

Reproduced with permission from the British Journal of Medical Psychology.
© The British Psychological Society.

Michael Parsons

NARZUCONY TERMIN ZAKOŃCZENIA TERAPII I JEGO ZWIĄZEK ZE ŚMIERCIA I ŻAŁOBĄ.

IMPOSED TERMINATION OF PSYCHOTHERAPY AND ITS RELATION TO DEATH AND MOURNING

Oryginalna wersja artykułu ukazała się w British Journal of Medical Psychology. 1982; 55: 35-40. Praca została także przedstawiona na Dorocznej Konferencji Kandydatów Instytutu Psychoanalizy w Londynie, 21 czerwca, 1980r. Tłumaczenie za zgodą wydawcy Katarzyna E. Klasa, redakcja tekstu Jerzy A. Sobański.

keywords: psychotherapy termination, psychotherapy, death, mourning

słowa klucze: zakończenie psychoterapii, psychoterapia, śmierć, żałoba

Summary

For the psychotherapist unilaterally to impose a termination date to therapy is a manoeuvre not often discussed; but with some patients it may be the only way of forcing critical issues into the open. The patient's position is then analogous to that of bereaved mourner or someone with a terminal illness, and a sequence of responses can be observed identical to that which occurs in those cases. A detailed clinical example illustrates this. There appears to be a specific developmental task common to all such situations which is called forth by them. Subjecting a patient to this is a drastic measure; the therapist's difficulty in deciding whether to do so is considered in relation to transference and counter - transference.

Streszczenie:

Kwestia narzucania terminu zakończenia terapii nie jest często poruszana; jednak taki sposób postępowania jest w przypadku niektórych pacjentów jedynym prowadzącym do pracy nad ważnymi zagadnieniami. Sytuacja pacjenta jest wówczas analogiczna do sytuacji osoby przeżywającej żałobę po utracie lub stojącej w obliczu śmiertelnej choroby a sekwencja obserwowanych reakcji pacjenta jest identyczna do reakcji pojawiających się w tych sytuacjach. Ilustruje to szczegółowy opis przypadku. We wszystkich tych sytuacjach pojawia się konieczność zrealizowania specyficznego zadania rozwojowego. Poddanie pacjenta wpływowi takiej sytuacji

jest środkiem dramatycznym; decyzja terapeuty dotycząca zastosowania go lub poniechania rozważana jest w odniesieniu do zagadnień przeniesienia i przeciwprzeniesienia.

Przepracowanie obustronnie uzgodnionego terminu zakończenia psychoterapii psychoanalitycznej jest częstym przedmiotem dyskusji; jednak mniej powiedziane zostało o zakończeniu celowo narzuconym przez terapeutę na potrzeby terapii - wbrew woli pacjenta. Niemniej jednak Freud [1] w jednym ze swoich klasycznych opisów przypadków uznał je za konieczne i kwestia ta pozostała w obszarze jego zainteresowań do końca życia [2]. W artykule niniejszym przedstawię przypadek pacjentki, w odniesieniu do której został narzucony termin zakończenia terapii, ze szczególnym uwzględnieniem okresu od ustalenia daty zakończenia do faktycznego zakończenia. Jest to przykład postępowania nieczęsty w literaturze. Jednak co bardziej interesujące, opis pokazuje przebieg pracy typowej dla innych sytuacji krytycznych, takich jak śmiertelna choroba lub żałoba. Powiązanie tych sytuacji może umożliwić szersze rozumienie ich wszystkich.

Opis przypadku

Pani A., w wieku trzydziestu kilku lat, została skierowana na psychoterapię z powodu depresji i kompulsyjnego objadania się. Skierowanie to było jednak głównie ostateczną próbą poradzenia sobie z patologiczną relacją pacjentki z jej lekarką ogólną. Pacjentka bez żadnych fizycznych symptomów chodziła do niej na wizyty kilka razy w tygodniu, twierdząc, że nie jest w stanie sobie radzić dopóki lekarka nie potraktuje i nie przytuli ją jak matka i nie będzie dbała o nią bardziej niż o swoją rodzinę. Swoje wizyty angażowała tak, by być ostatnia w kolejce a następnie odmawiała wyjścia. Codziennie pisała do lekarki. Listy ilustrowane były rysunkami przedstawiającymi np. ciężarną kobietę podpisaną "Ty" i dziecko w jej brzuchu, podpisane "Ja". Dwie ostatnie próby terapii kończyły się po kilku tygodniach, pacjentka była też skierowana do szpitala, gdzie z powodu tendencji samobójczych zastosowano elektrowstrząsy. Była środkowym z trojga dzieci, czuła się zaniedbywana przez rodziców, preferujących pozostałą dwójkę dzieci. Matka oczerniała wobec niej ojca, a gdy pacjentka osiągnęła wiek dojrzewania, przyczyniła się do odczuwania przez pacjentkę obrzydzenia do własnego ciała. Na przykład odmówiła dania jej właściwych podpasek, pacjentka musiała używać nieporęcznych szmatek, przez co w szkole była straszliwie wyśmiewana przez inne dziewczynki. Była mężatką z dwójką dzieci; oczywiście także tu były problemy. Od wieku nastoletniego pacjentka miała kolejne bardzo bliskie zależnościowe relacje ze starszymi kobietami, z których ostatnią była wspomniana lekarka.

Spotykałem się z nią dwa razy w tygodniu. Początkowo wydawało się, że terapia przebiega dobrze, jednak przeniesienie nabrało cech erotycznych i pacjentka oporowała przed zanalizowaniem go, na jakakolwiek przerwę w terapii odpowiadała załamaniem i powrotem do nalegania żebym zapewnił

jej opiekę jakiej nie dała jej matka. Zdałem sobie sprawę, że tym co naprawdę miało dla niej znaczenie, była ukryta fantazjowana relacja w której opiekowałem się nią bez końca w pewien bardzo konkretny sposób. Po roku mówiła, że nie ma ze mnie pożytku i domagała się regresyjnej terapii przez działanie ("action" therapy). Wyobrażała sobie siebie jedzącą przez butelkę, w pieluszkach i "rosnącą znowu od początku". Starałem się interpretować to żądanie ale odmówiłem szukania dla niej takiej terapii. Wtedy przedawkowała diazepam. "Przylgnęła" do tej wyfantazjowanej relacji co uniemożliwiało jakikolwiek ruch w terapii i spowodowało, że terapia utknęła w miejscu. Ostatecznie zdecydowałem doprowadzić do kryzysu przez wyznaczenie terminu zakończenia jej terapii. (W momencie rozpoczęcia nie ustaliliśmy limitu czasu). Pacjentka była w leczeniu od półtora roku gdy oznajmiłem jej, że zakończy się ono za rok.

Dyskusja

Jednym z najtrudniejszych doświadczeń na jakie napotykają ludzie jest posiadanie czegoś cennego, o czym wiemy, że będziemy musieli w przyszłości to oddać - ale tylko w jakiejś nieokreślonej przyszłości - i nagle, gdy nie jesteśmy na to gotowi, jest nam to odbierane. Tak właśnie poczuła się pani A. Terapeuci nie lubią narzucać zakończenia terapii wbrew woli pacjentów, ponieważ jednym z celów terapii jest właśnie pomoc pacjentom w odnalezieniu ich własnego sposobu na wyrzeczenie się czegoś, czego powinni się wyrzec ale wciąż przy tym tkwią. Ale kiedy tak się dzieje, możemy uzyskać wyostrzony obraz tej uniwersalnej sytuacji.

Użyłem określenia "uniwersalnej" ponieważ najwyraźniejszym przykładem jest śmierć. Gdy pacjenci chorzy na śmiertelną chorobę dowiadują się o tym, że umierają, stają w obliczu przedwczesnej lecz nieuniknionej utraty najcenniejszej własności, swego życia. Badania nad sposobem w jaki sobie wówczas radzą wskazują na określone stadia, które muszą zostać przepracowane. Kübler-Ross [3] opisuje sekwencję od zaprzeczania i izolacji, poprzez gniew, czasami zakłady o remisję choroby, do depresji i ostatecznie akceptacji. Parkes [4] zbadał w jaki sposób ludzie radzą sobie po niedawnej śmierci ukochanych osób. Co interesujące, opisuje on właściwie identyczne stadia przebiegu żałoby jak te opisywane przez Kübler-Ross w odniesieniu do osób umierających.

Pani A. przeżywała podczas ostatniego roku jej terapii uderzająco identyczny proces. Oczywiście wszystkie zakończenia związane są z zaprzeczeniem, gniewem i depresją - taki jest ich powszechny przebieg; jednak interakcja pomiędzy nimi a zwłaszcza sposób w jaki rozwiązanie jednej kwestii otwiera drogę do pracy nad kolejną, co z kolei pozwala na zajęcie się pierwszą na głębszym poziomie, pokazuje jak wiążą się one w zbiór zagadnień, a radzenie sobie z nimi było centralną kwestią tego etapu terapii. Podobieństwo do sytuacji opisywanych przez Kübler-Ross i Parkes'a pozwala na wyrażenie przypuszczenia że były to różne wersje tej samej sytuacji; sytuacji która

niezależnie od "płaszczka" pod jakim się pojawia, wymaga specjalnego rodzaju przepracowania, zarówno w celu złagodzenia bólu, jak i osiągnięcia rozwoju, jaki umożliwia.

Ostatni rok

Przez sześć tygodni pani A. nie odniosła się w żaden sposób do tego, co jej opowiedziałem. Czuła się jednak odcięta ode mnie pomiędzy sesjami i miała trudności z rozpoczynaniem spotkań. Z sesji znikły uczucia wobec mnie. Wtedy miałem okazję do napomknięcia o zbliżających się letnich wakacjach. Wtedy powiedziała, że nie wiedziała, że kończymy terapię w najbliższą Wielkanoc. Następnie powiedziała, że była na mnie zła i że zakończenie jej terapii jest destrukcyjne ale uważa, że nie ma sensu o tym rozmawiać ponieważ nie może wyrazić złości. Gdyby zdemolowała mój gabinet, powiedziała, terapia zakończyłaby się natychmiast a nic mniejszej wagi nie wywarłoby na mnie wrażenia i byłoby bezużyteczne. W aspekcie przeniesieniowym wydawałem się być rodzicem, który albo nie zauważał tego, co robiła albo, gdyby zauważył, nie zniósłby tego.

Następnie zaczęła prosić o przedłużenie terapii. Twierdziła, że zakończenie jest zbyt trudne; że rozumie jego powody i nie prosi o kontynuowanie terapii bezterminowo ale czy nie moglibyśmy stopniowo rozrzedzać sesji od Wielkanocy? Nie uległem temu targowaniu się.

Po lecie pani A. stała się bardzo zła na siebie za to, jak uległa mnie słuchała. Kolejny raz przedawkowała leki. Poprosiłem ją o posiadane tabletki a ona odmówiła. Jej tendencje samobójcze nasiliły się do tego stopnia, że na tydzień skierowałem ją do szpitala. Po tej hospitalizacji była bardziej zdolna do radzenia sobie z gniewem. W szpitalu czuła się źle traktowana i stanęła w swojej obronie. Reszta przynieszonego przez nią na sesje materiały także była bardziej żywa. Eksplorowała swoje uczucia odnośnie własnego ciała i relacji z rodzicami i pokazała nowe, bardziej realistyczne poczucie żalu za to, co nazwała "marnowaniem" swojego życia.

Jednak ten będący sukcesem gniew był nadal umiejscowiony z dala ode mnie i zakończenia terapii. Trzy miesiące po zakończeniu ponownie "popadła" w narzekanie, że nie ma sposobu na poruszenie mnie tym co czuje. Ponownie weszła w "naprawdę nie wiedziałam", że terapia się kończy. W tym czasie zaprzeczenie było irytująco nie poddające się pracy; było uparcie transparentne i odporne. Na krótko powróciła do próśb o przedłużenie. Poszukiwała sposobu wyrażenia swoich uczuć. Na jedną z sesji przyniosła nóż. Przysłała mi list z Beachy Head, mogący być listem pożegnalnym. Później, na miesiąc przed końcem miała miejsce sesja, która wydawała się zadziwiająco pozbawiona treści, dopóki, pod jej koniec pacjentka nie wyjęła kartki i mówiąc "oto, po co tu dzisiaj przyszedłam". Było to jej świadectwo urodzenia. Podarła je na drobne kawałeczki mówiąc "oto, co mi zrobiłeś". Położyła skrawki na moim biurku i wyszła.

Następna sesja była powolna, pełna ruminacji i łez. Po raz pierwszy pacjentka była depresyjna wprost z powodu końca terapii. Powiedziała, że nigdy wcześniej nie chciała myśleć o zakończeniu,

takim jakie będzie miało miejsce, ponieważ miała obraz siebie odchodzącej jako kompletnie nowa kobieta, "z całą pewnością nie płacząca", i już więcej mnie nie potrzebująca; tak by nie musiała zostawiać za sobą niczego, co wciąż było dla niej ważne. Rezygnacja z tej fantazji pozwoliła jej w końcu zaakceptować zakończenie terapii w sposób, który odnosił się do korzeni jej problemów. Trzy sesje przed zakończeniem, mówiąc o "zmarnowaniach" w swoim życiu powiedziała: "To okropne kiedy jest tak późno. Nie można się cofnąć...ale myślę, że to, co zrobiła, terapia, była swego rodzaju cofnięciem się. Nie takim jak najpierw chciałam. Chciałam jeść z butelki, nosić pieluszki...To jest dziwna, trudna sprawa o terapii. Myślisz, że masz coś, o czym myślałeś, że straciłeś na zawsze a potem musisz to znowu oddać".

Katamneza

Cztery miesiące później pacjentka poprosiła mnie o spotkanie ponieważ wciąż ważyła znacznie za dużo. Podczas terapii przestała ścigać swoją lekarkę i od zakończenia terapii była u niej tylko kilka razy z powodu dolegliwości somatycznych. Był to dobry wynik, przynajmniej w odniesieniu do głównego problemu. Rozmowa o jej kompulsywnym objadaniu się pokazała, że obawiała się zrzucenia wagi z powodu konfliktów, szczególnie o charakterze seksualnym, które mogłyby się ukazać gdyby nie ukrywała się dłużej w bezkształtnym, nieatrakcyjnym ciele. Zrzucenie wagi opoterapii mogłoby spowodować skonfrontowanie się z tymi problemami bez mnie, nie robienie tego spowodowało wytworzeniem zaprzeczenia jakoby było to możliwe. Pacjentka widziała to ale jej separacja ode mnie w oczywisty sposób nie była jeszcze kompletna.

Omówienie

Jak wspomniałem, pacjentka ta przeszła takie same stadia jakie pojawiają się w terminalnej chorobie lub w sytuacji żałoby. Tworzą one sekwencję rozwojową. Tak jak w okresie dzieciństwa i adolescencji mają miejsce zablokowania i punkty fiksacji, pojawiają się takie same działania obronne. Kiedy pacjentka wyszła z zaprzeczania i izolacji do bycia na mnie złą, był to najpierw tylko częściowy progres. Mogła czuć swój gniew ale nie mogła znaleźć sposobu jego wyrażenia. Zaczęła więc targować się o czas. Dzieci regularnie próbują odwlec niepożądane stadium rozwojowe i to właśnie robiła pani A. Kiedy to nie pomogło próbowała na różne sposoby zademonstrować swoją złość, zwłaszcza poprzez zachowania samobójcze. To w rzeczy samej doprowadziło ją do konfrontacji z kimś, kto się o nią troszczył. Ale było to wciąż przemieszczone z mojej osoby; sama nie była w stanie dokończyć postępu. Na tym etapie jej obroną była regresja do stadium zaprzeczenia. Podarcie aktu urodzenia, działanie o wielu znaczeniach, dopełniło wyrażenia jej złości na mnie i wtedy mogła zacząć przeżywać depresję. Była nieszczęśliwa, płaczliwa i czasami miała tendencje samobójcze. Nie była to jednak tyle depresja z powodu utraty terapii, ile

atak na siebie a poprzez to na mnie, efekt destrukcyjnych uczuć których nie była w stanie wyrazić bezpośrednio. Kiedy stała się gotowa do prawdziwej depresji z powodu utraty kogoś i czegoś, co ceniła, dało to miejsce na realistyczny smutek i akceptację, które w poruszający sposób wyraziła, słowami, które zacytowałem.

Mikkelson i Gutheil [5] również porównali narzucone zakończenie do umierania, gdzie koniec wyniknął z okoliczności. W niniejszej pracy zastanawiam się co dzieje się gdy terapeuta narzuca zakończenie, którego nie musiałby dokonać. Można by powiedzieć, że stawia to pacjenta w sytuacji innego rodzaju śmierci. Nie jest to sytuacja dobrego przygotowania się do śmierci w podeszłym wieku kiedy terapia przeszła swój cykl, ani przedwczesnej ale spodziewanej śmierci, gdy i pacjent i terapeuta od początku terapii wiedzą, że ma ona określoną, zakontraktowaną długość. Jest to śmierć przedwczesna lecz niespodziewana, wydawałoby się przypadkowa - rodzaj, który Kübler-Ross i Parkes uważają za najtrudniejszy, zarówno pod względem przygotowania się, jak i radzenia sobie przez osobę, która doświadczyła takiej utraty.

Warte podkreślenia jest, że używam pojęcia śmierci jako czegoś więcej niż metafory. Uważam, że różne sytuacje wyzwalają podobne zadanie rozwojowe. Ma to związek ze sposobem interpretacji. Wskazanie, że zakończenie jest jak śmierć pomoże pacjentowi w rozeznaniu, co się dzieje ale samo w sobie może nie pchnąć procesu do przodu. Nie podałem takiej interpretacji w żadnym momencie, dopiero pod sam koniec zaznaczyłem, że pacjentka mówi tak, jakby po zakończeniu terapii miała już nie żyć. Po tej sesji miała ona następujący sen. Widziała jedną ze swoich koleżanek (która zmarła rok wcześniej). Kobieta ta była teraz ptakiem i była przypięta za skrzydła do drewnianej deseczki. Pani A. także była ptakiem. Podfrunęła i zajrzała do gniazda swojej koleżanki. Ktoś rozbił jajka. Było jej smutno, że koleżanka po oswobodzeniu nie będzie miała nawet tego gniazda i jajek, do których mogłaby powrócić.

Sen ten był prawdopodobnie wywołany moim komentarzem. Ale jego bogactwo, użycie koleżanki, która zmarła rok wcześniej do podkreślenia tej daty i troska o posiadanie w przyszłości jakiegoś własnego obszaru kreatywności, wszystko to wskazuje że dotknąłem procesu dochodzenia przez pacjentkę do własnego sposobu poradzenia sobie z jej sytuacją, który już, jeśli nieświadomie, w niej pracował. Interpretacje powinny być ukierunkowane na określone stadia procesu i wymiany pomiędzy nimi. Odnosi się to do wszystkich zakończeń ale szczególnie prawdziwe jest w odniesieniu do narzuconego w służbie terapii zakończenia. Nie jest to wówczas jedynie kwestia negocjowania, ponieważ zakończenie jest nieuchronne ale przepracowania czegoś, co wyrasta wprost z tego, co przywiodło pacjenta do terapii.

W moim odczuciu, przykład tej pacjentki szczególnie wyraźnie naświetlił szczegóły takiego procesu. Jej trudność w zajęciu się jej gniewem wynikała całkiem wprost z tego, że nie wiedziała co z nią zrobić. Nie był to wyłącznie afekt, który należało uświadomić a następnie zwentylować.

Zadanie terapeuty jest czasem rozumiane jako pomoc pacjentom w wyrażeniu gniewu, ale "bycie złym" jest bliższe "byciu zajęтым" niż, powiedzmy, "byciu pustym". Podobnie jak stan, może to opisywać aktywność wewnętrzną pacjenta, która nie może zostać właściwie wyrażona dopóki trwa. Zadanie terapeuty rozszerza się na pomoc w *uzyskaniu* gniewu.

Powszechną ucieczką od tego dylematu jest acting out lub przemieszczenie. Zamiast tego pacjentowi potrzebne jest zaryzykowanie destrukcyjnych fantazji, przeprowadzenie ataku na terapeuta, tak, że w pewnym sensie terapeuta mógłby go nie przeżyć a następnie przekonanie się, że przeżył.

Winnicott [6] opisuje jak niemowlę używa agresji do ustanowienia identyfikacji swojej i swoich obiektów. Potrzeba zniszczenia obiektu i wciąż posiadania go w niezmienionym stanie jest tutaj taka sama.

Jak już wspomniałem, początkowo pozorna depresja była przede wszystkim obroną przed gniewem. Gniew musi zostać osiągnięty zanim pacjent będzie mógł stać się prawdziwie depresyjnym z powodu zakończenia jako takiego. Wtedy możliwe może się stać interpretowanie depresji jako próby trwania przy czymś co jest tracone, co nieuchronnie zawodzi z powodu ambiwalentnych uczuć do obiektu. Wysilek ten jest też daremny ponieważ prowadzi do zaprzeczenia utracie. W rzeczy samej na opisanie tej całej sekwencji jaką rozważam następujący sposób jest najlepszy: kolejno następujące próby podtrzymania oryginalnego zaprzeczenia podczas jednoczesnej konieczności stopniowego wyzbywania się go. Ostatnim bastionem obrony tej pacjentki była skrywana fantazja o opuszczaniu terapii w stanie omnipotentnego zdrowia, tak, że terapia nie byłaby dla niej żadną stratą. Ostatni punkt tego procesu jest osiągniany gdy dana osoba, czy to pacjent czy osoba doświadczająca utraty kogoś bliskiego albo umierająca, jest w stanie zrezygnować całkowicie z zaprzeczania i przejść do stadium akceptacji. Wówczas osoby te nie próbują już bezpodstawnie tkwić przy tym, co jest tracone i pojawia się przestrzeń na uświadomienie sobie co rzeczywiście pozostało i życia dalej.

Mówiąc o procesie rozwojowym, z przynajmniej potencjalnie właściwym zakończeniem, uważam że sytuacje te zawierają możliwość rozwoju osobistego. Są jednak katastrofami. Rozwój może się w nich czaić, może być on taki jaki możliwy jest do osiągnięcia wyłącznie na takim pobojuwisku, ale wciąż jest to pobojuwisko. Ani śmierć ani utrata bliskich nie są kwestiami wyboru; nie decydujemy czy będziemy czy nie będziemy stawać w ich obliczu. Terapeuta ma jednak taką możliwość. Zrzuca na pacjenta katastrofę ponieważ wydaje się to być jedyną drogą do uzyskania rozwoju.. Zatem gdy jakieś kwestie wydają się być objęte oporem, w jaki sposób terapeuta podejmuje decyzję czy cierpliwie nad tym pracować, z nadzieją że opór w końcu się zmniejszy, czy narzucić termin zakończenia? Z pierwszą z tych decyzji wiąże się ryzyko, że pacjent może rzeczywiście nie być w stanie skorzystać z terapii i jego stan nigdy się nie poprawi a nawet może się pogorszyć. Druga

decyzja może oznaczać nie pomaganie komuś, kogo mechanizmy obronne nie są tak nieprzeniknione jak pozornie się wydają.

Jest to bliskie ogólnej ocenie czy pacjent może skorzystać z terapii, ale ta ocena nie jest tutaj najważniejsza. Rozważa się w tym kontekście czy rozwinęła się relacja terapeutyczna, co znacząco wpływa na całościową ocenę sytuacji. Gdy terapeuta stwierdza, że zastanawia się czy powinien zakończyć terapię, może to nie być po prostu pytanie wymagające odpowiedzi. Poprzez jego pojawienie się, to pacjent może coś przekazywać. Zrozumienie komunikacji w przeniesieniu jest równie istotne jak znalezienie adekwatnej odpowiedzi. Inna pacjentka przez dwa lata opowiadała mi, że nie może ufać lekarzom ani uwierzyć w to, że mężczyzna mógłby ją zrozumieć. Postawa ta wydawała się tak niewzruszona, że niemal zgodziłem się na przekazanie tej pacjentki terapeutce-kobiecie o wykształceniu niemedycznym. Podjąłem jednak ostatnią próbę zinterpretowania jej życzenia abym "zmówił się" z jej obronami. Ku mojemu zaskoczeniu pacjentka kontynuowała terapię i zaczęła mówić o uczuciu, że matka chciała ją oddać i swoim poczuciu winy za pragnienie oddania własnego dziecka.

Terapeuta musi także być wyczulony na swoje przeciwprzeniesienie. Pacjentki te poddawały w wątpliwość wartość jego pracy i właśnie wtedy, będąc takimi właśnie pacjentkami, sprawiły, że włożył w tę pracę wiele wysiłku. Poczucia bycie deprecjonowanym i oskarżanym może być bardzo silne, i w przypadku każdego terapeuty może poruszać jego własną psychopatologię. Terapeuta musi być na to wyczulony, tak by w minimalnym stopniu wpływało to na jego osąd. Bardzo łatwo jest z powodu chęci odwetu lub pozbycia się pacjenta przeformułować to na "posunięcie terapeutyczne".

Piśmiennictwo

1. Freud S. From the history of n infantile neurosis. Standard Edition, vol. XVII, s.11, 1918; London: Hogarth Press.
2. Freud S. Analysis terminable and interminable. Standard Edition, vol. XXIII, ss.217-219, 1937; London: Hogarth Press.
3. Kübler-Ross E. On death and dying. 1970; London: Tavistock.
4. Parkes CM. Bereavement. 1972; London: Tavistock.
5. Mikkelson EJ, Gutheil TG. Stages of forced termination: Uses of the death metaphor. *Psychiatric Quarterly*. 1979; 51: 15-27.
6. Winnicott DW. The use of an object and relating through identifications. W: *Playing and reality*. 1971; London. Tavistock.

Zapraszamy Czytelników do dyskusji na naszym Forum - wątek dyskusyjny dla tego artykułu:

http://www.psychiatriapsychoterapia.pl/index.php?a=forum_list&p=view&id=464

Redakcja