

Csabai Márta

TERAPEUTÁK TERÁPIÁBAN: NEHÉZ ESETEK?

Nemzetközi felmérések szerint a pszichológiai szolgáltatást nyújtó szakemberek nagyjából háromnegyede legalább egyszer életében részt vesz sajátélményű terápiaiban (Geller, Norcross és Orlinsky, 2005). Tulajdonképpen ők a pszichoterápiák legnagyobb felhasználói, ennek ellenére mégsem született sok szisztematikus kutatás ezzel a terápiás formával kapcsolatban. Sokkal több tanulmány foglalkozik a szupervízióval, annak elméleti és gyakorlati kérdéseivel. Bár már az 1980-as években is születtek tanulmányok a terapeuták saját terápiajáról (Kaslow, 1984; Freudenberger, 1986), igazából csak az 1990-es évektől kezdtek kutatásokat végezni – azt is szórványosan – ezen a területen (Norcross, Geller és Kurzawa, 2000, 2001).

A nemzetközi szakirodalom „személyes terápiának” (*personal therapy*) nevezi a szakemberek saját terápiaját. Európában ezt a sajátélményű terápiát általában elvárják a szakemberektől a képzés során, de az Egyesült Államokban vagy Ausztráliában ez általában csak a pszichoanalitikusok képzésében követelmény.

A kevés szisztematikus vizsgálatból úgy tűnik, hogy általában az adott életkori szakaszokban felmerülő feladatokhoz kapcsolódó szorongások motiválják leginkább a személyes terápia igénybevételét (Norcross, Geller és Kurzawa, 2000, 2001). Ez lehet akár a család és a karrier összeegyeztetése, akár életközépi válság. A leggyakoribb problémák, melyekkel a terapeutáknál jelentkeznek a szakemberek: házassági/párkapcsolati problémák, depresszió, szorongás és stressz, interperszonális konfliktusok, az önmegértés és a fejlődés szükséglete, karrier- és munkahelyi problémák (Norcross és Connor, 2005). A személyes terápia tehát nem csupán a képzés, hanem a személyes fejlődés, az individuáció szempontjából is fontos. Megerősíti a gyógyító szerepet és a terápia hatásosságába vetett hitet is. Vannak olyanok is, akik elsősorban a segítő szakma gyakorlásából eredő stresszt akarták csökkenteni, másodsorban pedig személyes növekedést elérni (Liaboe, Guy, Wong

és Deahnert, 1989). Egy felmérésben négyezer szakembert kérdeztek meg arról, mi volt a legnagyobb hatással a fejlődésükre. A legtöbben azt választották, hogy a kliensekkel való találkozások, az esetmegbeszélő szupervíziók és a saját személyes terápiájuk – tehát nem a formális képzések, tanfolyamok (Orlinsky, Botermans és Rønnestad, 2001). Ennek ellenére mégsem veszik igénybe megfelelő mértékben a szakemberek a személyes terápiát.

Érdekesek azok a kutatások, melyek azt vizsgálták, hogy a terapeuták miért *nem* vettek igénybe terápiát. A válaszok között szerepelt, hogy félték a stigmatizációtól; nem találtak megfelelő szakembert saját maguk számára; félték attól, hogy nem lesz teljes titoktartás; nem érezték szükségesnek; vagy úgy gondolták, hogy saját maguk is tudják kezelni magukat, vagy éppen nem bíztak a terápia hatékonyságában(!) (Burton, 1973; Deutsch, 1985; Holzman et al, 1996; Farber, 2000; Bearse és mtsai, 2013). A válaszok hasonlóak voltak a terapeuták karrierjének különböző szakaszaiban: kezdőknél és tapasztalt szakembereknél egyaránt. A felmérésekből az derült ki, hogy inkább azok kerestek segítséget, akik korábban is jártak terápiába, közülük is nagyobb számban azok, akik hosszabb ideig.

Nagyon kevés kutatás született azzal kapcsolatban, hogy a szakemberek hogyan keresnek maguknak terapeutát. Az elérhető források szerint a legfőbb kritériumok a kompetencia, a klinikai tapasztalat, a szakmai hírnév, a meleg, gondoskodó attitűd és a nyitottság voltak (Norcross és Connor, 2005). Azt, hogy milyen kényes és nehéz kérdés lehet a terapeuta-választás (és a kliens-szerepbe kerülés) egy tapasztalt szakember számára, jól illusztrálja az alábbi idézet, mely egy családterapeutától származik:

„Inkább egyéni, mint csoportterápiába akartam menni. Egyedül csak magamnak akartam a terapeutát. Mivel a legkisebb gyerek voltam egy négygyerekes családban, ahol kevés érzelmi jóban volt részem, nem akartam osztozni a terapeután. Egy tapasztalt pszichológusnőt kerestem, aki korban hasonló hozzám, és könnyen elérhető helyen van, aki humanista beállítottságú, kedves és belátó. Nem szerettem volna, hogy dogmatikus legyen, hogy azt gondolja, csak ő tudja az igazat, hanem hogy figyeljen rám és segítsen a növekedésben. Az is fontos volt, hogy a terapeutámhoz ne járjon senki olyan, akit ismerek, és nem akartam olyanhoz járni, akit a kollégáim ismernek. Több olyan embert is ismertem, akik ugyanahhoz a terapeutához jártak, és nem akartam egy ilyen vérfertőző közösség tagja lenni. Olyasvalakit akartam, aki egyedül csak az enyém. És végül, hosszú terápiát akartam, mert tudtam, hogy el fog tartani egy darabig, amíg feldolgozzuk az ügyeimet.” (Hill, 2005, 132-133.)

Érdekes, hogy a tudományos eredményességet, publikációs aktivitást kevésbé tartották fontosnak, tehát itt nem számított ez a fajta szakmai reputáció vagy teljesítmény. Általában személyes referenciák alapján választották a terapeutát, és többnyire fontos volt az elméleti orientáció is, így legtöbbször a saját irányvonaluknak megfelelően választottak. Elsősorban pszichodinamikusan orientált, eklektikus, vagy humanisztikus megközelítésűt (még a viselkedésterapeuták is sokszor választottak pszichodinamikus terápiát saját maguknak!). A tera-

peuták terapeutái, akik sok szakembert kezeltek, általában idősebbek, magasabban képzetek voltak, és gyakran tanítottak egyetemeken is.

A témával kapcsolatos különböző tanulmányok szerint a szakemberek az alábbi előnyöket nevezték meg saját terápiájukkal kapcsolatban (Norcross és Grunebaum, 2005):

- Javítja az érzelmi és mentális működést, és csökkenti a neurotikus mintázatokat.
- Teljesebb megértéshez juttat a személyes és interperszonális dinamikával és konfliktusokkal kapcsolatban: így világosabb észleléssel, kevesebb zavarral és viszonttételi reakcióval tud dolgozni a szakember.
- Csökkenti a terápiás munkával járó stresszt.
- Fontos szocializációs tapasztalatot ad: megerősíti a pszichoterápia érvényességével kapcsolatos hitet, és saját tapasztalattá teszi a transzformációs potenciál erejét; elősegíti a gyógyító szerep internalizálását.
- Mivel a szakember a kliens szerepében van, ez a helyzet tovább érzékenyíti a kliensek reakcióival és szükségleteivel kapcsolatban, és növeli a tiszteletet a kliensek erőfeszítéseit iránt.
- A szakember első kézből figyelhet meg terápiás technikákat, modelleket, és sajátíthat el interperszonális készségeket.

Nehézségek és kihívások a szakemberek terápiájában

Bár sok minden változott az utóbbi száz évben a szakemberek személyes terápiája és szupervíziója terén, változatlanul érvényesek Freud alábbi gondolatai:

„Aki a neurózisok lényegével tisztában van, nem fog csodálkozni, ha azt hallja, hogy még olyan egyén is, aki nagyon jól tudja végezni az analízist másokon: ugyanolyan heves ellentállást [sic!] produkálhat, és éppúgy viselkedhet, mint akármelyik laikus halandó, mielőtt ő maga lesz objektumává a pszichoanalízisnek.” (Freud, 1913/2003, 351.)

Számos más szerző is foglalkozott azzal, hogy milyen nehéz „okosnak lenni a saját ügyünkben”, és még a legtapasztaltabb és legképzettebb terapeuták számára is komoly nehézséget jelenthet a segítségkérés (Kaslow, 1984; Fleischer és Wissler, 1985; Bridges, 1993; Gabbard, 1995; Barse et al, 2013.). Ez az egyik legfontosabb identitás-konfliktus és narcisztikus sérülés, amellyel a pszichoterapeuták küzdenek, amikor saját terápiába mennek. Egy amerikai felmérésben a megkérdezett szakemberek mindegyike azt nyilatkozta, hogy bármennyire is felkészültek voltak szakmailag és intellektuálisan, mégsem tudtak „ellenállni az ellenállásnak” (Geller, Norcross és Orlinsky, 2005). A szakemberek nyomást éreznek arra, hogy „jó kliensek” legyenek a terápiában. Ez sokszor vezet ellenállásokhoz, bonyolult áttételi feszültségekhez.

Berman (2005) izraeli pszichoanalitikus szerint a segítő szakemberek gyakran a másokra (a kliensre) projiciálják a segítség igényével és a gyengeséggel kapcsolatos vágyaikat, ők maguk pedig az erőhöz és a szakértelemhez ragaszkodnak. Ez akkor látszik legjobban, amikor hosszú idő után a szakember újra terápiába megy, miközben már másokon segített. Ez a terápia nagyon fájdalmas lehet, mert sikere a „projektált visszatérésén” múlik, azaz azon, hogy mennyire képes újra magáénak érezni a tagadott dependencia-szükségleteket, és elviselni a túlságosan magabiztos énkép megingását. A terapeutával mint kollégával való identifikálódás leblokkolhatja a dependencia-szükségleteket és a tudat közelébe törekvő áttételi fantáziákat. A tekintélyszemélyként idealizált kollégával való azonosulás jelentősen gátolhatja a negatív érzelmek kifejezését is. Ez történt a fentebb már idézett családterapeutával is (Hill, 2005), aki, bár kisebb-nagyobb kihagyásokkal 12 évig járt személyes terápiába ugyanahhoz a szakemberhez, 28(!) év alatt, mégsem tudta megjeleníteni és elfogadni a 12 év és 580 ülés során óhatatlanul (és szakmailag szükségszerűen) keletkező negatív indulatait vele kapcsolatban. Érdeemes megfigyelni, hogy miként hárítja ezt:

„Soha nem voltam dühös Ronára. Zavart, hogy ülés közben kötöget, és szóltam is neki, hogy hagyja abba, és néha bosszantott, ha későn kezdte az ülést, de kifejezett haragot soha nem éreztem iránta. Hogy ez így volt, mindkettőnknek tulajdonítom. Ami őt illeti, tényleg jó volt, tehát nem volt miért haragudni rá. Ő egy nyugodt, összeszedett személy. [...] Ami engem illet, nekem tényleg problémám van a harag kifejezésével mások felé, a férjemet és a gyerekeimet kivéve. Még mindig van bennem egy rész, ami fél attól, hogy dühös legyen Ronára, mert akkor nem fog szeretni és el fog utasítani engem. De mivel nincs is, amiért haragudjak rá, arra sincs szükségem, hogy ezen a témán dolgozzunk.” (Hill, 2005, 136-137.)

Hasonlóképp kihívást jelenthet a terapeuta részéről jelentkező viszontáttételi reakció. Ilyen például, ha a nála terápiában lévő szakembert magában szakmailag megítéli – pl. „És még ez az ember gyógyít másokat!”. Ezeket a rivalizáló viszontáttételi érzéseket fel kell ismerni és átdolgozni, hogy a szakember empátiával tudjon fordulni a terapeuta-kliens felé. A „terapeuta terapeutája” szerep és a szakember-klienssel való kapcsolat áttételi nehézségeit foglalja össze az alábbi idézet, amely rímel a fentebb idézett családterapeuta (Hill, 2005) esetére is:

„A »terapeuta terapeutája« szerep mindenképp nárcisztikus kihívást jelent, hasonlót, mint az »ügyvéd ügyvédje« vagy az »orvos orvosa«. [...] A terapeuta erős vágyat érezhet, hogy összejátsszon a kliensben lévő páciensi szükséglettel a tökéletesség és a mindentudás iránt, ami túlzott és irreális elvárásokat ébreszt saját terapeutai képességeivel kapcsolatban. Ez a csábítás azt a meglehetősen negatív és destruktív csapdát tartalmazza, hogy a terapeuta elmulasztja elemezni a kialakuló pozitív áttételt és a kliens vele való azonosulását. Ily módon mind a kliens, mind pedig a terapeuta számára nehézséget okoz a kliens negatív reakcióinak, így a terapeuta iránti ellenségességének és elégedetlenségének elemzése is.” (Fleischer és Wissler, 1985, 589.)

Gyakran előfordul, hogy amikor egy terapeuta-kliens beszél a szakmai problémáiról, azt sokkal nehezebb a terapeutának mélyebb pszichodinamikai szintre fordítani és azon a szinten értelmezni, mert saját szakmai involváltsága ezt nehezíti (könnyebben megy ez az értelmezés bármely más „civil” foglalkozásával). Hasonlóképp a kliens óvatos lehet, hogy közös ismerősöket, kollégákat említsen, mert tart attól, hogy „nem megfelelően” beszél róluk. Vagy éppenséggel a közös barát vagy kolléga, aki tudja, hogy kihez jár, kéri, hogy bizonyos dolgokat ne mondjon el róla a terapeutának. Ez sokat elvesz a folyamat spontaneitásából, és lojalitás-konfliktusokhoz vezethet. Az olyan személytelenítő megfogalmazások, mint „egy ismerősöm azt mondta” – ahelyett, hogy megnevezné az illető barátot, vagy kollégát –, a mélyen gyökerező bizalmatlanság talajára helyezik a kapcsolatot. Ugyanígy nehezíti, esetenként blokkolja a spontán asszociációk áramlását, ha a kliens-terapeuta információkkal rendelkezik a terapeuta szakmai vagy személyes életéről, és ezeket érinthetetlen titkokként kezeli magában, így az azokkal kapcsolatos témákat is kerüli (pl. tudja, hogy a terapeuta házastársa súlyosan beteg, ezért „tapintatból” nem említi a saját családtagja betegségével kapcsolatos aggodalmait).

Szintén kihívást jelent, ha olyan terapeuta-kliens jár a terapeutához, akinek a szemlélete, képzettsége jelentősen eltér az övétől, és az ebből eredő dinamika (pl. rivalizálás, közelség-távolság) keveredik az egyéb pszichodinamikával. Viszont az sem biztos, hogy szerencsés, ha túlságosan azonosak a nézeteik, és a terapeuta egyenesen mentora/szupervízora is a terapeuta-kliensnek, mert ez olyan merev azonosulást jelenthet egy projiciált szülő-figurával, ami megakadályozza a saját, autonóm szakmai én kialakulását.

A pszichológusok, pszichoterapeuták csak igen ritkán kapnak speciális képzést azzal kapcsolatban, hogy miként kezeljék a hozzájuk terápiába járó kollégákat. Ilyen ritka képzési és terápiás formának és a magyar gyökerek miatt „hungarikumnak” is tekinthető a pszichoanalitikus szakirodalom a kontroll-analízissel és terápiás szupervízióval kapcsolatban (vö. Kovács, 1933; Nemes, 1999; Bakó, 2014; Erdélyi, 2013; Szőnyi, 2013). A kontroll-analízis azt jelenti, hogy a terapeuta saját korábbi (kiképző) analitikusához viszi szupervízióba az eseteit. Valójában nincs szisztematikus tudás arról, hogy pontosan mi különbözteti meg a „normál kliensekkel” és a szakemberekkel végzett terápiát. Amint az alábbi híres esetekből kiderül, talán nem is lehet mindig megkülönböztetni.

Heinz Kohut és a titokzatos Mr. Z.

Heinz Kohut (1913–1981), osztrák-amerikai pszichoanalitikus, a szelfpszichológia irányzatának alapítója. Élete vége felé, 1979-ben közölte több szempontból is meghatározó esettanulmányát „Mr. Z. két analízise” címmel. A tanulmánnyal kapcsolatban számos kortárs és életrajz-szerző határozottan vélelmezte, hogy valójában maga Kohut rejtőzik a „Mr. Z.”

megjelölés mögött, és az ő esetéről van szó. Kohut Ruth Eisslerhez járt analízisbe Chicagóban, de nem szerette, ezért abbahagyta ezt a terápiát, és ettől fogva saját magát analizálta – ahogy egyébként Freud is tette. Nála, vagy lányánál, Anna Freudnál is előfordult, hogy saját anyagát úgy prezentálta, mintha páciensektől származott volna (Saltzman, 1998). Charles Strozier (2001) Kohutról szóló biográfiájában egyenesen úgy kezeli Mr. Z. esettörténetét, mintha az Kohut memoárja lenne.

Bárki legyen is az eset alanya, az biztos, hogy Kohut végezte a két (ön)analízist. Az első analízis idején, ami négy és fél évig tartott, heti öt alkalommal, Mr. Z. a húszas éveiben járt, és a nőkkel való kapcsolat kialakításának problémáival, illetve különböző pszichoszomatikus tünetekkel (tenyérrizzadás, szívdobogás, gyomorpanaszok) jelentkezett Kohutnál. Az első analízis befejezése után öt évvel következett a második, hasonló időtartamban és gyakorisággal. Mr. Z. továbbra is sikertelen volt a nőknél, és ha képes volt is kapcsolatra, az csak mazochisztikus fantáziák által kísérve volt lehetséges a számára. A munkában sikertelennek, az életben általában boldogtalannak érezte magát. Az első analízist még a klasszikus freudi elvek szerint végezte Kohut, a másodiknál viszont már saját módszerét alkalmazta, melyben megjelentek a szelf szerkezetével, a nárcisztikus áttételekkel és a szelftárggyal kapcsolatos gondolatai és analitikus technikái is.

Kohut 1981-ben bekövetkezett halála után azonnal megindultak a szóbeszédok és találgatások „Mr. Z.”-vel kapcsolatban, és a kortársak számos párhuzamot találtak Kohut személyes tulajdonságai és életrajza, illetve az eset jellegzetességei között, sőt Kohut felesége és fia is megerősítette, hogy valószínűleg saját magáról mintázta Mr. Z. alakját (Saltzman, 1998). Ilyen párhuzam például, hogy Kohut apja is hosszan távol volt a családtól az I. világháborúban, és miután visszatért, súlyos depressziótól szenvedett. Kohut – hasonlóképp „Mr. Z”-hez – szintén otthon tanult egy házitanítóval, akihez nagyon kötődött, és akit a nyári tábor tanárával azonosítottak az esettanulmányban. Kohutot is sérülékeny embernek írták le, akinél a nárcizmus iránti érdeklődés nem csupán elméleti, hanem személyes kiindulópontú volt, és ezért is védekezett sokszor távolságtartással és mások látszólagos elutasításával. Többen azt vélelmezték, hogy a Mr. Z első analízise valójában Kohut Ruth Eisslerrel folytatott terápiáját írja le, a második pedig az ön-analízisét. Paul Ornstein, aki barátja, kollégája és szerkesztője is volt Kohutnak, sokkal fontosabbnak tartotta e párhuzamoknál, melyeket egyébként ő sem vetett el, hogy a két analízisben miként tükröződik Kohut elméletének fejlődése (Saltzman, i.m.). Érdekes viszont, hogy bizonyos azonosságokat a mester és barát iránti tisztelet nem engedett elképzelni az utódoknak. Paul Tolpin, aki analízisbe is járt Kohuthoz, így számolt be erről Saltzmannak:

„Olyan sok közös pont volt az ő története és Mr. Z. között. De valószínű, hogy bizonyos részeket a saját, másokat pedig a páciensek eseteiből rakott össze. Nehéz ugyanis elképzelni,

hogy Kohut a saját széketét megkóstolta volna, mint ahogy az az esettanulmányban áll. [...] Azt hiszem, nem szeretünk így gondolni a vezetőinkre. Nekik olyan egészséges embereknek kell lenni, akik képesek megérteni a betegeket.” (Saltzman, 1998, o. n.)

Hangsúlyozza továbbá, hogy valójában az számít, hogy egy szerző megállapításai autentikusak legyenek, és valós tapasztalatból származzanak – legyen az saját vagy kliensei esete és tapasztalata. Utolsó, posztumusz művében maga Kohut (1984) is erre utal az eset kapcsán, kiemelve a második analízis jelentőségét elméletei fejlődése szempontjából:

„Világosan láttam a második analízisben, hogy ez a páciens biztosan szembesített engem, sok más analizáltamhoz hasonlóan, azzal a felismeréssel, hogy a szükségletei elsődlegesek, valóságos és nem defenzívek voltak. De míg korábban [...] csendesen meghoztam a kompromisszumaimat a fennálló elmélettel és technikával kapcsolatban, most nagyobb szükségét éreztem annak, hogy vizsgálat alá vegyem azokat az erőket, melyek azt követelték, hogy figyelembe vegyem, amit látok és ahogy látom. Ezek az erők azt súgták, hogy nem csupán ki kell állnom az új felismerések mellett a klinikai helyzetben, hanem [...] az egyéni pszichológia eredményeit általánosabb szintre kell emelnem, egy gondosan megválasztott, jól definiált terminológiában megfogalmazni, és a szélesebb tudományos közösség elé tárni.” (Kohut, 1984, 88.)

Ebből az idézetből is kitűnik, hogy a (saját) eset feldolgozása és bemutatása egyfelől az analitikus elmélet, másrészt maga az elméletalkotó és analitikus – Kohut – szakmai autonómiájának fejlődését is illusztrálja. Amint Strozier (2001) biográfiája is utal rá, nem kevés küzdelem és bátorság volt szükséges ahhoz, hogy a korabeli amerikai analitikus közösségben a teória és a módszer evolúcióját nagyrészt a gondolatok egymástól való átvétele, nem pedig az önálló ötletekkel való előrukkolás jelentette. Ez magyarázhatja azt is, hogy Kohut Mr. Z. alakja mögé rejtőzve tudta csak bemutatni, hogy mit jelent terápiában lenni egyik vagy másik technika – és egyik vagy másik szakember – mellett. Hasonló dilemmák és a szakmai fejlődés változásai tükröződnek a következő híres személyes terápiáról szóló esetben is.

Harry Guntrip esete a „befejezett és vég nélküli” analízisekkel

Harry Guntrip (1901–1975) a brit tárgykapcsolati iskola egyik meghatározó alakja volt. Terápiás és elméletalkotó munkássága mellett személye azért is érdekes, mert egyike azoknak, akik igen hosszú és alapos pszichoterápiában vettek részt, még hozzá világviszonylatban is meghatározó jelentőségű analitikusoknál, de a terápia mégsem járt sikerrel – és minderről részletes beszámolót, saját esetelemzést is adtak (Guntrip, 1975/2005). Guntrip esete azért is nagyon fontos és tanulságos, mert – amint a fentiekben Kohutnál is láttuk – bevilágít abba a folyamatba is, hogy az analízis hatására miként formálódott a saját elmélete, sőt a tárgykapcsolati pszichológia klasszikus paradigmája is. Egy másik párhuzam Kohuttal, hogy önfeltáró esetbeszámolójukat mindketten az életük végén közölték.

Guntrip első analízisét Ronald Fairbairnnél, a másodikat pedig Donald Winnicottnál, a tárgykapcsolati irányzat két alapító atyjánál folytatta. 1949-ben olvasta Fairbairn írásait, és azért ment hozzá, mert ugyanazon az elméleti platformon álltak. Fairbairn azt mondta neki, hogy „Nem tudom, mi más motiválhatna bennünket, hogy pszichoterapeuták legyünk, mint hogy magunknak is voltak problémáink.” (Guntrip, i.m. 64.)

Az értelmezést önmagában nem tartotta gyógyító erejűnek, hanem azt gondolta, hogy a kapcsolat gyógyít. Addigra már Guntrip is foglalkozott egy könyvében a kapcsolat jelentőségével az analízisben (Guntrip, 1949). Mind Fairbairn, mind pedig Winnicott irányultsága erősen a freudi elméletben gyökerezett, de különböző módon ágaztak el onnan, majd végül ismét közeledtek egymáshoz, amit Fairbairn világosabban felismert. Az 1950-es években Fairbairn ortodoxabb volt a technika terén, mint Winnicott. Guntrip több mint ezer órát töltött Fairbairnnél 1949-től 1959-ig, és több mint 150-et Winnicottnál 1962 és 1968 között. Minden ülésről feljegyzéseket készített, és megőrizte az összes levelezésüket is. Winnicott meg is jegyezte neki, hogy senkivel nem találkozott korábban, aki ilyen pontosan tudta volna, hogy ő miket mondott az előző ülésen.

Guntrip azért ment terápiába, hogy megszüntesse a testvére halálával kapcsolatos amnéziáját, „bármi legyen is mögötte”, és megértse a szerinte ide kapcsolható „skizoid izolációját” és realitás-hiányát, melyet anyjával való korai kapcsolata okozhatott. Egyik analízis sem tudta megszüntetni ezt a 3 és fél éves kori traumatikus emlékével kapcsolatos amnéziáját. Viszont később, jóval az analízisek után megszűnt a probléma. Amint Guntrip fogalmazott: „felpuhult” az elfojtás.

Amint beszámol róla, a testvére, Percy halála után négy év küzdelmet folytatott az anyjával a kapcsolatért, majd feladta, és anyjától érzelmileg eltávolodva nőtt fel. Fairbairn nagy jelentőséget szentelt ennek a terápiában, rendszeresen visszavitte Guntripet a háromszemélyes ödipális konfliktushoz, a kleini „tárgy-hasításhoz” és a Fairbairn-féle „ego-hasításokhoz”. Amikor Guntrip az Ödipusz-komplexusról kérdezte Fairbairnt, ő meglepetésére azt válaszolta, hogy az Ödipusz-komplexus középponti jelentőségű a terápiában, de az elmélet szempontjából elhanyagolható.

Amikor az öccse meghalt, és Guntrip, aki akkor három és fél éves volt, meglátta őt az anyja ölében meztelenül, kérlelte az anyját, hogy ne engedje el Percy-t, majd amikor az anya kiküldte őt a szobából, hirtelen olyan súlyosan megbetegedett, hogy az orvosok nem tudtak vele mit kezdeni. Anyja elküldte őt a testvéréhez (Guntrip nagynénjéhez), ahol a családi közegben helyrejutott.

„Fairbairn és Winnicott egyaránt azt gondolták, hogy meghaltam volna, ha anyám nem küld el akkor magától. Ennek az emléke teljesen el volt fojtva. Az amnézia egész életemben kitarított, két analízisen át, hetvenéves koromig, három évvel ezelőttig. De közben ott működött

bennem és megjelent fel nem ismert analóg események hatására. 26 éves koromban az egyetemen jó barátságba kerültem egy fiúval, aki fivér-figura lett számomra. Amikor hazamentünk a nyári szünetre (én az anyámhoz), rám tört egy titokzatos kimerüléssel járó betegség, ami azonnal elmúlt, ahogy eljöttem otthonról és visszamentem a kollégiumba. Nem merült fel bennem, hogy a kollégium ugyanazt jelentette, mint a nagynéném családja.” (Guntrip, i.m. 69.)

Hétéves koráig Guntrip ki volt téve az anyja dühödt támadásainak, majd ahogy iskolába került, sikerült valamennyire „függetlenítenie” magát. A Fairbairnnél töltött analízis során öccse halálával és ezen időszak – tehát Guntrip három és fél éves korától hét éves koráig tartó – történéseivel foglalkoztak: a félelmekkel, haraggal, büntudattal, átmeneti pszichoszomatikus tünetekkel.

A terápiás kapcsolat és a tárgykapcsolatok

Fairbairn nem volt annyira jó a személyes kapcsolatteremtésben, mint amennyire azt az írásaiban hangsúlyozta, sokkal inkább „technikai értelmező” volt, legalábbis a Guntrippal való kapcsolatban. Korábban sokat dolgozott pszichotikusokkal, regresszióban lévő páciensekkel és gyerekekkel, és ez alapján jutott arra a következtetésre, hogy nem a személy fejlődési szintje, hanem a kapcsolat minősége a fontos a terápiában. Ennek ellenére Guntrip azt élte meg nála, hogy Fairbairn egyre inkább visszatért a klasszikus, értelmező analitikus szerepébe, miközben Guntripnak arra volt szüksége, hogy a súlyos gyerekkori trauma szintjére regrediáljon. Ezt írja Fairbairnről:

„Az üléseken formális volt, intellektuálisan precíz, értelmező analitikus, de az ülések után az elméletet beszéltek meg, és akkor felengedett, így megláthattam Fairbairn emberi arcát, ahogy szemtől szembe beszélünk. Valójában a megértő, jó apám volt az ülések után; az áttételben az üléseken pedig a domináló, rossz anyám, aki pontos értelmezéseket szabott ki rám.” (Guntrip, i.m. 66.)

Érdekes, ahogy Guntrip bemutatja a két analitikus rendelője és az atmoszféra különbségét. Fairbairn edinburghi házában elegáns, arisztokratikus, de súlyos bútorokkal berendezett, feszélyező környezetben folyt az analízis. Guntrip az ülések hosszú során át feszengett a díványon, attól félve, hogy a mögötte ülő analitikus akár fejbe is verheti, amíg egyszer rájött, hogy ő választotta ezt a kényelmetlen pozíciót, és nyugodtabban is elhelyezkedhet. A több mint ezer ülés úgy telt el, hogy Fairbairn soha nem nyújtott neki kezet. Majd amikor Guntrip realizálta, hogy a legutolsó ülés után is így engedte volna el az analitikus, hirtelen kinyújtotta a kezét Fairbairn felé:

„Kinyújtottam felé a kezem, és ahogy megfogta, hirtelen néhány könnycseppet láttam legördülni az arcán. *Megláttam ennek az éles elméjű és szégyenlős természetű embernek a meleg szívét.* Később mindig meghívott a feleségemmel együtt teára, amikor az anyósomat látogattuk Perthshire-ben.” (Guntrip, i.m. 69. Kiemelés az eredetiben.)

Ezzel szemben Winnicott rendelője sokkal színesebb, kellemesebb, „páciens-barát” volt, és maga Winnicott is közvetlenebbül viselkedett (teázott az ülés során, barátságosan kezet nyújtott a pácienseknek, stb.).

1957-ben hirtelen meghalt Guntrip barátja, régi kollégiumi társa, akivel kapcsolatban 1927-ben átélte az első „Percy-betegséget”. Majd Fairbairn is hosszú időre megbetegedett. Ez idő alatt írta meg Guntrip – részben az analízis hatására, részben a kieső saját terápiát „pótlandó” – a később *Schizoid Phenomena, Object-Relations and the Self* (1968) címmel megjelent könyvének három fejezetét.

Amikor 1959-ben Fairbairn visszatért a munkába, a következő fontos értelmezést adta Guntripnek: „Azt hiszem, a betegségem óta már nem vagyok sem a jó apa, sem a rossz anya a maga számára, hanem a fivére, aki cserbenhagyja magát.” (Guntrip, i.m. 72.) Guntrip erre felismerte, hogy nem tudja megoldani a problémáját az analízisben. Be akarta fejezni a terápiát, de azt érezte, hogy akkor utána már nem lesz ott számára Fairbairn segítségként. Így ír erről:

„Miután Fairbairn fivérem lett az áttételben, az ő *elvesztése* akár úgy, hogy befejezem az analízist vagy úgy, hogy folytatom az ő haláláig, Percy halálát reprezentálta volna, én pedig a traumatikus esemény teljes hatása alatt ott maradnék egyedül. Tudott volna-e segíteni ezen Fairbairn áttételi analízisben? Abban az esékeny állapotában nem, úgyhogy kiterjesztettem az analízist még az év végéig. Sok ok miatt hálás lehettem azért, hogy velem maradt ebben a gyenge állapotában is, mindaddig, amíg elértem a kritikus belátást.” (Guntrip, i.m. 72. Kiemelés az eredetiben.)

Winnicottal Fairbairn ismertette meg Guntripot. Hat éven keresztül járt hozzá, összesen körülbelül 150 órát. Az ő segítségével sikerült feltárni, hogy Guntrip anyja eredetileg teljesítette a természetes anyai funkciókat, és csak az öccse halála után lett depressziós és rideg, bántalmazó. Winnicott segítségével tehát rekonstruálni tudták a jó anyát – akivel annak idején nem alakult ki kapcsolat. Winnicott szerint Guntripnek már Percy halála előtt is lehetett valamilyen betegsége, és azt érezhette, hogy az anyja magára hagyja. Percyre saját koragyerekkori szelfjeként tekinthetett, mint akinek szüksége van a törődésre. Amikor meghalt, Winnicott értelmezése szerint Guntripnek „semmije sem maradt”, és összeomlott. Winnicott ezt így kapcsolta össze az analízis történéseivel:

„A maga problémája az, hogy az összeomlással járó betegség soha nem oldódott meg valójában. Ennek ellenére kellett életben tartania magát. De nem veheti biztosra, hogy tovább tud élni. Keményen kell dolgoznia a saját létezéséért. Fél attól, hogy megállítsa a cselekvést, a beszédet; ébren kell maradnia. Attól fél, hogy meg fog halni egy „résben” két dolog között, mint Percy, mert ha megállítja a cselekvést, a mama nem tud semmit sem csinálni. Nem tudta megmenteni Percyt és magát sem. Attól fél, hogy én sem tudom életben tartani, ezért a havonkénti üléseink közti réseket összeköti a feljegyzéseivel.” (Guntrip, i.m. 74.)

Majd később:

„Elkezdett attól félni, hogy elhagyom magát. Attól fél, hogy a csend az elhagyással egyenlő. A rés nem azt jelenti, hogy maga elfelejti az anyját, hanem hogy az anyja elfelejti magát, és ezt most átéli velem. Megtalál egy korábbi traumát, amiből talán soha nem épül fel a Percy-féle trauma ismétlése nélkül. A velem kapcsolatos áttételben emlékeznie kell arra, hogy az anyja elhagyta magát.” (Guntrip, i.m. 75.)

Guntripre nagyon nagy hatással volt ez az értelmezés. A Percy halálával kapcsolatos amnéziát azonban ebben az analízisben sem sikerült feloldani, de később rájött, hogy a Winnicottal való analízis jelentős mértékben formálta a haláleset traumájával kapcsolatos attitűdjét. Rávilágított arra, hogy nem csak Percy halála volt a trauma, hanem az a félelem, hogy egyedül marad az anyával, aki nem tudja őt megtartani.

Guntrip 1969-ben találkozott utoljára Winnicottal. Nagyon érdekes, hogy egy évvel ez után, 1970-ben (69 éves korában) orvosai azt mondták Guntripnek, hogy súlyosan agyon dolgozta magát, és ha nem megy nyugdíjba, „a természet megteszi a magáét”. Ezt az „anya-természet” támadásaként értelmezte, amely most végleg lerombolja az aktív szelfjét. Megfigyelte ugyanis, hogy amikor pihent, mindig erős késztetést érzett, hogy visszamenjen a múltba, konkrétan a fivér-figurának tekintett barátja 1938-as halálához. Amikor a nyugdíjba vonulást, a „teljes pihenést” javasolták neki, úgy érezte, szembe kell néznie ezzel, és elhatározta, hogy megírja az élettörténetét. Eközben megbetegedett, tüdőgyulladást kapott, és öt hétre kórházba került, ahol azt tanácsolták neki, hogy pihenjen, mert „túl aktív”. Ekkor realizálta, hogy a nyugdíjba vonulás – és általában a pihenés – az anyával való küzdelemben szenvedett vereséget, „az aktív szelf feladását” reprezentálta számára.

1971-ben Winnicott megbetegedett, majd meghalt. A halálhírről értesülve Guntrip álmában megjelent az anyja, tiszta feketében, és nem nézett Guntripra, aki ott állt a másik oldalon, teljesen ledermedve. Először azt hitte, hogy itt is a Percy trauma ismétléséről van szó. Azonban meglepetésére egy hosszú álom-sorozat kezdődött, ahol bejárta az összes házat – visszafelé az időben –, ahol lakott, majd végül eljutott a gyerekkori házba, ahol apja mindig támogató, anyja pedig ellenséges volt – de Percy nem jelent meg. Végül azonban elkövetkezett a „mindent magyarázó” álom, mely feloldotta a sok évtizedes amnéziát is öccse halálával kapcsolatban:

„Egy másik férfival voltam, saját magam megkettőződéseként, és mindketten egy halott tárgy felé nyúltunk. Hirtelen a másik férfi összerogyott. Rögtön ezután az álom átváltott egy kivilágított szobára, ahol újra láttam Percy-t. Tudtam, hogy ő az: egy nő ölében ült, akinek nem volt arca, karja, vagy melle. Csak egy puszta öl volt, amiben ülni lehet, nem egy személy. Percy mélyen depressziósnak tűnt, a szája legörbült, én pedig megpróbáltam felvidítani.” (Guntrip, i.m. 77.)

Guntrip úgy értelmezte az álmot, hogy az elérhetetlen halott tárgy Percy volt, aki mögött azonban ott volt az „arctalan”, fekete depressziós anya, aki egyikükhöz sem tudott kapcsolódni. Ez az álom vezette el Guntripot a kiinduló trauma feldolgozásához, melyet a Fairbairnrel és Winnicottal végzett hosszú analízisek anyagának újragondolása és jegyzetei újraolvasása révén valósított meg – húsz év után! Értelmezése szerint ez azért történhetett meg, mert tudattalan fantáziájában Winnicott foglalta el a rég halott anya helyét. Winnicott, akit nem érzett halottnak (a halála után sem), ellentétben anyjával, aki már életében is halott volt a számára, és így nem engedte, hogy Guntrip akadálytalanul megélhesse a „valódi szelfjét”. Apját mindig élőnek érezte, a halála után is. Guntrip itt Winnicott azon szállóigéjét idézi mely szerint „nincs olyan, hogy csecsemő”, hanem csak csecsemő és anya van, illetve Fairbairn azon gondolatát, hogy az alapvető pszichikus realitás a személyes tárgykapcsolat. Ugyanez vonatkozik a terápiára is, amely Guntrip értelmezésében „interakciók folyamata, két változó függvénye, azaz két személy együttműködése a szabad, spontán növekedés érdekében, ahol az analitikus ugyanúgy növekszik, mint a kliense”. (Guntrip, i.m. 78). Guntrip összegzésében Fairbairn szerepe az „apai” funkció volt, ahol „pontos, logikus koncepciók” segítségével lehetett megvilágítani a folyamatokat, míg Winnicott „imaginatív hipotézisekkel” közelített a „valódi és hamis szelfek” világában való eligazodásban. Felhívja a figyelmet arra is, hogy valószínűleg nincs olyan analitikus, aki a kliens minden igényét ki tudná elégíteni (minden problémájával tudna dolgozni). Azonban hangsúlyozza azt is, hogy ha valaki meg tudja találni a „jó tárgyat” az analitikusában, az egyszerre áttételi és valós kapcsolati élmény.

Az eset utóélete a későbbi értelmezésekben

Guntrip esetével több szerző is foglalkozott a későbbiekben, és voltak, akik némiképp csalódottan megjegyezték, hogy Guntrip, aki maga is jelentős teoretikus volt (a poszt-freudiánus és poszt-kleiniánus irányvonal egyik legfőbb képviselője), és a 20. század legkreatívabb analitikusaival töltött hosszú éveket terápiában, csupán a „gyilkos anya áldozata” értelmezést tudta kihozni az analíziséből (Carveth, 2007). Felvetik, hogy vajon miért nem tudott eljutni ahhoz az evidensen kínálkozó értelmezéshez, hogy megnyomorította őt a testvére halálával és az anyával kapcsolatos, saját gyilkos indulataiból redő büntudat.

Carveth (i.m.) szerint Guntrip tüneteit a 19. században neuraszténiaként, ma pedig krónikus fáradtság szindrómaként diagnosztizálnák. Úgy vélte, hogy a Guntrip által kidolgozott személyes kapcsolati terápia (*personal relations therapy*), amely valójában Guntrip saját analízise is volt (Carveth szerint nem valódi analízis), a szülőkhöz fűződő kapcsolat helyreállítását, jóvátételét szolgálja. Ebből a szempontból pozitív, viszont veszélye lehet, hogy kiszolgálja az analitikus megoldatlan omnipotencia-igényét, azáltal, hogy „új, valódi kapcsolatot” kínál. Vajon ezért lett félretéve (félrenézve) Guntrip analízisében a destrukció és a büntudat prob-

lémája? Továbbá Carveth felveti azt is, hogy amikor Guntrip a súlyos regresszióban lévő skizoid páciensek terápiájával kapcsolatban azt írja, hogy „szó szerint újjászülettek”, személyiségük alapjaitól „újranövekedtek”, akkor nem a *furor sanandi*, azaz a gyógyító szenvedély elhatalmasodását látjuk-e egy olyan szakembernél, aki lelkipásztorként is dolgozott. Carveth talán kissé erős iróniával azzal vádolja Guntripot, hogy a valós vagy képzeletbeli bűnök (mágikus) jóvátételének tudattalan vágyától hajtva mintegy Jézussal szeretne azonosulni, aki Lázárt feltámasztotta. Hasonlót fogalmazott meg Ronald Markillie, Guntrip barátja és kollégája is:

„A legnagyobb kritika, amit vele kapcsolatban megfogalmazhatok, és ami engem meglepett, az volt, hogy szövetségre lépett a pácienseivel a rossz tárggyal szemben, ami még tovább rontotta a folyamatot. [...] Ennek következtében a páciens még dependensebb lett, mint valaha; képtelenné vált a reparációra, mivel nem játszhatta végig az eseményekben a saját részét.” (Markillie, 1996, 769.)

Guntrip esetével foglalkozva több szerző felhívja a figyelmet arra, hogy valójában kiélte a testvére meggyilkolásával kapcsolatos fantáziáját az analitikusaival: egyiknek sem engedte, hogy sikeres legyen az analízisében (nem tudták megoldani az öccse halálával kapcsolatos amnéziát), ily módon impotenssé tette őket, elvette tőlük a megbízatásukat (Carveth, 2007; Padel, 1996; Glatzer és Evans, 1977). Viselkedését az analitikusaival való rivalizáció, a másik személyt destruáló intenzív és kényszeres versengés jelének tekintik. Nárcisztikus grandiozitásként értelmezik, hogy Guntrip analízise azt a benyomást kelti, mintha senki más nem tudná őt analizálni, csak saját maga. A tények valahol valóban ezt igazolják: az amnézia feloldása és a rejtély kulcsának megtalálása csak akkor következhetett be, amikor az analitikusok (és a szülők) már meghaltak, amikor a rejtély tovább nem boncolható, a személy tovább nem analizálható. Ezt erősíti az is, hogy az analízisét és az életét összefoglaló tanulmány közvetlenül a halála után jelent meg, magán viselve a halál, a minden jelentést felülíró erő tabusító pecsétjét. Markillie (1996) is megjegyzi, hogy a cikk címeként inkább azt kellett volna adnia Guntripnek, hogy „Ön-analízisem”. Ami a bűntudat problémájának „elnézését” illeti, Carveth (2007) szerint ez abból adódott, hogy valószínűleg elviselhetetlen volt, nem tolerálható a szelf által, és így ki kellett telepíteni, rá kellett vetíteni az anyára. Önellátó terápiájában jobb anyja tudott lenni saját magának, az általa végzett analízisekben pedig a pácienseinek.

Kettős tükörben: James Bugental és terapeuta-kliensei

James Bugental (1915–2008), nagyhatású amerikai humanisztikus-egzisztencialista pszichoterapeuta ötven éves praxisa során számos szakember terápiáját végezte: klinikai pszichológusokét, pszichiáterekét, családterapeutákét és szociális munkásokét (Heery és Bugental, 2005). Megfigyelése szerint a terapeuták gyakran azért mennek terápiába, mert

ők is szeretnének részesülni „abból a jóból”, amit a páciensek kapnak: a fejlődés, a változás és a személyes növekedés lehetőségéből.

Bugental tapasztalata alapján teljesen más olyan személyekre figyelni, akik maguk is képzetek a figyelésben. Egyfelől ők nagyon motiváltak a munkára (hogy magukra figyeljenek), másfelől viszont nem tudják kikapcsolni, hogy a másokra – a terapeutára – is folyamatosan figyeljenek, tehát a „másod-terapeuta” vagy a szakmai kritikus mindig ott dolgozik bennük. Az, hogy ez a „másod-terapeuta” állandóan ott dolgozik – értékel, kritizál, jóváhagy, jutalmaz –, rengeteg ellenállást is létrehoz. Hasonlóképp megjelenik a versengés is, amit azonban a terapeutának nem az üzenet tartalma („én jobban tudom”), hanem a folyamat oldaláról kell megragadnia. Hasonlóképp gyakori, hogy a kliens-terapeuta megpróbálja „haverságba” vonni a terapeutát, más kollégákkal kapcsolatos megjegyzéseket téve cinkos összekacsintással, vagy szakmai megbeszéléssé alakítani az ülést, „valójában partnerek vagyunk” felkiáltással. Ez nagy kihívást és csábítást jelenthet a terapeutának, hiszen mindenki szereti, ha szakmailag értékelik. Azonban a „haverság” nem szolgálja sem a kliens, sem a terápiás folyamat érdekét, így ilyenkor érdemes szupervíziót igénybe venni. Hasonlóképp segíthet a szupervízió a terapeuta számára saját teljesítményszorongása leküzdésében, és óvhatja a másik véglet, a „mindentudó szuperterapeuta” kép kialakításától is.

Bugental egy esetpéldával világította meg, hogy milyen nehéz egy tapasztalt szakembernek saját problémájával terapeutához fordulni:

„Laura, nevezzük így, egy állami mentális egészségügyi ellátónál dolgozott húsz éve, és most saját maga számára kért időpontot. Első telefonhívásában több kérdést felvet a titoktartással kapcsolatban. Közös-e a rendelőm előtere valaki mással? Láthatja-e bárki is, amikor hozzám jön, vagy távozik tőlem? A hangja nagyon óvatos. Szeretne biztosítékot, hogy senki nem tudja meg, hogy hozzám jár. Teljes bizonyossággal nem ígérhetek meg semmit, de azt igen, hogy a találkozásaink köztünk maradnak.

Amikor az első interjúra jön, hallom a szorongást a hangjában. Nem a szavaira koncentrálok, hanem a dallamra a szavai mögött. Sírást hallok a hangjában. A rövid találkozás során nagyon elkülönültnek tűnik a terápiás munkájától. Azért lép ki a saját szakmai területéről, mert egy olyan típusú pszichoterápiát szeretne, ami teljesen különbözik a saját gyakorlatától. A fizikai jelenlétem biztosítása átmenetileg csökkenti a feszültségét, ami azt jelenti, hogy a munkánk máris elkezdődött.” (Heery és Bugental, 2005.)

Laura több évig járt a terápiába, ahol főként az ellenállások átdolgozása zajlott. Fokozatosan jobban érezte magát a bőrében: sikerült elfogadnia saját másságát egy rendszerben (az állami ellátásban), amely nem tükrözte teljesen az ő értékeit. Végül megtanult egy új eljárást, melyet magánpraxisban folytatott tovább, az állami munkahelyén pedig félállásban maradt.

Bryan Wittine (2005) a San Franciscói C.G. Jung Intézet munkatársa. Amikor Bugentalhoz ment, már túl volt különböző terápiákon. De úgy érezte, egyik sem adta meg az élet

értelmével, a spiritualitáshoz való viszonytal kapcsolatos dilemmák mélyebb feldolgozásának a lehetőségét. A konkrét esemény, ami miatt terápiába ment, egy tízéves házasság utáni válás volt.

Wittine úgy érezte, hogy Bugental „tanította meg” a valódi Én és a konstruált Szelf elkülönítésére. Valamiképp apjának is tekintette a terapeutát, mivel saját apját távoli figurának érezte, és mindig kereste a „jó” apát. Az anyja szeme fénye volt (és mint írja, ezért fejlesztett ki egy grandiózus ént), miközben apja azt szeretette volna, hogy olyan legyen, mint a többi fiú, ne pedig olyan kreatív, művészi hajlamú gyerek. Ezért az apjával soha nem tudott azonosulni, és a férfi mentorokat is kerülte.

Bugental az első telefonbeszélgetéskor közölte, hogy heti 3-4 alkalommal kell mennie, és egy óra 75 dollárba kerül. Ez nagyon nagy befektetés volt Wittine számára, főként hogy másfél óra autóútra volt a rendelője.

Bugental terápiája az itt és mostra fókuszált, a kliensnek saját testérzéseit kellett megfigyelnie és éreznie, és ezáltal előhívni az aggodalmait, gondolatait, majd újra megfigyelni, hogy ezek milyen érzéseket váltanak ki benne.

A legmeghatározóbb élményt és a legnagyobb változást elősegítő tapasztalatot az jelentette Wittine számára, amikor Bugental egy alkalommal legmélyebb saját érzéseit osztotta meg vele. Ez annak kapcsán történt, hogy egyszer Bugental megbetegedett, de Wittine nem kapta meg az értesítést, és feleslegesen autózott oda és vissza másfél órát. Amikor az ezzel kapcsolatos neheztelését szóvá tette, Bugental hosszan hallgatott, majd a következőt mondta:

„Igazad van. Saját bajaimmal voltam elfoglalva. [...] A barátom, Al halálával, a barátság végével [...] a magánrendeléselem bezárásával, végével, [...] azzal, hogy közeledik az életem vége...” Wittine itt úgy érezte, hogy megnyílik alattuk a föld, és bejutnak a nagy, szent, föld alatti kamrába:

’Sokat gondolsz a halálra, Jim?’

’Elég sokat, Bryan.’

’Félsz tőle?’

Most ismét csend lett, még mélyebbre kerültek a kamrában:

’Nem, nem félek különösebben. Már nem. Régebben félttem. Most már inkább kíváncsi vagyok, nagyon kíváncsi.’” (Wittine, 2005, 119.)

Wittine tudta, hogy ez a legmélyebb igazság, mivel a kamra energiája tele volt pozitív elektromossággal. Ez volt a terápiája egyik leginkább gyógyító pillanata, mert úgy érezte, hogy egy apafigura megnyílt neki, és megmutatta, hogy méltó a bizalmára (amiről úgy érezte, hogy apjától nem kapta meg).

A hároméves analízis Bugentalnak a magánrendelésből való visszavonulása miatt, Wittine szerint „idő előtt” ért véget. Annak ellenére, hogy a Bugentallal folytatott analízis

igen komoly sikereket hozott Wittine szakmai és magánéletében egyaránt, csak további hosszú analitikus munka során dolgozta fel a fontos mentor és apafigura elvesztését és az idealizáló pozitív áttételt:

„Biztos vagyok benne, hogy a terápiám évekig tartott volna még, ha Bugental a praxisban marad. [...] A lezárás traumatikus volt számomra, és pár hónappal utána új terapeutát kezdtem keresni. Ez a keresés fájdalmas és csalódáskeltő volt, mert egyik terapeuta sem Bugental volt. Sok évig tartott, amíg feldolgoztam ezt a lezárást, és internalizálni, integrálni tudtam Bugental képét. Évekbe került, míg jungi analitikusoknál sikerült »feldolgoznom« őt, és el tudtam kezdeni a pszichoterápiát olyan kreatív és autentikus módon, ami nem tűnt az ő egyszerű másolatának. [...] Még mindig magam mellé képzelem, hogy ott ül, amikor a klienseimet hallgatom. De ugyanúgy érzem magamban a jungi analitikusaim és eset-konzulenseim jelenlétét is. Időnként arra gondolok, hogy elődeim egész tanácsa vesz körül, és terelgeti fiatalabb kollégájuk karrierjét.” (Wittine, 2005, 127.)

Zárszó helyett Wittine utolsó mondatát hangsúlyozhatjuk: a terapeuták és más segítő foglalkozású szakemberek személyes terápiájának egyik legfontosabb hozadéka az lehet, hogy az „elődök tanácsa” integráns módon feldolgozva és beépülve a szakember szakmai énjébe segítse a saját esetekkel kapcsolatos munkát és a személyes növekedést.

IRODALOM

- BAKÓ T. (2004). Belső szupervízió és kontrollanalízis. *Thalassa*, 15(2):118-127.
- BEARSE, J.L. – MCMINN, M.R. – SEEOBIN, W. – FREE, K. (2013). Barriers to Psychologists Seeking Mental Health Care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(3):150-157.
- BERMAN, E. (2005). On analyzing colleagues In: Geller, J.D., Norcross, J.C. és Orlinsky, D.E. (eds.): *The Psychotherapist's Own Psychotherapy. Patient and Clinician Perspectives*. Oxford: Oxford University Press. 235-254.
- BRIDGES, N. A. (1993). Clinical dilemmas: Therapists treating therapists. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63:34-44.
- CARVETH, D.L. (2007). Self-Punishment as Guilt Evasion: The Case of Harry Guntrip. *Canadian Journal of Psychoanalysis/Revue Canadienne de Psychanalyse*, 15(1):57-76.
- ERDÉLYI I. (2013). Interszubjektivitás és kontroll analízis kombinációja pszichoanalitikus szupervízióban. In: Erdélyi Ildikó: *Álomkönyv. Pszichoterápiás álommunka*. Budapest: Oriold és Társai. 93-113.
- FLEISCHER, J.A. – WISSLER, A. (1985). The therapist as patient: Special problems and considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(3):587-594.

- FREUD, S. (1913/2003). A pszichoanalitikus kezelés előfeltételei. Tanácsok a gyakorló analitikus számára. Ford. Ferenczi Sándor. In: Erős Ferenc (szerk.): *Sigmund Freud: Válogatás az életműből*. Budapest: Európa. 348-361.
- FREUDENBERGER H.J. (1986). The health professional in treatment: symptoms, dynamics, and treatment issues. In: Scott CD, Hawk J. (eds.): *Heal Thyself: The Health of Health Care Professionals*. New York: Brunner/Mazel. 185-193.
- GABBARD, G.O. (1995). When the patient is a therapist: Special challenges in the psychoanalysis of mental health professionals. *Psychoanalytic Review*, 82(5):709-725.
- GELLER, J.D. – NORCROSS, J.C. – ORLINSKY, D.E. (2005): *The Psychotherapist's Own Psychotherapy. Patient and Clinician Perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- GLATZER, H.T. – EVANS, W.N. (1977). On Guntrip's analysis with Fairbairn and Winnicott. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 6:81-98.
- GUNTRIP, H. (1949). *Psychology for Ministers and Social Workers*. London: Independent Press.
- GUNTRIP, H. (2005). My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott. How Complete a Result Does Psychoanalytic Therapy Achieve? In: Geller, J.D., Norcross, J.C. and Orlinsky, D.E. (eds.): *The Psychotherapist's Own Psychotherapy. Patient and Clinician Perspectives*. Oxford: Oxford University Press. 63-81. (Eredeti megjelenés: 1975, *International Review of Psycho-Analysis*, 2:145-156.)
- HAZELL, J. (1991). Reflections on my experience of psychoanalysis with Guntrip. *Contemporary Psychoanalysis*, 27(1):148-66.
- HEERY, M. – BUGENTAL, J.F.T. (2005). Listening to the listener. An existential-humanistic approach to psychotherapy with psychotherapists. In: Geller, J.D., Norcross, J.C. és and Orlinsky, D.E. (eds.): *The Psychotherapist's Own Psychotherapy. Patient and Clinician Perspectives*. Oxford: Oxford University Press. 282-296.
- HILL, C. (2005). The role of individual and marital therapy in my development. In: Geller, J.D., Norcross, J.C. and Orlinsky, D.E. (eds.): *The Psychotherapist's Own Psychotherapy. Patient and Clinician Perspectives*. Oxford: Oxford University Press. 129-145.
- KASLOW, F. W. (ed., 1984). *Psychotherapy with psychotherapists*. New York: Haworth.
- KOHUT, H. (1979). The two analyses of Mr. Z. *International Journal of Psycho-Analysis*, 60(1):3-27.
- KOHUT, H. (1984). *How Does Analysis Cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- KOVÁCS V. (1993). Kiképző analízis és kontroll-analízis [1933]. In: Kovács Vilma: *Fortunatus öröksége*. Budapest: Párbeszéd Könyvek. 67-76.
- MARKILLIE, R. (1996). Some personal recollections and impressions of Harry Guntrip. *International Journal of Psychoanalysis*, 77(4):763-71.
- NEMES L. (1999). Viszontáttétel és kiképző analízis. In: Bokor László (szerk.): *Pszichoanalízis és analitikus kiképző terápia*k. Budapest: Animula. 199-203.

- NORCROSS, J.C. – CONNOR, K.A. (2005). Psychotherapists entering personal therapy. Their primary reasons and presenting problems. In: Geller, J.D., Norcross, J.C. and Orlinsky, D.E. (eds.): *The Psychotherapist's Own Psychotherapy. Patient and Clinician Perspectives*. Oxford: Oxford University Press. 192-201.
- NORCROSS, J.C. – GRUNEBaum, H. (2005). The Selection and characteristics of therapists' psychotherapists. A research synthesis. In: Geller, J.D., Norcross, J.C. és Orlinsky, D.E. (eds.): *The Psychotherapist's Own Psychotherapy. Patient and Clinician Perspectives*. Oxford: Oxford University Press. 201-214.
- NORCROSS J.C. – GELLER, J.D. – KURZAWA, E.K. (2000). Conducting psychotherapy with psychotherapists, I.: prevalence, patients, and problems. *Psychotherapy*, 37:199-205.
- NORCROSS, J.C. – GELLER, J.D. – KURZAWA, E.K. (2001). Conducting Psychotherapy with Psychotherapists II. Clinical Practices and Collegial Advice. *J. Psychother Pract Res*, 10(1):37-45.
- ORLINSKY, D.E. (ed. 2005). *The Psychotherapist's Own Psychotherapy. Patient and Clinician Perspectives*. Oxford: Oxford University Press. 282-297.
- ORLINSKY, D.E. – BOTERMANS, J-F. – RØNNESTAD, M. H. (2001). Towards an empirically grounded model of psychotherapy training: Four thousand therapists rate influences on their development. *Australian Psychologist*, 36(2):139-148.
- PADEL, J. (1996). The case of Harry Guntrip. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77(4):755-61.
- SALTZMAN, R. (1998). Heinz Kohut, and the invention of Psychoanalytic self psychology. In: Robert Saltzman: *Psychotherapy as a personal confession*.
<http://www.dr-robert.com/PSYCHOTHERAPY%20AS%20PERSONAL%20CONFESSION.html>
- STROZIER, C.B. (2001). *The Making of a Psychoanalyst*. Chicago: Farrar, Straus & Giroux.
- SZŐNYI G. (2013). Személyes terapeuta és szupervízor – gondolatok a budapesti szupervíziós modell kapcsán. *Pszichoterápia*, 22(1):28-37.
- WITTINE, B. (2005). The I and the Self: Reminiscences of existential-humanistic psychotherapy. In: Geller, J.D., Norcross, J.C. és Orlinsky, D.E. (eds.): *The Psychotherapist's Own Psychotherapy. Patient and Clinician Perspectives*. Oxford: Oxford University Press. 114-129.

* * *