

Szemerey Márton

## A VISZONTÁTTÉTEL ÉS AZ EMPÁTIA TERHEI

### A testélmény szerepe a vikariáló traumatizáció kialakulásában

„Azzal a készséggel születünk, hogy [...] átéljük, amit mások tapasztalnak és részt vegyünk élményükben annál fogva, ahogyan idegrendszerük megragad bennünket. Az egyik valódi kérdés nem az, hogy ‘Mégis hogy történik ez?’ Erről egyre pontosabb képünk van. A valódi kérdés az, hogy ‘Hogyan állítjuk meg ezt a folyamatot azért, hogy ne legyünk állandóan valaki más idegrendszerének a foglya.’ Kell lennie jónéhány féknek a rendszerben, és feltehetően ez egy nagyon izgalmas kutatási terület lesz, amellyel eddig nem foglalkoztak.”  
(Stern, 2002)

Jelen tanulmány a vikariáló traumatizációval foglalkozik.<sup>1</sup> Az anyag összeállításakor két észrevétel vezetett. Az egyik, hogy az empátia és a viszontáttétel összefüggéseinek kérdése évtizedek óta foglalkoztatja a pszichoanalízis elméletalkotóit, és bár a végső válasz talán még nem tisztázott, a kettő lényegében közeli viszonyát illetően egyetértés látszik uralkodni. Fenichel (1945 [1990]) és Klein (idézi Brown, 2011) egyaránt a viszontáttétel alapos analízisében látják az empatikus készség működésének előfeltételét. Reich (1966 [1973]) számára a fő különbséget az jelenti, hogy míg az empátia az én működéséhez köthető, a viszontáttétel az ösztönén késztetésein alapul. Abend (1986) szerint mindkét jelenség az analitikus tudattalan receptivitásának egy-egy oldalát képviseli. Bollas (1987) hangsúlyozza, hogy a viszontáttételi élmények átélése időnként önmagában is az empátia aktusának tekinthető. Zepf és Hartmann (2008) modelljében az empátia a viszontáttétel egy aspektusaként szerepel, amely abban segíti az analitikust, hogy tudatossá vált viszontáttételi reakcióit a páciens belső világának megértése érdekében alkalmazza. Sokban hasonlít erre Geltner (2013) álláspontja is, aki a különböző viszontáttételi reakciók elemzésének részeként ismerteti az empátia megje-

<sup>1</sup> A tanulmányban egységesen a *vikariáló traumatizáció* kifejezéssel utalok arra, amikor a pszichoterápiás szcénában működő szakemberek, mindenek előtt a pszichoterapeuták, traumatizált személyekkel végzett munkájuk révén traumatizálódnak (Rothschild, 2006; Pearlman és Caringi, 2009). A hazai szakirodalomban előfordul a *másodlagos*-, a *vikarizációs*- és a *behelyettesítő traumatizáció* kifejezés is (Bakó, 2009; Herman, 2011).

lenési formáit. Ha nem is egyezik valamennyi szerző álláspontja az empátia és a viszontáttétel kapcsolatának részleteiről, látható módon jellemzően egymással szorosan összefüggő jelenségekként kezelik azokat. Ez az, ami miatt a viszontáttétel is releváns területnek tekinthető, amikor az empátia szerepét vizsgáljuk a vikariáló traumatizáció létrejöttében.<sup>2</sup> Egy további szempont, hogy jelen dolgozat mind a viszontáttétel, mind az empátia esetében a terapeuta testélményének kérdését középpontba állítva foglalkozik a vikariáló traumatizációval. Ezt az a felismerés indokolja, hogy az elmúlt években számos olyan publikáció született, amely a viszontáttételt, illetve az empátiát kifejezetten a pszichés trauma terápiájával kapcsolatban vizsgálja (Wilson és Lindy, 1994; Pearlman és Saakvitne, 1995; Siegel, 1996; Dalenberg, 2000; Wilson és Thomas, 2004; Pearlman és Caringi, 2009), mégis ezek legtöbbször csak érintőlegesen foglalkozik a terapeuta testérzeteivel és azok hosszútávon megmutató, esetenként traumatizáló hatásával.

## A testben átélt viszontáttétel és a vikariáló traumatizáció

### *A viszontáttétel mint testélmény a pszichoanalízisben*

A pszichoanalitikus szakirodalom eseteírásait olvasva számos olyan helyzettel lehet találkozni, amelyben a viszontáttételi reakció gondolatok, érzések, fantáziák vagy álmok mellett testi érzetek formájában is jelentkezik. Boyer (1979) a terápiás ülés során tapasztalt álmoságra révén tudta felismerni páciense felé érzett visszautasítását és haragját. Jacobs egyik páciensével kapcsolatban említi a következőket: „Rendszeresen azt vettem észre, hogy szívverésem gyors, a szám száraz, a zsigereim pedig feszültek és görcsösek. Egyre inkább világossá vált számomra, hogy mindez az elhallgatott dühöm jele, amely a rám irányuló rejtett dühre való válasz.” (Jacobs, 1986, 298.). Egy másik példa Anzieu (1985 [2016]) részletekbe menő elemzése a szagingerekre adott viszontáttételi válaszairól, amelyek egy férfival zajló analízis folyamatában váltak meghatározóvá. McLaughlin (1991) pedig egy terápiás elakadás kapcsán számol be egy önmaga számára szokatlan, mesterkélt kézmozdulat ismétlődéséről, amelyet idővel a viszontáttétel részeként tudott azonosítani. Mások mellett Bollas (1987) és Ogden (1992a) ugyancsak említést tesznek a terapeuta testérzeteinek lehetséges szerepéről a viszontáttétel mélyebb megértésében.

Úgy tűnik, hogy bár nem mindenki esetében megfigyelhetők, a terapeuta viszontáttételi reakcióinak igen változatos fiziológiai válaszok is részét képezhetik (Stone, 2006). Ezt a jelenséget, amely során az analitikus a terápiás kapcsolat keretében páciensére testi válasz-

---

<sup>2</sup> Egy harmadik idevágó témakört képvisel a projektív identifikáció és a vikariáló traumatizáció összefüggéseinek kérdése, ennek kifejtése azonban meghaladja e tanulmány terjedelmi korlátait, így eltekintek a taglalásától e helyen.

reakciókat is mutat, Gabbard (1986) fiziológiai viszontáttételnek (*physiological countertransference*) nevezi.<sup>3</sup> A borderline személyiségzavar terápiája kapcsán tesz említést róla, hogy a viszontáttétel e formája „magában foglalja a szimpatikus kisülés megjelenéseit, mint például heves szívdobogás, száraz száj és remegő végtagok.” (Gabbard és Wilkinson, 2000, 5). Krueger (2002) ide sorolja a terapeuta arra irányuló impulzusait is, hogy a páciens magához szorítsa, elringassa, megrázza, vagy egyéb módon illesse testét. Plakun (2007) áttekintésében az álmoságon, az agresszív és szadisztikus impulzusokon valamint a szexuális arousalon túl külön felhívja a figyelmet a terapeuta hangszínében, testtartásában és viselkedésében megmutatkozó, olykor alig észrevehető változásokra. Yarom (2015) a viszontáttételi reakciók testi dimenzióját a terapeuta valamennyi fizikai folyamatára kiterjesztve kettős osztályozást javasol: a külsőleg kifejeződő válaszokat, amilyenek a megbetegedés vagy a testsúlyszokatlan mértékű változása, szembeállítja az olyan belsőleg tapasztalható jelzésekkel, mint az émelygés, a fejfájás és gyomorpanaszok, az éhség, a szomjúság vagy a zsibbadtság.<sup>4</sup>

A viszontáttételi reakciók testi vonatkozásának terápiás jelentőségét a legtöbb szerző nem választja el a viszontáttételnek általában tulajdonított alapvető szereptől (Jacobs, 1973). Yarom megfogalmazásában a terapeuta viszontáttételben tapasztalt testérzetei „a páciensek archaikus kommunikációs formáira adott válaszok egyik módjaként” (Yarom, 2015, 138-9.) értelmezhetők. Szerinte ezek egyik fő funkciója, hogy rajtuk keresztül tud megnyilvánulni a terapeuta „fizikai készségessége külsőleg megjeleníteni valamely testi-érzelmi állapotot, amelyet a páciens egyelőre nem képes elfogadni és megismerni.” (Yarom, 2015, 150.). E gondolattal egybevágóan McDougall (1989, 10-11.) a pszichoszomatikus panaszokkal érkező személyekkel kapcsolatban hívja fel a figyelmet az erős szomatikus reakciókra, amelyek a viszontáttétel részeként alkalmasint „készületlenül érhetik” az analitikust. A tünet által hordozott lelki tartalom gyakran olyasvalamire mutat, ami érzelmileg és nyelviileg csak részlegesen reprezentálható, így marad a szomatizáció, vagy esetenként a viszontáttétel, amikor a tünetek a terapeuta testélményében kezdenek megjelenni.<sup>5</sup> Mindez azért is

---

<sup>3</sup> Field (1989) szóhasználatában ez a megtestesült viszontáttétel (*embodied countertransference*). További nevek a pszichoanalitikus szerzőknél: Wyre (1998) a test-alapú viszontáttétel (*body-based countertransference*) kifejezést használja; Krueger (2002) szomatikus viszontáttételnek nevezi (*somatic countertransference*); Yarom (2015) a testi viszontáttétel (*bodily countertransference*) nevet választja.

<sup>4</sup> Az idézett szerzők egyike sem elemzi a példákat a tekintetben, hogy komplementer vagy konkordáns viszontáttételi reakciókról (Racker, 1957) van-e szó. Soth (2005) egy szupervíziós munka leírásában bemutatja, ahogy mindkét fajta reakció megjelenhet a terapeuta testélményében.

<sup>5</sup> A szomatizáció és a testi viszontáttétel együttes és a terápia szempontjából kulcsfontosságú jelenlétére példa Fonagy egy részletes leírása egy cukorbeteg páciense egyre súlyosbodó látásproblémái és saját szemsérülése összefüggéséről (Fonagy, Gergely, Jurist és Target, 2004, 388-410.). Egy másik esetbemutatásért, ahol ugyancsak a szemproblémák és a látás jelentik mind a szomatizáció, mind a viszontáttétel hordozó közegét, ld. Yarom, 2015, 151-155.

figyelemreméltó, mert más szerzők a traumatizált páciensekkel való munkában találták különösen fontos jelzőrendszernek a testi viszontáttételt. Wrye és Welles (1993; 1994) a korai anya-gyermek viszonyban elszenvedett traumatikus élményekre utaló test-alapú viszontáttételről ír. Siegel (1996) négy páciensével folytatott analitikus munkáját mutatja be, amelyekben a viszontáttételben megjelenő testérzetek jóval azt megelőzően utaltak a gyermekkori szexuális bántalmazásra, hogy a páciensek emlékei az incestusról megjelentek volna a terápia előrehaladtával. Ugyancsak a gyerekként szexuális abúzust elszenvedett személyek terápiájáról írja Pearlman és Saakvitne (1995), hogy sok terapeuta számol be fejfájásról, álmoságról, zsibbadtságról, genitális fájdalomról, fojtogató érzésről, a hangjuk elvesztéséről, sírásról, szexuális arousalról és más a terápiás üléshez köthetően jelentkező váratlan fizikai reakciókról. Mint írják, „Testi viszontáttéti válaszok bármely pszichoterápia folyamán előfordulhatnak, ám a gyermekkori szexuális abúzus testi kontextusa és az ilyen terápiákban állandóan jelenlevő disszociatív folyamatok ezeket a viszontáttéti válaszokat sokkalta gyakoribbá teszik.” (Pearlman és Saakvitne, i.m., 92.).

### *Teher alatt: amikor a test hordozza a viszontáttétel súlyát*

Mint látható, a viszontáttétel testi vonatkozásai egyfelől nem nyerne jelentősen eltérő értelmezést az érzéseken, fantáziaképeken, gondolatokon és egyéb jelenségeken keresztül megnyilvánuló viszontáttéti reakciókhoz képest, másfelől azonban kitűnik, hogy elsősorban a pszichoszomatikus betegségek, a preverbális kor élményvilága és a gyermekkor traumatikus eseményeinek akár a felnőttéig hordozott fiziológiai-érzelmi lenyomata az, ami a legerősebb testi válaszokat kiváltja a viszontáttéti dinamikában.<sup>6</sup> Főként a súlyos mentális zavarok esetében jellemző, hogy a mentalizáció részleges vagy teljes hiánya folytán a tudatállapot és a fizikai valóság viszonylatában a pszichés ekvivalencia a meghatározó lelki működésmód. Ilyenkor a szimbolizációs tartományon kívül maradó élményanyag a legkorábbi életszakaszra jellemző testi reprezentáción keresztül tud utat találni magának a kifejeződés irányába.

„Amikor a pszichés valóság csekély mértékben integrált, a test túlzottan központi szerepet vesz fel a szelférzet folytonosságáért. [...] A pszichés ekvivalencia tartós fennállása hozzájárul, hogy bizonyos fizikai állapotok túlságosan nagy jelentőségre tesznek szert a szelffel kapcsolatban. Azok a mentális állapotok, amelyek nem tudnak reprezentálódni gondolatok vagy érzelmek formájában, a testi tartományban fognak kifejeződni.” (Fonagy, Gergely, Jurist és Target, 2004, 405.)

---

<sup>6</sup> Az előzőleg felsorolt tanulmányok a gyermekkor traumatizációt elszenvedett páciensek terápiáit taglalták, azonban a háborús veteránok, balesetet szenvedett személyek és más, felnőttkorban traumatikus életeseményen átesett páciensek terápiája során is megjelenhet a testi viszontáttétel. Ld. Rothschild, 2006; Egan és Carr, 2008; Booth, Trimble és Egan, 2010.

A testi viszontáttétel ilyen esetekben az áttételi dinamika erősségének megfelelően rendkívül intenzív és megterhelő is lehet. Az analitikust alkalmasint érő hatás mértékét jól érzékelteti a leírások szóhasználata. A fiziológiai viszontáttétel létrejöttéről szólva Gabbard és Wilkinson kiemeli, hogy a borderline páciens „vádaskodó támadásai akár a terapeuta szakmai identitásának velejéig hatoló csapást is jelenthetnek.” (Gabbard és Wilkinson, 2000, 5.). Fónagy megfogalmazásában némely személyiségzavaros páciens „nem egyszerűen azért gyakorol nyomást az analitikusra, hogy reprezentálja egy részét, hanem (a pszichés ekvivalencia túlsúlya miatt) hogy váljon magává a szelf-reprezentációból kirekesztett résszé.” (Fónagy, Gergely, Jurist és Target, 2004, 407.). Azt a jelenséget pedig, amikor a páciens regresszív állapotban elveszíti az énhatárokat és a fizikai elkülönültség tudatát, egynek megélve önmaga és a tárgy (az analitikus) testét is, McDougall (1989) áttételi ozmózisnak nevezi. Mint írja, felismerte, hogy a terápiának abban a szakaszában, ahol az ozmotikus, regresszív fúzió határozta meg közös munkájukat, tőle a páciense „megtagadta a jogot az individuális testre és a személyes identitásra” (McDougall, 1989, 151.).

A súlyos mentális zavarokkal, feldolgozatlan traumatikus élményekkel vagy valamely pszichoszomatikus betegséggel küzdő páciensek azonban nem az egyetlen csoport, amelynek társaságában a terapeuta tapasztalhatja magán a viszontáttétel testi jeleit. A pszichoanalízis kapcsolati iskolájának megjelenése óta fokozatosan növekszik azon szerzők száma, akik a terápiás helyzetben közösen és kölcsönösen formált élményvilág testi vonatkozásairól is említést tesznek. A terápiás tér résztvevőinek fizikai szerepét vizsgálva az analitikus testi jelenlétének meghatározottságát több szerző is (Burka, 1996; Balamuth, 1998; Krueger, 2002) összefüggésbe hozza Ogden *analitikus harmadik* koncepciójával. Ez nem más, mint „az analitikus pár interszjektíven létrehozott tapasztalata” (Ogden, 1994a, 94.). Ogden maga is a viszontáttételben megváltozó testélményen keresztül mutatja be, ahogy a közösen formált analitikus térben a páciens projekciója révén a terapeuta testi érzeteiben jelennek meg bizonyos tudattalan, lehasított énrészek.<sup>7</sup> „Hűs fuvallatot éreztem, ahogy átmossa arcom és beáramlik a tüdőmbe, feloldva a túlhevült, levegőtlen szoba fojtogató csendjét” (Ogden, 1994b, 7.). Ezt az élményt Ogden a következőképp építi be páciensének felkínált értelmezésébe: „Aztán azt mondtam, úgy érzem, mintha néha olyan reménytelenül fullasztónak élné meg az óráinkat, talán úgy érezhette magát, mint akit fojtogatnak valamiben, ami levegőnek tűnik, ám valójában vákuum” (Ogden, 1994b, 7.). A terápiás folyamat értékelésében Ogden hangsúlyozza, hogy „a szabad légzés és a fulladás fizikai érzetei a jelentés növekvő fontosságú hordozói voltak.” (Ogden, 1994b, 10.).

Elengedhetetlen, hogy az analitikus elbírija a viszontáttételi reakciókon keresztül lassan

---

<sup>7</sup> A viszontáttétel, a projektív identifikáció és az empátia viszonyához ld. Ogden, 1992b, 68-73. ill. Tansey és Burke, 1995.



kibontakozó felismerések szükségszerű bizonytalanságát, mivel ezzel teszi lehetővé, hogy a páciens a terapeutát „az áttételi viszonyban tárgy-identitásba manipulálja. Ha a saját identitásérzetünk stabil, akkor ennek elvesztése a klinikai térben nélkülözhetetlen ahhoz, hogy a páciens felfedezze saját magát” (Bollas, 1987, 203.). Ezt a gondolatot viszi tovább Yarom (2015), aki szerint az interszjektív működésmód létrejöttében lényeges szerepet kap az analitikus készsége rendelkezésre bocsátani az áttételi dinamika számára testét is, hogy az tárgyként (Winnicott, 1971) elősegítse a tudattalan tartalmak megjelenését. Az időben elhúzódó tartóssággal, fokozatosan és ismétlődően megjelenő testérzetek, amelyek a terapeuta élményvilágában egyre inkább tudatosíthatóvá válnak az ülések sorozatában, lényeges információforrást képviselhetnek az áttétel alakulására nézve. Ezt a fajta tárgy-identitást ismeri fel Burka saját testérzeteinek változásában, amit a különböző páciensekkel felépülő sokféle áttételi viszony függvényeként értelmez: „néha zömöknek és öntudatosnak érzem magam, néha érzékinek és elevennek, néha anyainak és táplálónak, néha összeaszottnak és üresnek. Egy és ugyanaz a testem törékenynek tűnik egy nagydarab férfi mellett, de hatalmasnak egy aprócska nő társaságában.” (Burka, 1996, 17.).

Az indulatáttételről Freud nem kevesebbet állít, minthogy ez „lesz az a csatatér, amelyen valamennyi egymással küszködő erőnek találkoznia kell.” (Freud 1916-17 [2006, 371.]). Ebben a megfogalmazásban egyszerre érzékelhető az áttételi viszony alapvető terápiás jelentősége, ám annak potenciális ereje is. Az eddig elmondottak alapján jól látható, milyen terhet jelenthet a viszontáttétel egy-egy terápiás folyamatban, amit olykor a terapeuta teste kénytelen hordozni. Az analitikus sebezhetősége (Harris és Sinsheimer, 2008), amelynek csupán egy része a traumás viszontáttétel (Bakó, 2009; Herman, 2011), az érzelmi kihíváson túl mélyen testi élmény is lehet. Ez az, ami miatt a viszontáttétel testi vonatkozásairól szükséges említést tenni egy dolgozatban, amely azt vizsgálja, fiziológiai szempontból miként vezet a terapeuta túlterhelődéséhez, akár traumatizálódásához segítői feladatának végzése. Az alábbiakban egy másik lényeges terápiás eszköz, az empátia testi dimenziójával foglalkozom, amely az elmúlt évtized számos kutatásának témája, és amelynek összefüggéseit a segítői kiégéssel egyre több kutató emeli ki.

## A testben átélt empátia és a vikariáló traumatizáció

### *Azonosulás, utánzás, beleézés: empátia a pszichoanalízisben és az idegtudományban*

Míg a viszontáttétel megjelenése a terapeuta testélményében elsősorban az utóbbi néhány évtizedben keltette fel a pszichoterápiás szakma figyelmét, arról, hogy az empátia nem csupán mentális és érzelmi, de fizikai természetű jelenség is, már a legkorábbi megfogalmazások tudósítanak. Adam Smith (1759 [2013]) ugyan a szimpátia (*sympathy*) valamint a társ-

érzés (*fellow-feeling*) kifejezéseket használta annak leírására, ahogyan a belső utánzás révén ismeretekhez és megértéshez jutunk mások érzéseit illetően, általánosan elfogadott, hogy a későbbi korokban empátiának nevezett jelenséget írta le. Egyik példája, amelyben érzékelteti a test részvételét e belső utánzás folyamatában: „Amikor látunk egy ütést, amely egy másik ember lábát vagy karját célozza és rögvest el is éri, természetyszerűen összerándulunk és hátrébb húzzuk saját lábunkat vagy kezünket” (Smith, 1759 [2013, 2.]). A 20. század hajnalán a német filozófus, Lipps (1903) a beleérzés (*Einfühlung*) esztétikai élményéről kifejtett magyarázatába ugyancsak bevonta a belső utánzás (*Nachahmung*) és a szervi érzetek (*Organempfindungen*) koncepcióit, ami már a mai empátia-elméletek közvetlen elődjének tekinthető.

A beleérzés azután Freud elméletalkotásában – részben Lipps gondolatmenetének hatására (Lábadi, 2011) – a másik ember megismerésében megkerülhetetlen eszközzé lépett elő. Mint egy 1921-ből származó lábjegyzetében írja, „Az azonosulástól az utánzáson keresztül vezet az út a beleérzéshez, tehát annak a mechanizmusnak a megértéséhez, mely egyáltalán lehetővé teszi, hogy állást foglalhassunk mások lelkiélete felől.” (Freud, 1921 [1995, 220. n44.]). Az azonosulás, az utánzás és az empátia összefüggését megvilágítva Freud olyasvalamire mutatott rá, ami napjaink agy kutatási eredményeinek fényében még egyértelműbbnek látszik, ám a klinikai gyakorlat már akkor is igazolta észrevételeit. Alig egy évtizeddel később, 1933-ban írja egyik tanítványa: „A páciens kifejező mozdulatai önkéntelenül *utánzást* idéznek elő saját szervezetünkben. E mozdulatok utánzása révén »érzékeliük« és megértjük a kifejezést magunkban, és következőképpen a páciensben” (Reich, 1949 [1972, 362.]). Theodor Reik (1936) úgy vélekedik az empátiáról, hogy átmeneti azonosulás révén jön létre és lehetővé teszi a következtetést a másik személy szándékaira vonatkozóan. Fenichel pedig Freud felismerésével egybevetően írja az érzelmek korai megjelenítéséről, hogy az

„részben a mimetikus izomzat beidegződéseiből áll. E tény alapján a mimetikus kifejezéseket a személyközi kommunikáció archaikus módjának tekinthetjük. A gyerekek számára, mielőtt elsajátítják a beszédképességet, ez a [kommunikáció] egyetlen módja. A felnőttek körében továbbra is ez határozza meg számos kapcsolatukat másokkal; [...] az arckifejezés akaratlan érzelem-ekvivalenst jelent, amely az empátia révén tudósít a megfigyelőknek az alany érzéseinek természetéről.” (Fenichel, 1945 [1996, 318-9.]).

A pszichoanalízis későbbi képviselői közül Bady jóval romantikusabban fogalmaz, amikor az általa „szenzoros képek” – vizuális képek, kinesztetikus érzetek, szaglászervi és hallási észleletek – függvényeként értelmezett empátiát azonosítja a képességgel, „hogy a másik bőrébe helyezük magunkat és meghalljuk, megszagoljuk, meglássuk, megízleljük és megérintsük a benne lakozó rózsákat és gaznövényeket” (Bady, 1984, 530.). Hozzá hasonlóan Zanooco, de Marchi és Pozzi (2006) az elsődleges folyamatokhoz köthető verbális-akusztikus és motoros képek analitikus munkában betöltött szerepére mutat rá, amelyek a

terapeuta és a páciens közös élményeként tudattalanul is előidézik az utánzást és így az ún. szenzoros empátia alapját jelentik.

A társas interakciók neurológiai hátterére irányuló kutatások nagyban alátámasztani látszanak Freud (1921) megállapítását. Kutatók egy csoportja szerint az empátia ugyanis nem más, mint a felismerése „egy másik személy érzelmi állapotának belsőleg megalkotott szomato-szenzoros reprezentációk által, amelyek azt szimulálják, ahogyan a másik érezhet” (Adolphs, Damasio, Tranel, Cooper és Damasio, 2000, 2683.) De Waal (1998) ugyanakkor arra a következtetésre jut, hogy utánzás nem lehetséges azonosulás nélkül. Damasio pedig az empátia kialakulásáról az alábbi megfigyeléseinek ad hangot:

„Amikor szemtanúi vagyunk másvalaki cselekvésének, agyunk testi érzékelésért [felelős része] előidézi azt a testi állapotot, amelyben mi volnánk, ha mi magunk mozognánk és mindezt a legvalószínűbben nem passzív szenzoros mintázatokon keresztül teszi, hanem a motoros struktúrák preaktivációjával – cselekvésre készen, ám még a cselekvésre való engedély hiányában – és némely esetben valós motoros aktivációval. [...] A viszony, amit létrehoztunk saját testi állapotaink és azok számunkra kialakult jelentősége között, transzformálható mások általunk szimulált testi állapotaira, ami miatt komoly jelentőséget tulajdoníthatunk a szimulációnak. Mindazok a jelenségek, amelyeket az *empátia* szó jelöl, sokban támaszkodnak erre a rendszerre.” (Damasio, 2012, 111-2.)

Az idegtudomány dinamikus fejlődésével a korábbinál jóval pontosabb képet kapunk az empátia biológiai megalapozottságáról (Lábadí, 2011), és ezzel párhuzamosan egyre nagyobb jelentőséget tulajdonítanak neki fejlődéslélektani és terápiás szempontból egyaránt. Fonagy, Steele et al. (1995, 268-9.) végkövetkeztetése szerint „A biológiai szükséglet, hogy megértve érezzük magunkat [...] szinte minden más célt felülír.” Hasonló álláspontot képvisel Fosha (2003, 228.), aki rámutat, hogy „az empátia központi eszközzé válik az emberi lény legalapvetőbb adaptációs céljainak szolgálatában”. Mindez alátámasztja a beleélés (Buda, 2012) és az empatikus ráhangolódás készségét övező megkülönböztetett figyelmet, amely a segítő szakmákban tapasztalható, ám a kutatások arra utalnak, hogy az empátia csak bizonyos feltételek mellett tölti be társas érzelmszabályozó szerepét.

### *Az empátia mint stressz-forrás a terápiás kapcsolatban*

A preverbális időszak diádikus interakciós mintáit leíró vizsgálatok rámutatnak, hogy a non-verbális közlésekből felépülő legkorábbi közös élmények egyik funkciója a ritmusok és az időzítés kialakítása. „A ritmikus viselkedés, az igazodások, összehangolódások és a szekvenciális tükrözés, amelyek különböző szenzomotoros modalitásokon keresztül jelenhetnek meg, az anya-gyermek kommunikáció interaktív folyamából emelkednek elő.” (Ammaniti és Gallese, 2014, 144.). Ebbe a folyamba ágyazódnak a megemelkedett izgalmi szinttel járó pil-



lanatok is, amelyek egy része, mint pl. a fájdalmas sírás, a társas érzelemszabályozó működés aktiválódását eredményezi. Az ilyenkor megfigyelhető érzelem-tükrözés, amely része a szülő megnyugtató magatartásának, ugyancsak ritmusokban jelentkezik. A szülő nem folyamatosan tükrözi a gyermek felzaklatott érzelmi állapotát, hanem csupán „rövid periódusokra »száll be«, az empátikus érzelem-visszatükröző viselkedés rövid és intenzív epizódjaira, hogy aztán »időt kérjen«, szünetet, mielőtt újra visszatérne a tükrözéshez. (Fonagy, Gergely, Jurist és Target, 2004, 172.). Mindez ráadásul nem korlátozódik az empátikus érzelemtükrözésre, hanem az empátia általános tulajdonságának tekinthető, amelynek eredője a társas interakciók egészére jellemző szekvencialitás és ritmikusság. „A tükröző aktusok idői eloszlásának e ciklikus vonása természetes következménye lehet a másvalaki érzelmi állapotával való empátikus azonosulás alapvető jellegének: az empátikus érzelemkifejezések legtöbbször rövid kommunikációs aktusok vagy gesztusok, mintsem folyamatosabb állapot-kifejezések.” (Fonagy, Gergely, Jurist és Target, 2004, 172.).

Ezzel egybevágh az anya-gyermek viszony érzelemszabályozó működéseinek kétirányú koordináltságával kapcsolatos vizsgálatok számos eredménye. A kölcsönös igazodás, amely a társas érzelemszabályozás előfeltétele is, időben váltakozó mértékben jelenik meg. Ezt írja le Beebe és Lachman *interaktív kontingencia* fogalma, amelynek tárgyát „azok a pillanatról pillanatra folyamatosan bekövetkező igazodások” jelentik, „amelyeket minden személy megtesz, válaszul a partner viselkedésében bekövetkezett változásokra.” (Beebe és Lachman, 2014, 46.). A kontingencia kutatás ennek megfelelően „a személyközi kommunikáció magas érzelmi töltetű pillanatainak mögöttes idői struktúráját írja le.” (Ammaniti és Gallese, 2014, 144.). Az eredmények azt mutatják, hogy míg a biztos kötődés jele a közepes mértékű interaktív kontingencia, addig a magasabb és az alacsonyabb mértékű kétirányú koordinálás az anya túlstimuláló, elárasztó, inkonzisztens és egyéb, a bizonytalan kötődéssel összefüggő viselkedésével korrelál (Jaffe, Beebe et al, 2001). Amikor az anya-gyermek diád bármely tagja szakadatlanul és intenzíven igazodik a másikhoz, az a biztonság hiányára és a társas érzelemszabályozás diszfunkciójára utal, ahogy a természetét tekintve szakaszosan jelentkező empátikus azonosulás állandósulása is.

A fentebb elmondottak az anya-gyermek interakciókon túl a terápiás kapcsolat viszonylatában is mérvadó megállapítások. Egy esetleírás alább olvasható töredéke azt a terápiás helyzetet mutatja be, amikor az empátikus azonosulás elveszíti alapvető ritmikus jellegét és egy folyamatos, elárasztó élményként egyszerre fenyeget a terapeuta túlterhelődésével és a terápiás munka akadályoztatásával.

„A páciens belefeledkezik a tehetetlenség és a kétségbeesettség érzésébe. Semmi nem sikerül. Nem talál magának társat. Minden nő, aki felé közelít, visszautasítja. Mi lehet vele a baj? Nem tud elég pénzt keresni. Úgy érzi, örökre szegény marad. Túl gyengének érzi magát, hogy bármit is kérjen, ha pedig mégis megteszi, nem érzi magát hatékornak. Nem tud aludni, nem talál

semmit amit szívesen enne, mégis kövér és képtelen sportolni. Mikor körülnéz, úgy tűnik, mindenki képes megszerezni, amit akar – mindenki, őt kivéve. Az uralkodó érzés a kudarc. A páciens ugyan hangosan beszél az analitikushoz, ám ettől eltekintve semmi jelét sem mutatja, hogy tudatában lenne, hogy egy másik személlyel együtt van ott a szobában.

Az analitikus hallgatja ezt és kezdeti érzése az empátia. Tudja, hogyan érezhet. Ő is volt így. Azonban hamar elkezd saját magát gondolkodni. A páciens mondandója eszébe juttatja, milyen kellemetlen [ember] a férje. Csak azért ment hozzá, gondolja magában, mert kétségbeesett és nem mert kitartani, amíg talál egy jobb férfit. Ő is megtörtnek érzi magát és képtelennek anyagiilag előre jutni. A kollégáira gondol. Úgy látja, mind több pénzt keresnek, mint ő. Hogy csinálják? Lehet, hogy a súlyát kontroll alatt tudja tartani, de pár kilót még simán leadhatna. Úgy látja, neki sem sikerül soha rávenni magát, hogy sportoljon. Romlik az egészsége? Ha igen, semmit sem tehet érte. Sosem tudta igazán irányítani az életét. Ő is kudarcnak érzi magát. Pár percenként képes a figyelmét visszavinni a páciensre, aki továbbra is a depressziójába süllyedve [beszél]. Arra lesz figyelmes, hogy hasonló fizikai pozícióban vannak: a páciens a díványon törekeny és ernyedt, ő pedig magába roskadva nyomja a fotelt. Úgy tűnik, harmóniában mozognak; olyannyira, hogy még a lábukat is egyszerre teszik keresztbe és vissza. Mégis borzasztó teher a terapeuta számára, hogy fókuszált maradjon. Elvértve felrémlik a gondolat az analitikusban, hogy az élete azért nem ilyen rossz; alapvetően egész elégedett. De aztán visszasüllyed saját depressziójába, csak részlegesen tudatában annak, amit a páciens mond.” (Geltner, 2013, 86-7.)

„Az analitikus érzései saját magáról a páciens önmagával kapcsolatos érzéseinek tükörképe.” (Geltner, 2013, 87.), olvasható a bemutatott terápiás helyzet elemzésében. „A páciens teljesen előidézte az analitikusban azt, ahogy ő van. Az analitikus nem egyszerűen megérti érzelmileg a páciens érzéseit olyan differenciált módon, ahogyan az empátia esetében történik, hanem ténylegesen ugyanazt érzi, amit a páciens.” (Geltner, 2013, 87.) Jól érzékelhető a fenti leírásban, ahogy az empatikus ráhangolódás állapotában az egyre elárasztóbb érzelmi bevonódással együtt előbb a terapeuta belső képei saját testélményéről az életében, majd tartása és mozdulatai is a páciens tükörképeként kezdenek funkcionálni. Schore így ír arról a javarészt önkéntelen, testi azonosulási mechanizmusról, amely az empátia hátterében áll:

„Fontos hangsúlyozni, hogy a terápiás szövetségen belül az empatikus kommunikációs mozzanatok nem akaratlagosan történnek. A terapeuta nem annyira „tesz valamit,” mint inkább „tanul a pácienssel lenni,” nem a nyilvánvaló viselkedéshez igazodva, vagy imitálva azt, hanem rezonálva a páciens belső állapotainak külső kifejeződésére. [...] E nonverbális kommunikációs mozzanatok a hang tónusában, a testtartásban és az arckifejezésben nyilvánulnak meg, mindkét fél tudatosságának mezején kívül, ám az áttételi és viszontáttételi reakciók ezekre válaszul jönnek létre.” (Schore, 2003, 143.)

Az akaratlagosan kevésbé befolyásolható empatikus rezonálás természetesen általánosságban a terápia egyik különösen értékes eszközét jelenti. Mégis meg kell jegyezni, hogy úgy tűnik, nagy szerepe van a segítői kiégés és a vikariáló trauma kialakulásában is. Amennyiben a terapeuta önkéntelenül is empatikusan azonosul súlyosan traumatizált, mentális zavarral élő,

krízisbe került vagy más okból erős stressz alatt lévő pácienseivel, a napjában többször ismétlődő élmény elkerülhetetlenül magával hozza a belső erőforrások kimerülésének kockázatát. Narvaez vélekedése erről:

„Előfordul, hogy egy személy képes empatikus válaszokra, ám az önszabályozása alulszervezett, így egy másik személy stresszállapota azonos mértékű stresszé válik számára. [...] Amikor másvalaki stresszállapota anélkül idézi elő a saját stresszállapotot, hogy elérhető volna a külső segítség vagy az önszabályozás, működhet ugyan az empátia, ám egy olyan »együttérzést« képvisel majd a másik stresszállapota iránt, amely aktiválja a saját stresszválaszokat és elárasztóvá válik. Ez természetesen fizikai vagy érzelmi meneküléshez vezethet (pl. az áldozat hibáztatásához), vagy lebénuláshoz.” (Narvaez, 2014, 99.)

Batson, Early és Salvarini (1997) szintén arra hívja fel a figyelmet, hogy amikor a személyes distressz túl magas egy áldozat jelenlétében, a segítői viselkedés teljes gátlás alá kerül. Ez már a kiégés és a vikariáló traumatizáció felé vezető utat jelenti, amikor a terapeuta fiziológiai és érzelmi állapotát kordában tartó önszabályozó rendszere egyre kevésbé működőképes és fokozatosan feléli belső tartalékait. Ha a folyamat nem áll meg, a terápiás munka alapját jelentő holding funkció (Winnicott, 1965) betöltése nehezen teljesíthető feladattá válik, amely újra meg újra kihívás elé állítja a szakembert. A megterhelő viszontlátási reakciókhoz hasonlóan az empátia esetében is igaz, hogy mindazok a hatások, „amelyek külön-külön önmagukban nem okoztak volna traumát, összegezhetik hatásaikat” (Laplanche és Pontalis, 1994, 487.). Ennek nyomán jelentkezhet a kiégési szindróma és a poszttraumás stressz zavar valamennyi tünete, amire ugyancsak számos példával szolgál a klinikai szakirodalom (Rothschild, 2006; Buechler, 2012).

### *Fékek után kutatva: testi tudatosság az önszabályozás szolgálatában*

Bár az elmondottak alapján minden jel arra mutat, hogy az empatikus ráhangolódás jelenős mértékben biológiailag előhuzalozott, akaratlagosan kevésbé befolyásolható idegrendszeri mechanizmusokra épül, a segítői kiégés és a vikariáló traumatizáció megelőzésében sokak szerint mégis nagy szerep jut az automatizmusok minél nagyobb tudatosításának. Ezt tükrözi a ráhangolódás önkéntelen és belsőleg kontrollált formáinak a különböző empátia-modellekben ismétlődően megjelenő különválasztása is. Decety és Meyer (2008) külön neurobiológiai kategóriába sorolja az automatikus érzelmi megosztást, amely segíti az anya szinkronizálását a gyermek érzelmeivel, és az anya tudatosságát a szelf és a másik különbségéről, amely az anyai szelf elválasztását szolgálja a gyermektől, így támogatva az anya mentalizációs készségét. Shaw (2003) éles határvonalat tételez fel a test passzív, receptív működés módja és a testileg is tudatosan átélt empátia között. Míg az előbbinél fellépő változásokat informatív mivoltuk értékelése mellett is tehetetlenül, alkalmasint szorongástól kísérve konstatálja magán a terapeuta, addig az utóbbi egy „aktívabb folyamat”, amelyben „megvan

a potenciál a megértésre” (Shaw, 2003, 142.). Sletvold meglátása szerint pedig „döntő fontosságú, hogy az analitikus képes legyen nem csak kapcsolatban maradni szükségleteivel és empatizálni a pácienssel, de megtalálni annak is a módját, hogy hátrébb lépjen, visszavonuljon az »azonosulások hálójából« és felvegyen egy harmadik, távolibb és objektívabb pozíciót.” (Sletvold, 2014, 111.). Ez a fajta objektivitás, folytatja, „következésképpen képesség arra, hogy egyensúlyozunk a saját testünkben érkező benyomások és a másiktól érkezők között.” (Sletvold, 2014, 111.).

Abban, hogy a testi tudatosság a segítői kiegészítés és a vikariáló traumatizáció megelőzésének eszközévé váljon, nagy segítséget nyújthat a terapeuta testélményére is érzékeny szupervízió. A testi érzetek figyelmes bevonása révén a szupervízor támogatni tudja a segítő szakembert saját érzései és a páciens élményvilágának elkülönítésében, ami az önszabályozás szolgálatába állítja a közös munkát.

## Összefoglalás

A terapeuta testélményében a terápiás kapcsolattal összefüggésben bekövetkező változások értékes információforrást jelenthetnek a páciens belső állapotát illetően. A viszontlátétel testi reakciói gyakran olyan érzetokről és érzelmekről tudósítanak, amelyek valójában a páciens élményvilágához tartoznak, ám sem szimbolizálni, sem átélni nem könnyű őket számára. A testben átélt empatikus ráhangolódás ehhez képest azt teszi lehetővé, hogy a terapeuta megtapasztaljon egy olyan élményt, ami valamely mértékben, esetenként megszólalásig hasonló a páciens által ténylegesen megélt belső világ pillanatnyilag leginkább meghatározó testi-érzelmi árnyalataihoz. Ebből következik az is, hogy mind a viszontlátétel, mind az empatikus ráhangolódás magában hordozza annak a kockázatát, hogy a tartósság és az erősség növekedésével a terapeutát elárasztó élménnyé váljon. Az arousal-szint intenzív ingadozásai, az ólmos nehézség érzése, az émelygés és a fejfájás, a bénult ledermedés vagy éppen a belső remegés egytől egyig olyan testi élmény, ami a kísérő érzelmi állapotokkal együtt tartósan ismétlődve könnyedén a terapeuta túlterhelődését eredményezheti. Így válhat a testben átélt viszontlátételi reakció és empatikus ráhangolódás a segítői kiegészítés és a vikariáló traumatizációt elősegítő rizikófaktorok egyikévé. A két folyamat pszichofiziológiai hátterét kutató szakemberek mindkét esetben a terapeuta testélményében bekövetkező változások folyamatos és tudatos elemzésére biztatnak; valamint arra, hogy a receptivitás, az odafordulás, az azonosulás és a nyitott ráhangolódás mellett törekedjen a terapeuta fenntartani belső önállóságát, önmagára irányuló figyelmét: egyszerre beleengedve magát a terápiás kapcsolat hullámzó mélységeibe és kívül is maradva, a partról figyelve a terápia folyamatának kibontakozását.

## IRODALOM

- ABEND, S.M. (1986). Countertransference, empathy, and the analytic ideal: the impact of life stresses on analytic capability. *Psychoanalytic Quarterly*, 55(4):563-575.
- ADOLPH, R. – DAMSIO, H. – TRANEL, D. – COOPER, G. – DAMASIO, A.R. (2000). A role for somatosensory cortices in the visual recognition of emotion as revealed by three-dimensional lesion mapping. *Journal of Neuroscience*, 20:2683-2690.
- AMMANITI, M. – GALLESE, V. (2014). *The Birth of Intersubjectivity: Psychodynamics, Neurobiology and the Self*. New York: Norton.
- ANZIEU, D. (1985). *The Skin-Ego*. London: Karnac, 2016.
- BADY, S.L. (1984). Countertransference, sensory images, and the therapeutic cure. *Psychoanalytic Review*, 71(4):529-539.
- BAKÓ, T. (2009). *Sorstörés: A trauma lélektana egy pszichoterapeuta szemszögéből*. Budapest: Psycho Art.
- BALAMUTH, R. (1998). Re-membering the Body: A Psychoanalytic Study of Presence and Absence of the Lived Body. In: L. Aron and F.S. Anderson (eds.), *Relational Perspectives on the Body* (263-286). Hillsdale: Analytic Press.
- BATSON, C.D. – EARLY, S. – SALVARINI, G. (1997). Perspective taking: Imaging how another feels versus imaging how you would feel. *Personality and Social Personality Bulletin*, 23:751-758.
- BEEBE, B. – LACHMANN, F.M. (2014). *The Origins of Attachment: Infant Research and Adult Treatment*. New York: Routledge.
- BOLLAS, C. (1987). *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. New York: Columbia University Press.
- BOOTH, A. – TRIMBLE, T. – EGAN, J. (2010). Body-Centered Countertransference in a Sample of Irish Clinical Psychologists. *The Irish Psychologist*, 36(12):284-289.
- BOYER, L.B. (1979). Countertransference with severely regressed patients. In: L. Epstein and A.H. Feiner (eds.), *Countertransference* (347-74). New York: Jason Aronson.
- BROWN, L.J. (2011). *Intersubjective Processes and the Unconscious: An Integration of Freudian, Kleinian and Bionian Perspectives*. London: Routledge.
- BUDA B. (2012). *Empátia: A beleélés lélektana*. Budapest: L'Harmattan.
- BUECHLER, S. (2012). *Still Practicing: The Heartaches and Joys of a Clinical Carrier*. New York: Routledge.
- BURKA, J.B. (1996). The Therapist's Body in Reality and Fantasy: A Perspective from an Overweight Therapist. In: B. Gerson (ed.), *The Therapist as a Person* (255-276). Hillsdale: Analytic Press.
- DALENBERG, C.J. (2000). *Countertransference and the Treatment of Trauma*. Washington: American Psychological Association.
- DAMASIO, A. (2012). *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. New York: Vintage.
- DE WAAL, F.B.M. (1998). No imitation without identification. *Behavioral and Brain Sciences*, 21:689.



- DECETY, J. – MEYER, M. (2008). From emotional resonance to emphatic understanding: A social developmental neuroscience account. *Development and Psychopathology*, 20:1053-1080.
- EGAN, J. – CARR, A. (2008). Body-centered countertransference in female trauma therapists. *Éis-teacht*, 8(1):24-27.
- JAFFE, J. – BEEBE, B. – FELDSTEIN, S. – CROWN, C. – JASNOW, M. (2001). Rhythmas of dialogue in infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 66(2):1-132.
- FENICHEL, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: Norton, 1996.
- FONAGY, P. – GERGELY, G. – JURIST, E. – TARGET, M. (2004). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other.
- FONAGY, P. – STEELE, M. – STEELE, H. – LEIGH, T. – KENNEDY, R. – MATOON, G. – TARGET, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states. In: S. Goldberg, R. Muir and J. Kerr (eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (233-278). Hillsdale: Analytic Press.
- FOSHA, D. (2003). Dyadic Regulation and Experiential Work with Emotion and Realtedness in Trauma and Disorganized Attachment. In: M.F. Solomon and D.J. Siegel (eds.), *Healing Trauma: attachment, mind, body, and brain* (221-281). New York: Norton.
- FIELD, N. (1989). Listening with the Body: An Exploration in the Countertransference. *British Journal of Psychotherapy*, 5(4):512-522.
- FREUD, S. (1916-17). *Bevezetés a pszichoanalízisbe*. Budapest: Gabo, 2006.
- FREUD, S. (1921). Tömegpszichológia és én-analízis. In: Erős F. (szerk.), *Tömegpszichológia* (185-248.). Budapest: Cserépfalvi, 1995.
- GABBARD, G.O. (1986). The treatment of the „special” patient in a psychoanalytic hospital. *International Review of Psychoanalysis*, 13:333-347.
- GABBARD, G.O. – WILKINSON S.M. (2000). *Management of Countertransference with Borderline Patients*. New York: Jason Aronson.
- GELTNER, P. (2013). *Emotional Communication: Countertransference Analysis and the Use of Feeling in Psychoanalytic Technique*. London: Routledge.
- HARRIS, A. – SINSHEIMER, K. (2008). The Analyst’s Vulnerability: Preserving and Fine-Tuning Analytic Bodies. In: F.S. Anderson (ed.), *Bodies in Treatment* (255-273). Hillsdale: Analytic Press.
- HERMAN, J. (2011). *Trauma és gyógyulás: Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig*. Budapest: Háttér Kiadó – NANE Egyesület.
- JACOBS, T.J. (1973). Posture, gesture, and movement in the analyst: cues to interpretation and countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 21(1):77-92.
- JACOBS, T.J. (1986). On countertransference enactments. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 34:289-307.
- KRUEGER, D.W. (2002). *Integrating Body Self and Psychological Self: Creating a New Story in Psychoanalysis and Psychotherapy*. London: Routledge.
- LAPLANCHE, J. – PONTALIS, J.B. (1994). *A pszichoanalízis szótára*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- LÁBADI, B. (2011). A megérezett Másik – kapcsolat a pszichoanalízis és az idegtudomány között. *Imágó Budapest*, 1(3):39-50.

- LIPPS, T. (1903). Einfühlung, innere Nachahmung un Organempfindungen. *Archive für die Gesamte Psychologie*. Vol. 1, Part 2, 465-519. Leipzig: W. Engelmann.
- MCDUGALL, J. (1989). *Theatres of the Body: A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness*. New York: Norton.
- MCLAUGHIN, J. (1991). Clinical and theoretical aspects of enactment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39:595-614.
- NARVAEZ, D. (2014). *Neurobiology and the Development of Human Morality: Evolution, Culture, and Wisdom*. New York: Norton.
- OGDEN, T. (1992a). *The Primitive Edge of Experience*. New York: Jason Aronson.
- OGDEN, T. (1992b). *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. London: Karnac.
- OGDEN, T. (1994a). *Subjects of Analysis*. New York: Jason Aronson.
- OGDEN, T. (1994b). The Analytic Third: Working with the Intersubjective Clinical Facts. *International Journal of Psychoanalysis*, 75:3-19.
- PEARLMAN, L.A. – SAAKVITNE, K.W. (1995). *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*. New York: Norton.
- PEARLMAN, L.A. – CARINGI, J. (2009). Living and Working Self-Reflectively to Address Vicarious Trauma. In: C.A. Courtois and J.D. Ford (eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders* (202-224). New York: Guilford.
- PLAKUN, E.M. (2007). Perspectives on Embodiment: From Symptom to Enactment and From Enactment to Sexual Misconduct. In: J.P. Muller and J.G. Tillman (eds.), *The Embodied Subject: Minding the Body in Psychoanalysis* (103-116). New York: Jason Aronson.
- RACKER, H. (1957). The Meanings and Uses of Countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26:303-357.
- REICH, A. (1966). Empathy and Countertransference. In: *Psychoanalytic Contributions* (344-368). New York: International University Press, 1973.
- REICH, W. (1949). *Character Analysis*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1972.
- REIK, T. (1936). *Surprise and the Psychoanalyst*. London: Kegan Paul.
- ROTHSCHILD, B. (2006). *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma*. New York: Norton.
- SCHMITH, A. (1759). *The Theory of Moral Sentiments*. New York: EMP, 2013.
- SCHORE, A.N. (2003). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York: Norton.
- SHAW, R. (2003). *The Embodied Psychotherapist: The Therapist's Body Story*. London: Routledge.
- SIEGEL, E.V. (1996). *Transformations: Countertransference During the Psychoanalytic Treatment of Incest, Real and Imagined*. Hillsdale: Analytic Press.
- SLETVOLD, J. (2014). *The Embodied Analyst*. New York: Routledge.
- SOTH, M. (2005). Embodied Countertransference. In: N. Totton (ed.), *New Dimensions in Body Psychotherapy* (40-55). Maidenhead: Open University Press.
- STERN, D.N. (2002). *Attachment: From early childhood through the lifespan* (Cassette Recording, No. 609-617). Los Angeles: Lifespan Learning Institute.

- STONE, M. (2006). The analyst's body as a tuning fork: embodied resonance in countertransference. *Journal of Analytical Psychology*, 51(1):109-124.
- TANSEY, M.J. – BURKE, W.F. (1995). *Understanding Countertransference: From Projective Identification to Empathy*. Hillsdale: Analytic Press.
- WILSON, J.P. – LINDY, J.D. (1994). *Countertransference in the Treatment of PTSD*. New York: Guilford.
- WILSON, J.P. – THOMAS, R.B. (2004). *Empathy in the Treatment of Trauma and PTSD*. New York: Routledge.
- WINNICOTT, D.W. (1965). *The Maturational Process and the Facilitating Environment*. London: Hogarth Press.
- WINNICOTT, D.W. (1971). *Playing and Reality*. London: Tavistock.
- WYRE, K.H. (1998). The Embodiment of Desire: Relinking the Bodymind Within the Analytic Dyad. In: L. Aron and F.S. Anderson (eds.), *Relational Perspectives on the Body*. (97-116). Hillsdale: Analytic Press.
- WRYE, H.K. – WELLES, J. (1993). Erotic terror: male patient's horror of the maternal erotic transference. *Psychoanalytic Inquiry*, 13:240-257.
- WRYE, H.K. – WELLES, J. (1994). *The Narration of Desire*. Hillsdale: Analytic Press.
- YAROM, N. (2015). *Psychic Threats and Somatic Shelters: Attuning to the Body in Contemporary Psychoanalytic Dialogue*. London: Routledge.
- ZANOCCO, G. – DE MARCHI, A. – POZZI, F. (2006). Sensory empathy and enactment. *International Journal of Psychoanalysis*, 87:145-158.
- ZEPF, S. – HARTMANN, S. (2008). Some thoughts on empathy and countertransference. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 56(3):741-768.

\* \* \*