. W obrębie idei kontenera przeniesionego na grunt psychoterapii, terapeuta w ramach settingu stara się stworzyć przestrzeń czasowo-przestrzenno-psychiczną umożliwiającą odbieranie identyfikacji projekcyjnych pacjenta, ich przetwarzanie oraz w końcowym etapie oddawanie mu ich w formie przetworzonej. Judith L. Mitrani w artykule *Przyjmując przeniesienie. Pewne implikacje techniczne trzech prac Biona* [5] tak opisuje ten proces zachodzący w obrębie kontenera: „W tym modelu matka — w stanie, który Bion nazywał reverie — najpierw dostaje i przyjmuje (lub używając powszechnego żargonu „introjektuje”) te niedające się znieść aspekty self, obiekty, afekty i nieprzetworzone doświadczenia zmysłowe niemowlęcia, które ono w fantazji wyprojektowało w nią. (Ważne może być podkreślenie, że proces »reverie« składa się zarówno z elementów świadomych, jak i nieświadomych.) Po drugie, musi ona znosić pełny wpływ, jaki projekcje te wywierają na jej umysł i ciało tak długo jak potrzeba, aby była w stanie o nich myśleć i je rozumieć. Jest to proces, który Bion nazywał przekształceniem. Następnie, po przekształceniu we własnym umyśle doświadczeń dziecka, musi ona mu stopniowo je zwracać w zdetoksyfikowanej i możliwej do strawienia formie i (w tym czasie, gdy może ono ich użyć) widocznej w jej postawie i sposobie, w jaki z nim

postępuje. Ten ostatni proces w odniesieniu do analizy Bion określał jako publikację, czyli to, co my nazywamy zwykle interpretacją” [5, s. 1088, tłum. J. Niedźwiecki].

Ten dynamiczny przepływ identyfikacji projekcyjnych, opisany wyżej w ramach metafory kontenera, może jednak przebiegać w różny sposób. Bion wyróżnił trzy rodzaje wiązań pomiędzy kontenerującym a kontenerowanym: pierwsze określał mianem komensalne, drugie opisywał jako symbiotyczne, a trzecie formułował jako pasożytnicze. W komensalnym wiązaniu w obrębie układu kontenerowany — kontenerujący obywatel „uczestnicy”, jeden od drugiego, uzyskują korzyści. W wiązaniu symbiotycznym w obrębie układu kontenera jeden z „uczestników” będzie niszczył drugiego, natomiast w wiązaniu pasożytniczym obywatel „uczestnicy” kontenera, kontenerujący i kontenerowany, będą niszczyć siebie nawzajem, a w takiej relacji będzie dominować zawiść i nieustanny wzajemny odwet [4].

Chciałbym w tym momencie zatrzymać się i wrócić do tych informacji w dalszej części pracy, po przedstawieniu przypadku klinicznego, obrazującego zmiany zachodzące w obrębie układu kontenera wraz ze zmianą wiązania.

### Przypadek pacjenta Z.

Z. — w momencie, kiedy został do mnie skierowany — miał 14 lat. Był „olbrzymim” chłopcem, przerastającym mnie o głowę, o masywnym ciele. Jego terapia u mnie trwała pięć lat. To, co jako pierwsze zwróciło moją uwagę, to fakt, że był „absolutnie milczący”. Mówił tylko jego ojciec, o wiele od niego szczuplejszy, bardzo komunikatywny, przejawiający lęk o syna — sugerował mi w czasie konsultacji, abym tylko wystawił synowi zaświadczenie uprawniające o starania się o rentę dla niego. Chłopiec miał duże trudności komunikacyjne w szkole. Pomimo badań w poradni szkolno-pedagogicznej, wykonaniu rozlicznych testów, nie ustalono przyczyny jego milczenia. Badania psychologiczne wskazywały wyniki przeciętne według skal rozwojowych, ale mieszczące się w normie. Kolejne badania, m.in. elektromagnetycznego funkcjonowania mózgu (EEG), też nie wykazały odchyień od normy. Z. od roku był przetrzucany z jednej poradni do drugiej, do kliniki, kierowany był na badania neurologiczne. Wszystko, co zdołano ustalić, to to, że problem dotyczy sfery jego emocjonalnego życia. Jednak jego wyniki w szkole pogarszały się i groziło mu powtarzanie klasy. Choć miał brata starszego o 2 lata, był samotnikiem, najbardziej lubił przebywać w domu, w swoim pokoju na poddaszu, nie miał kolegów, którzy zniechęceni jego milczeniem wykruszali się stopniowo. Przez pierwszy rok terapii jego milczenie było „absolutne”. Kiedy zwracałem się do niego, spuszczał głowę i milczał. Próbowałem interpretować fakt milczenia na różne sposoby, jednak tym, co słyszałem w odpowiedzi... była cisza. Miałem wrażenie jakby moje słowa wpadały w jakąś czarną otchłań i znikaly w jej odmętach lub też odbijały się jak od lodowej ściany. Cała ta sytuacja milczenia i obojętności doprowadziła mnie do przeciwprzeniesieniowej bezradności, poczucia bezsensu, zniechęcenia. Rozpoczynając sesję zadawałem sobie pytanie, czy jest z mojej strony w ogóle sens mówienia do Z. czegokolwiek. Wtedy zaczęły dochodzić do mnie jego „fale psychicznych komunikatów” — fale senności. Było to dla mnie zadziwiające, a jednocześnie dojmujące doświadczenie. Siadałem w fotelu, obok siadał Z. nie mówiąc „tradycyjnie” nic, z wolna zaczynając podsypanie. Zapadała cisza i po kilku minutach i ja zaczynałem usypiać. Walczyłem, żeby nie zasnąć, mając w pamięci, że przecież 10 min wcześniej wcale mi się nie

chciało spać. Pomyślałem, że jest to prawdopodobnie wpływ Z. na stan mojego umysłu. Z dużym trudem walczyłem z sennością, z poczuciem jakiegoś kompletnego zdekoncentrowania, obojętności, zniechęcenia, starając się jakąś częścią swojego przytomnego? jeszcze umysłu, skupić się na tym, co w zasadzie się ze mną dzieje, a co być może Z. chciał mi przekazać, usypiając mnie. On w tym czasie siedział skulony w fotelu, ze zwieszoną głową, podsypiający i milczący. Na 5–7 min przed końcem sesji Z. wybudzał się z drzemki i ja też odzyskiwałem kontrolę nad sobą, jakby powracając z dalekiej krainy „zamrożonego” myślenia. Jednak nie potrafiłem nic sensownego powiedzieć, z wyjątkiem przekazania Z., że już kończymy spotkanie. To, co budziło moje zastanowienie po pewnym czasie, to to, że ta „bezproduktywna” terapia wcale nie sprawiała, że Z. zdecydował się ją przerwać, wręcz przeciwnie — pilnował terminów, regularnie przychodząc do poradni, będąc zawsze 10 min wcześniej przed rozpoczęciem sesji.

Bion napisał w swojej książce pt. *Seminaria kliniczne i inne prace* [6] słowa, które trafnie opisują sytuację przeżywaną przeze mnie z Z.: „Istnieją miliony interpretacji, ale jest tylko jedno doświadczenie i jest to doświadczenie kontaktu” [6, s. 31]. Tym doświadczeniem był stan zamrożenia myślenia, „zamrożenia emocjonalnego”, w którym byliśmy razem. Staralem się obronić przed tym, tworząc „miliony” interpretacji, ale to, co Z. chciał mi przekazać w formie swoich „myśli sennych”, to stan kompletnej bezradności, niemocy wobec czegoś, co zamroziło go od środka, co było niewyraźne w słowach. Rodziło się pytanie: kto ma podzielić z nim los dryfowania na tej psychicznej lodowej krze, z której nie mógł sam się wydostać, i pozostawało ono otwarte. Kolejni „psychologiczni” współtowarzysze bronili się przed stanem zamrożenia i odebraniem kompetencji bycia specjalistą, mnożąc obronnie coraz liczniejsze testy i hipotezy. Kiedy to zrozumiałem, poddałem się temu stanowi, nie stawiając mu oporu, pozwalając Z. „mówić” do mnie w ten „mrozący sposób”. Paradoksalnie, odczucie zamrożenia, bez jakiejś sensownej myśli, zmniejszyło się, stało się bardziej znośne.

W tym czasie przypadkiem podzieliłem się swoimi wątpliwościami z koleżanką z poradni, która zasugerowała mi, żebym zaproponował Z. jakąś wspólną aktywność, np. grę w warcaby, szachy, grę planszową. Początkowo miałem wątpliwości, jednak później zrozumiałem, że może to być forma zabawy, w której będzie możliwy dostęp do wolnych skojarzeń pacjenta. Zastanawiałem się, czy przyjmie moją propozycję zmiany formy komunikacji z psychotycznej (masywnej identyfikacji projekcyjnej) na bardziej dostępną językowi. Z pewnym ociąganiem Z. postanowił jednak zagrać ze mną w warcaby. Następne lata zajęło nam „budowanie” tej nowej formy komunikacji, aż pojawił się moment, w którym zamrożone wewnątrz pacjenta ożyło.

Początkowo Z. podczas gry, w reakcji na to, co się działo na szachownicy, wyrzucał z siebie liczne słowa, które były bardzo dziwaczne (obiekty dziwaczne Biona), tworzył połączenia przedmiotów, znaczeń, barw, czynności z funkcjami swego self, np. „okrutne koniomyszy, wyleciał w obsrany niebocość etc.”. Ten psychotyczno-analny zalew słów-obiektów-potworów był jakby przeciwieństwem stanu kompletnego zamrożenia na wcześniejszym etapie wspólnej psychoterapii. Jednak z dawnej „lodowej” komunikacji pozostało to, że Z. nadal był milczący przed grą i po grze w warcaby. Bardziej rozmowny był jego ojciec, który przynosił mi wiadomości ze szkoły, m.in. że po okresie początkowego nauczania indywidualnego jego syn przystąpił do egzaminu gimnazjalnego, zdając

go na tyle dobrze, iż dostał się do technikum w swojej miejscowości, chociaż wszyscy spodziewali się w rodzinie, że będzie raczej dalej uczył się w zasadniczej szkole zawodowej lub pójdzie na rentę.

Z czasem zalew słów-obiektów-potworów zmniejszył się, robiąc miejsce w sesjach bardziej zrozumiałej komunikacji werbalnej, ale w skrótovej formie. Kiedy pytałem Z., co u niego słyhać, chcąc zachęcić go do otwartej wypowiedzi, odpowiadał niezmiennie „normalnie”, a kiedy próbowałem go wciągnąć w jakiś dalszy dialog, krótko podsumowywał moje słowa, mówiąc „tak jakby”; w czasie gry w warcaby wydawał krótkie komendy, poganiając mnie, kiedy się za długo zastanawiałem, np. „no dalej”, „ruch”, „no, no, no”, „teraz”. Powtarzał często z dużą zawziętością, że musi ze mną wygrać, z tryumfem ogłaszał wynik na zakończenie sesji, wyliczając, gdzie popełniłem błąd, który doprowadził do jego wygranej. Również w jego ruchach nastąpiła zmiana — z nieruchomej olbrzymiej postaci wyłoniła się teraz osoba wykonująca ruchy imitujące robota, naśladował ruchy mechanicznego wysięgnika, który podnosi pionki kładąc je w nowym miejscu. Miałem wrażenie, że gram z olbrzymim robotem, który swoją inteligencją pokonuje mnie, moje wahanie, niepewność i moje błędy. Kiedy pacjent — „maszyna” — gracz zauważył, że jestem w stanie wytrzymać ten „meczw”, moją przegraną, wahania oraz jego tryumf nade mną, zaczął powoli dopuszczać do siebie „uczłowieczenie” swoich mechanicznych zachowań, myśli, uczuć w postaci współczucia dla mnie i dla siebie. Choć obecnie nieraz wraca do zachowań mechanicznych, to jednak jego ruchy stały się płynne. Zdarzają się też w czasie sesji chwile, kiedy mówi więcej o swojej rodzinie, polityce, szkole, choć nadal ma kłopot w komunikacji z klasą i rówieśnikami, ale po kryzysie, kiedy wydawało się, że ponownie nie zda do następnej klasy w technikum, niespodziewanie dla wszystkich w okresie klasyfikacji poprawił wszystkie oceny i przeszedł do następnej klasy.

Chciałbym tu zrobić pewną dygresję, która posłużyła mi jako podstawa do sformułowania tytułu niniejszego artykułu, a zarazem przedstawienia obrazu procesu wyodrębniania się „decydującej chwili”. W filmie braci Wachowskich z roku 1999, pt. *Matrix*, pojawia się wątek, w którym inteligentniejsze od ludzi maszyny dążą do przejęcia władzy nad nimi. Główny bohater, Neo — grany przez Keanu Reevesa — jest genialnym hakerem. Pewnego dnia nawiązuje z nim kontakt tajemniczy Morfeusz — grany przez Laurence’a Fishburne’a — człowiek, który obiecuje przekazać mu wiedzę o rzeczywistości, w jakiej żyje, prawdę o dwóch światach: prawdziwym i wygenerowanym, który ma tylko udawać rzeczywistość. Kiedy Neo przystaje do grupy Morfeusza, zaczyna dostrzegać, że świat, w którym egzystował, to fikcja, a jego życiem cały czas ktoś kierował. Akcja filmu wiedzie przez kolejne stopnie wtajemniczenia, które stawiają przed Neo nowe pytania o jego życie w systemie Matrixa [7]. Chciałbym przytoczyć krótki fragment rozmowy Morfeusza, przywódcy grupy walczącej z maszynami, z głównym bohaterem — Neo.

MORFEUSZ: Chcesz wiedzieć, czym on jest? Matrix jest wszędzie wokół nas. Nawet w tym pokoju. Widzisz go za oknem i w telewizji. Czujesz go w pracy, w kościele i kiedy płacisz podatki. Matrix to sztuczny świat, który przysłał ci prawdę.

NEO: Jaką prawdę?

MORFEUSZ: Jesteś niewolnikiem. Jak wszyscy ludzie, urodziłeś się w więzieniu, którego nie możesz powąchać ani dotknąć. Bo uwięziono twój umysł. Niestety, nie mogę

ci powiedzieć, czym jest Matrix. Musisz to zobaczyć. **To decydująca chwila.** Później nie będzie odwrotu [7].

Ten dygresyjny fragment odnoszący się do zjawiska fantastycznego świata można metaforycznie odnieść też do tego, z czym spotyka się na sesji terapeuta i z czym musi się zmierzyć, co musi przetrwać oraz zrozumieć (w powyższym przypadku były to masywny chłód emocjonalny, mechaniczność myślenia i zachowania, wycofanie) i oddać pacjentowi w formie przetworzonej/przetrawionej, tak aby mógł on przeżyć swoją „decydującą chwilę”, kiedy nie będzie później już odwrotu od życia. Taką decydującą chwilą stał się dla Z. moment, kiedy z pewnym wahaniem dał się namówić na partię warcabów, dopuszczając tym samym do swojego zamrożonego świata.

### Dyskusja

Przypadek pacjenta Z. opisuje zmiany zachodzące w obrębie układu kontenerujący — kontenerowany, terapeuta — pacjent. Zwróciło moją uwagę to, iż zasadnicze zmiany w układzie kontenera, w układzie przeniesienie — przeciwprzeniesienie, są związane ze szczególnymi momentami, które pozostają w pamięci terapeuty i są przez niego wyróżniane w specjalny symboliczny sposób. Według koncepcji freudowskiej można to określić jako szczególne nasilenie przeniesienia i jego „przesilenie”, prowadzące do zmiany u pacjenta. Według koncepcji kleinowskiej można opisać ten moment jako rozpoczęcie i dokonywanie się procesu reparacji z pozycji depresyjnej, czyli z rezygnacji z ucieczki w obrony maniackalne czy obsesyjne. Natomiast rozwijając koncepcje bionowskiego kontenera można to rozumieć jako zmianę w obrębie kontenera oraz więzi, która istnieje w jego wnętrzu pomiędzy pacjentem a terapeutą. Zapisując to w symboliczny sposób, ♀♂(S)--->(DM)--->♀♂(K), będzie to oznaczać przejście od symbiotycznej więzi do więzi komensalnej, poprzez przejście przez DM — „decydującą chwilę”. Może też zaistnieć sytuacja, kiedy przejście przez „decydującą chwilę” następuje na innym poziomie ♀♂(P) --->(DM) --->♀♂(S), czyli zmiana przebiegnię począwszy od więzi pasożytniczej — kiedy matka/terapeuta nie wytrzymując naporu identyfikacji projekcyjnych dziecka/pacjenta oddaje mu je nieprzetworzone — do więzi na poziomie symbiotycznym — kiedy nastąpi uruchomienie prawidłowej funkcji alfa przez matkę/terapeutę.

Wydaje się, że w przypadku Z. nastąpiła taka decydująca chwila, kiedy od więzi symbiotycznej przeszedł częściowo do więzi komensalnej. Warto zauważyć, że terapeuta dzięki swojemu przeciwprzeniesieniu jest w stanie zarejestrować zmiany w obrębie więzi istniejącej w kontenerze, i dzięki odwołaniu się do obserwacji swoich zachowań, myśli, uczuć, fantazji oraz wiedzy może wychwycić istotny znak „decydującej chwili” w tzw. polu analitycznym.

Chciałbym przytoczyć na koniec słowa Judith L. Mitriani opisujące funkcję terapeuty, który umożliwia przeżycie pacjentowi swoich decydujących chwil w terapii. „Jak możemy zobaczyć, akt przyjmowania przeniesienia wymaga nie tylko rozumienia poznawczego lub empatycznego dostrojenia z tym, co pacjent czuje wobec analityka i doświadcza z nim w danej chwili. Odnosi się on również do dokonywanej przez analityka introjekcji pewnych aspektów wewnętrznego świata i doświadczenia pacjenta oraz współbrzmienia z tymi elementami własnego, wewnętrznego świata analityka i jego doświadczenia, tak że jest

on w stanie czuć, że jest niechcianą częścią self pacjenta lub niemożliwym do zniesienia obiektem, z którym wcześniej introjekcyjnie się identyfikował. Może to być jednym z najtrudniejszych aspektów naszego zadania, ponieważ nie jest to kwestią dobrej woli ani właściwego treningu, lecz nieświadomym aktem, którym rządzą nieświadome czynniki w reakcji na doświadczenie emocjonalne”. [5, s. 1088, tłum. J.Niedźwiecki].

### Podsumowanie

Artykuł podejmuje próbę opisu szczególnych chwil zachodzących w przeniesieniu w przebiegu procesu psychoterapii. Według autora można je określić mianem „decydujących chwil” — DM (decisive moment). Te szczególne momenty są wynikiem i znakiem głębszych zmian (makrotransformacji) zachodzących w obrębie układu kontenera utworzonego przez terapeutę i pacjenta, w tym zwłaszcza w więzi pomiędzy parą analityczną. Obserwacja „decydujących chwil” wyczuła terapeutę na zmiany zachodzące w obrębie kontenera i może stanowić wskaźnik dalszego przebiegu procesu terapeutycznego.

### Piśmiennictwo

1. Freud S. Wstęp do psychoanalizy. Tłumaczenie S. Kemperówny. Warszawa: Wydawnictwo PWN; 1984.
2. Klein M. Żaloba i jej związki ze stanami maniakalno-depresyjnym. Tłumaczenie A. Czownickiej. W: Klein M. Miłość, poczucie winy i reparacja. Tom I. Gdańsk. Wydawnictwo GWP; 2007.
3. Bion W. R. Uczenie się na podstawie doświadczenia. Tłumaczenie D. Golec. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2011.
4. López-Corvo R. E. The dictionary of the work of W. R. Bion. London: Karnac; 2003.
5. Mitriani J. L. ‘Taking the transference’: notes on some technical implications in three papers by Bion. *Int. J. Psychoanal.* 2001; 82 (6): 1085–1104.
6. Bion W. R. Seminaria kliniczne i inne prace. Tłumaczenie D. Golec. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2013.
7. <http://www.filmweb/film/Matrix/>

e-mail: janusz.galli@gmail.com