
Joan Dunkel-Shellie Hatfield

A viszontindulat-áttétel kérdései az AIDS-betegekkel foglalkozó személyek esetében*

Az AIDS egyszerre jelent szakmai és emberi kihívást az egészségügyi szolgálat tagjai számára. A szociális munkásoknak ezen a területen különösen érzékeny szerep jut, hiszen tevékenységük során több érintett rendszerrel kerülnek kapcsolatba: (1) az AIDS-betegekkel, családjukkal, barátaikkal és partnereikkel; (2) a homoszexuálisok közösségéből azokkal az aggodalmaskodó személyekkel, akik ugyan nem AIDS-esek, de életstílusuk nem különbözik a már fertőzöttekétől, illetőleg magukat az erősen veszélyeztetett kategóriák valamelyikébe sorolják; (3) az egészségügyi szolgálat tagjaival (köztük homoszexuálisokkal is); és (4) a szélesebb törvényhozói és politikai rendszerekkel, melyek hatással vannak az egészségügyi ellátásra. A szociális munkás feladatai között nemcsak a kliens-rendszernek nyújtott közvetlen klinikai szolgáltatás szerepel, hanem az egészségügyi munkacsoport más tagjainak nyújtott tanácsadás, oktatás és támogatás is. A szakemberek egy részét azonban gátolja a hatékony munkavégzésben, sőt elijeszti az AIDS-betegek szolgálatától az, hogy nehéz egy olyan népelességgel kapcsolatos személyes és szakmai reakciók osztályozása és megértése, mely kettős stigmát hordoz: homoszexuálisok és egy nemi érintkezés útján terjedő betegség fertőzöttjei.

Tanulmányunk a viszontindulat-áttétel elméletének fogalmi rendszerét felhasználva vizsgálja azokat a kérdéseket, érzelmeket, kétségeket és féltelmeket, melyeket a szerzők AIDS-fertőzött homoszexuális férfiakkal és a velük foglalkozó egészségügyi személyzettel folytatott munkájuk során tapasztaltak. Azt is feladatunknak tartjuk, hogy stratégiákat javasoljunk a viszontindulat-áttétel egyéni és csoportszinten történő feldolgozásához.

A pozitív és negatív viszontindulat-áttétel tudattalan folyamatát, amely összefüggésben áll a terapeuta megoldatlan pszichés konfliktusaival, Freud először 1910-ben írta le. Később a fogalmat kiterjesztette, és belefoglalta a „csábító” beteg viselkedésére adott tudatos érzelmi választ

* Eredeti megjelenés: *Social Work*, vol. 31., 1986. 114-117. old.

is. Freud a terapeuta érzelmeit a gyógyítási folyamat akadályának tekintette. A legutóbbi időkig ez az elmélet nem kapott bővebb kifejtést, és alig fejlesztették tovább. 1950-ben megjelent tanulmányában Heimann a „viszontindulat-áttétel” fogalmát a korábnál szélesebb értelemben használta, belefoglalva a terapeutának a klienssel kapcsolatos valamennyi érzelmét. Ezeket már nem tekintette mindenáron elkerülendőnek, mivel tapasztalata szerint gyakran kulcsot jelentenek a kliens tudattalan folyamatainak megértéséhez. Beitman, másokhoz hasonlóan, a viszontindulat-áttételt tudatos, tudatelőttés és tudattalan folyamatként írja le, melyet, ha azonosítanak, hasznos adatokkal járulhat hozzá a diagnózis és a beavatkozás meghatározásához. Mégis, sok mindent nem tudunk még a viszontindulat-áttételes reakciók mélyebb természetéről. Langs például úgy érvel, hogy e reakciók kialakulásának hátterében a terapeuta életének meghatározott eseményei állnak, és inkább a terapeuta szükségleteinek kielégítését szolgálják, semmint a kliens terápiájának folyamatát segítenek elő. Az ilyen szükségletkielégítés enyhíti a szorongást és büntudatot, vagy megmentési fantáziák kialakulásához vezet.

A szakirodalom újabban növekvő érdeklődést mutat a különféle kliens-csoportokkal (például gyógyíthatatlan betegségben szenvedőkkel, elmebetegekkel, az ellenkultúra híveivel, homoszexuálisokkal) kapcsolatos viszontindulat-áttétel problémái iránt. Peabody és Gelso az empátia és viszontindulat-áttétel közötti kapcsolatot vizsgálva pozitív korrelációt valószínűsítettek a terapeuta empátiára való képessége és a viszontindulat-áttétel iránti fogékonysága között. Florence Joseph ékesszólóan írja le egy haldokló beteg iránti viszontindulat-áttételét:

„Több volt, mint egyszerű gyanú, hogy Alice kezeléséből, az áldozatvállalás ellenére, igen sok kielégülést nyertem. Saját népes családomon belül azzal az érzéssel nőtem fel legkisebb gyermekként a sok között, hogy a fontos ügyekben semmiféle felelős szerepem nincs. Gyakran fantáziáltam arról, hogy szüleim, tanárain és barátaim engem választanak vezetőnek, akit mások hittel és bizalommal követnek. Alice utolsó hónapjaiban, a szükség idején, meggyőződésem, hogy én voltam a legfontosabb személy az életében. *Saját neurotikus tendenciáink mély gyökereit a legszigorúbb analízis sem képes teljesen megsemmisíteni. A krízis pillanataiban ezek mindig megjelennek.*” (Kiemelés tőlünk – a szerzők.)

Mindezek alapján cikkünkben a viszontindulat-áttétel fogalmán a terapeutának mindazokat a tudatos, tudatelőttés és tudattalan reakcióit és érzelmeit értjük, melyek éppúgy jelenthetnek problémát, mint értékes terápiás és diagnosztikus eszközt.

Problémák

Az egészségügyi szolgálat AIDS-fertőzött betegekkel foglalkozó tagjaival (köztük szociális munkásokkal) készített interjúk alapján nyolc, a viszontindulat-áttétellel összefüggő problémát azonosítottunk: (1) félelem az ismeretlentől; (2) félelem a fertőzéstől; (3) félelem a haldoklástól és a

haláltól; (4) a reménytelenség tagadása; (5) félelem a homoszexualitástól (homofóbia); (6) túlzott azonosulás; (7) harag; és (8) a szakmai mindenhatóság iránti szükséglet.

Félelem az ismeretlentől

Sokan igen keveset tudnak az AIDS-ről. A szociális munkások nagy része nem ismeri a betegség okát, terjedésének módjait, a lefolyás megváltoztatásának módszereit, sőt még azt sem, hogy melyek a fertőzés által leginkább veszélyeztetett csoportok. Így a beteg népesség – mikor egyetlen személyben ölt testet – könnyen válhat a szakember szemében azzá a „Másikká”, aki tőle merőben különbözik, és az empátia folyamata, amely központi jelentőségű a segítő kapcsolatban, nehezebben vagy egyáltalán nem jön létre. Az empátia és objektivitás helyébe az az elhatárolódás léphet, mely képes az objektivitás látszatát kelteni. Annál a kliensnél, aki megismeretlen marad, nagyobb a veszély, hogy tudatos vagy tudattalan viszontindulat-áttétel célpontjává válik. Így rendkívül fontos, hogy információkat szerezzünk az AIDS-ről, a homoszexualitásról, és személyiségként, nem pedig egy kategória megtestesüléseként lássuk az AIDS-fertőzött személyt.

Félelem a fertőzéstől

A félelem, hogy az AIDS valami módon elkapható a levegőn keresztül vagy bőrkontaktussal, közkeletű hiedelem, amióta csak a tünetegyüttes fertőző jellege ismertté vált. A Californiai Orvosi Egyetem San Franciscó-i klinikájának AIDS-betegekkel foglalkozó munkacsoportja olyan biztonsági intézkedésekre vonatkozó ajánlásokat dolgozott ki, amelyek figyelembe vették a fertőzés megelőzésének követelményeit éppúgy, mint az emberiességi szempontokat. Az intézkedések elsősorban alapos kézmosásra, a betegek testnedveivel való közvetlen kapcsolatba kerüléskor gumikesztyű viselésére szólítottak fel. Ennek ellenére az egészségügyi szolgálat tagjai közül sokan továbbra is félnek: vajon eleget tudunk-e az AIDS-ről ahhoz, hogy a közelség okozta fertőzés lehetőségét kizárjuk? Bár a San Franciscó-i biztonsági intézkedések ésszerű, jól végiggondolt tervet jelentenek az AIDS és a hozzá kapcsolódó fertőzések megelőzésére, a fertőzéstől való félelem újra meg újra pánikreakcióvá nőhet, amely megnehezítheti mind a betegek gyógyítását, mind pedig pszichológiai szükségleteik megfelelő kielégítését.

Az egészségügyi szolgálat tagjainak az a félelme, hogy megfertőződhetnek, és a fertőzést továbbadhatják családtagjaiknak és barátaiknak, azt mutatja, milyen keveset tudunk az AIDS-ről. Ebben az értelemben az AIDS-től való félelem nem különbözik a járványoktól való hajdani rettegéstől.

Félelem a haldoklástól és a haláltól

Az ismeretlentől és a fertőzéstől való félelem mellett, azoktól elkülönülten, de velük összefüggésben jelenik meg a haláltól és a haldokló személytől való félelem – mintha a halál is fertőző lenne. Nem szokatlan lelki jelenség ez, különösen olyan egészségügyi alkalmazottak között, akik nagy hangsúlyt helyeznek arra, hogy „legyőzzék” a halált. A haldokló emberrel folytatott munka előhívhatja a saját halandóságunkkal kapcsolatos feldolgozatlan érzelmeket. A másik halálát szemlélhetjük magunkra vonatkoztatva, vagy a halandóságot körülvevő konfliktusokat próbálhatjuk úgy kezelni, hogy a haldokló ember *személy mivoltának* tagadásával tagadjuk a halál létét. Ezt a konfliktust súlyosbítja, ha fiatal ember haláláról van szó.

A reménytelenség tagadása

Az AIDS-ben szenvedő beteg a reménytelenség érzését kelti az ápoló személyzetben, amit nehéz beismerni. Egyrészt alkalmazkodó viselkedésnek tekinthető, ha a szolgáltatást végző tagadja a helyzet reménytelenségét: fenntartja az AIDS-beteg hitét, és a tünetek megszüntetésére tett erőfeszítéseket. Másrészt viszont a reménytelenség tagadásával a segítő öntudatlanul is saját mindenhatóságának mágikus hitén keresztül próbál úrrá lenni a helyzet felett. Amikor a mágikus kontroll kudarcot vall, a segítő ezt személyes kudarcként éli meg, amire büntudattal reagál. Az ilyen tapasztalat hatására előfordulhat, hogy a szociális munkás a későbbiekben az optimálisnál elégtelenebb szolgáltatást nyújt, sőt esetleg nem hajlandó dolgozni ezzel a klienscsoporttal.

Félelem a homoszexualitástól

Bár a homoszexualitás csak személyiségzavaros formáiban szerepel az *Elmegógyászat diagnosztikai és statisztikai kézikönyvében*, nem lenne helyes azt a látszatot kelteni, mintha a homoszexualitást ma már „normálisnak” tekintené a laikus és szakmai közvélemény. Az is naív feltételezés lenne, hogy a szociális munkások, mivel etikai kódexük előírja minden ember egyediségének tiszteletben tartását, le tudnák küzdeni ellenérzéseiket a homoszexuálisokkal szemben. Pillard, a kisebbségi csoportokat érő stigmatizálási folyamatot elemezve, a következőket mondja a homoszexuálisok gettóba szorításáról:

”A pszichológiai gettósítás azáltal jön létre, hogy elkerülik a kisebbségi csoporttal való kapcsolatteremtést. Így nem alakulhat ki az együttérzés, a közös humánus érzése, és könnyebben tulajdoníthatnak negatív jellegzetességeket a kirekesztett csoportnak. A kisebbségről szóló információk gyakran félrevezetőek, mivel olyan „szakértőktől” származnak, akiknek kevés eredeti kapcsolatuk van a kisebbségi csoport tagjaival.”

A homoszexuálisok pszichológiai gettóba szorításának következményei: (1) fejlődési megkésettség olyan homoszexuálisok esetében, akiknek nincs lehetőségük intim kapcsolat teremtésére tizenéves korukban és huszas éveik elején; (2) minden társadalmi réteg a domináns csoport homoszexuálisokról alkotott felfogását internalizálja, így a homofóbia nemcsak a heteroszexuálisok, hanem a homoszexuálisok körében is fellelhető; (3) mindazoknak a homofóbiától való félelme, akik magukat szabadelvűnek tekintik; és (4) feldolgozatlan homoszexuális érzelmek a heteroszexuális egészségügyi személyzet körében, amelyeket a homoszexuális kliens reaktiválhat. Kívánatos, hogy az egészségügyi ápolószeméllyel való foglalkozás során a szociális munkások vessék fel ezt a problémát. Ehhez azonban szükség van az interperszonális készségek hatékony használatára, valamint az önnevelés és önmegfigyelés megfelelő alkalmazására.

Túlzott azonosulás

Mivel az empátiás folyamat alapvető összetevője a klienssel való együttérzés képessége, a terápiás kapcsolat szükségszerű alkotóeleme az azonosulás. A túlzott azonosulás akkor következik be, amikor a terapeuta képtelen az objektív nézőponthoz való visszatérésre. Ennek következménye lehet, hogy a szociális munkás irreális mennyiségű időt és energiát áldoz a kliensre, összekeveri személyes szükségleteit a szakmai felelősséggel, és szélsőséges esetben ezzel még tünetek kialakulását is elősegítheti. Mivel a homoszexuális egészségügyi alkalmazottak képesek a leginkább azonosulni az AIDS-es betegekkel, őket fenyegeti leginkább a túlzott identifikáció.

Harag

A szociális munkás a reménytelenség, félelem és büntudat miatt haragot is táplálhat a klienssel szemben. Ennek következményeként „vádolni” kezd az áldozatot. A harag lehet tudattalan kísérlet a büntetésre, mely a szociális munkás irracionális, lobbanékony és kiszámíthatatlan viselkedéséhez vezethet. Ez az érzelem, mely távolságot teremt a szolgáltatást végző és a kliens között, az elhárítás egy formája, mely arra szolgál, hogy megvédje a szociális munkást a veszteség és a halál fájdalmától. A halállal szemben tanúsított természetes ódzkodás olybá tűnhet, mintha az AIDS-es beteg ellen irányuló harag lenne, amely tudatosan vagy tudattalanul arra készítheti a klienst, hogy ritkítsa a szociális munkással való kapcsolatfelvételt. A szociális munkásnak ezután már könnyű úgy racionalizálnia a kapcsolat lazulását, hogy azt a kliens kezdeményezte. Az ilyen viszontindulat-áttétel gátolja az empátiát, és megakadályozza, hogy a terapeuta érzelmileg elérhető legyen, amikor arra a kliensnek szüksége van. A segítő sikeresen elkerüli a gyászt, és így „megőrzi” magát azoknak a klienseknek, akiknek van reményük a túlélésre. A reakcióknak erről a fajtá-

járól beszélni kell, mivel az AIDS-es betegekkel foglalkozó szociális munkásokkal szembeni legfontosabb elvárások az elérhetőség, megbízhatóság, empátia és az arra való képesség, hogy – főleg a regresszió szakaszában – érzelmileg megfelelően reagáljanak a kliensre.

Végül a haragot lehet más tárgy, például az AIDS politikai és morális kezelése ellen irányítani. Lehet, hogy a szociális munkás számára a kliens csak ürügy, hogy ostorozhassa azt a társadalmat, amely egyes kisebbségi csoportokat diszkriminál. Amikor a szociális munkás ez ellen harcol, s öntudatlanul is politikai célok eszközét kezdi látni a kliensben, elveszti objektivitását, és nem tekinti többé ügyfelét egyedi esetnek. Az effajta viszontindulat-áttételes harag gyakran fordul elő akkor, ha a szociális munkás homoszexuális, vagy valamely kisebbség tagja, és saját elnyomottság-érzése aktiválódik az AIDS-fertőzöttel folytatott munka során.

A szakmai mindenhatóság iránti szükséglet

Ha a szakmai normákat alapvető követelménynek tekintjük a szociális munkában, azaz az emberi méltóságot és önmeghatározáshoz való jogot a fogyasztó alapvető jogaként hirdetjük, felborulhat a segítő kapcsolat „hatalmi alapja”, és veszélybe kerülhet a szakmai szerephez kapcsolódó tekintélyrend. Az az AIDS-es, aki arra tart igényt, hogy ne minősítsék „betegnek”, és nem fogadja el a „beteg-szerepet”, veszélyeztetheti a szociális munkás szakmai önértékelését és hatalmát azzal, hogy nem ismeri el és nem becsüli kellő értékén a szociális munkás szerepét. A szociális munkás, aki úgy gondolja, megfelelően képes kliense érdekeit képviselni, meglehet zokon veszi, ha a kliens úgy gondolja, ez *jogszerűen* jár neki.

Bár a szociális munkás képzettsége és szakmai értékei egyedülálló felkészültséget jelentenek az AIDS-betegekkel való foglalkozásra, ragaszkodása ezekhez az értékekhez komoly kihívást jelenthet a szociális munkás személyes hitrendszerével és szakmai szerep-identitásával szemben, amit nehéz lehet bevallani. Ahogy Mendes leírta, a személyes és szakmai kihívás itt nemcsak azt jelenti, hogy meg kell őriznünk az objektív empátia képességét, miközben elutasítjuk mások értékeit, de nyitottnak kell maradnunk olyan kliensek felé is, akik aktívan elutasítják a szociális munka értékrendjét. Ahelyett, hogy a szakemberek tudatosítanák és beismernék negatív érzelmeiket, egyszerűbbnek vélik letagadni ezeket, vagy pedig igyekeznek elkerülni azokat a klienseket, akik ilyen érzelmeiket aktívizálnak bennük.

Esetismertetés

A 30 éves, házas, Kaposi-szarkomában és *pneumocystis carinii* okozta tüdőgyulladásban szenvedő férfit légzési elégtelenség és nyelési képtelenség miatt utalták kórházba. Az ápolószemélyzet tagjait nyugtalanította, hogy a beteg tagadta állapota súlyosságát, és hogy AIDS-ben szenvedne.

Úgy gondolták, jót tenne neki, ha „megbékélne magával és helyzetével”. Ezért beutalták a kórházi osztály szociális munkásához, hogy az segítsen a problémát megoldani.

A szociális munkás megtudta, hogy a beteg szülei és testvérei a városban élnek, továbbá hogy házassága alatt kétszer is volt titkos homoszexuális kapcsolata. Egyik partnere nemrég AIDS-ben meghalt. A beteg azt is elmondta, hogy családja, felesége és orvosa semmit sem tud szexuális identitásáról, de amikor beteg lett, nagyon közel állt ahhoz, hogy mindent „kipakoljon” nekik.

Az első két napon a szociális munkás beszerezte a szükséges információkat, és támogató tanácsadást nyújtott. Eközben azonban egyre jobban szorongott. Arról beszélt kollégáinak, hogy a beteg „kikezd” vele, állandóan arra kéri, fogja meg a kezét. E viselkedést úgy értelmezte, hogy a kliens megpróbálja az ápolószemélyzet előtt heteroszexuális érdeklődését bizonygatni, és így akarja továbbbra is elkerülni a problémával való foglalkozást. Eleresztette a füle mellett a betegnek azt a megjegyzését, hogy tisztázni akarja a helyzetét a családjával. A beteg állapota rosszabbodott, emiatt az intenzív osztályra került, ahol lélegeztető készülékre csatolták. Ekkor felesége találkoztól kért a szociális munkástól, aki – úgy érezvén, hogy nem tud mit mondani neki – konzultációt kért szakmai szupervízorától.

A konzultáció segítségével lehetővé vált, hogy objektíven elemezze az ápolószemélyzet reakcióit. Megértette: reménytelennek érezték, hogy a betegség menetén változtassanak, ezért megpróbáltak azon változtatni, amin lehetett – a beteg úgynevezett tagadásán. Az is tisztázódott, hogy ő maga nem volt képes érzelmeit tudatos ellenőrzés alatt tartani, így nem jól ítélte meg az esetet. Azzal, hogy a homoszexualitásra koncentrált, nem ismerte fel a betegnek a magárahagyottságtól való félelmét és kontaktus iránti igényét. A szupervízorral megbeszélte a házastársi hűséggel és a homoszexualitással kapcsolatos érzéseit, és azt is, hogy fél megérinteni a beteget. Tekintettel arra a szokatlan helyzetre, hogy még nem lépett kapcsolatba a beteg feleségével, beszélt viszontindulat-áttételes érzéseiről is: a haragról, a homoszexuálisoktól való irtózásáról, és arról a büntudatról, melyet azért érzett, mert megosztotta a beteggel házasságon kívüli kapcsolatainak „titkát”. Így sikerült világossá tenni, hogy viszontindulat-áttételes érzelmei gátolták abban, hogy hatékonyan ellássa az ápolószeméllyzettel és a beteggel kapcsolatos feladatait.

Szakmai én-tudatosság

A viszontindulat-áttétel problémái igen erőteljesen jelentkezhetnek az AIDS-betegekkel foglalkozó gyakorló szakemberek esetében. Ezeket gyakran álcázzák, és szorongásként, büntudatként, kétségbeesésként, közbösségként vagy kíváncsiságként értelmezik. Igen nagy a kísértés, hogy elfelejtsük az objektivitás és a részvét kötelezettségét, és átengedjük magunkat a hisztériának.

A viszontindulat-áttétel különböző szinteken és különböző okokból jöhet létre. Kiindulhat a kliensből vagy a szociális munkásból. A viszontindulat-áttételt úgy tehetjük helyére, ha tudatosítjuk e reakciók értékét a terápiás folyamat irányításában, és folyamatosan figyelemmel kísérjük ezeket az érzelmeket. A következő stratégiákat javasoljuk a viszontindulat-áttétel figyelemmel kísérésére és a velük való foglalkozásra:

1. Igyekezzünk megérteni a viszontindulat-áttétel azon megnyilvánulásait, melyek nagy valószínűséggel fordulhatnak elő az AIDS-betegekkel való munka során, és azt, hogy ezek milyen álarcokban jelentkeznek.

2. Derítsük fel a viszontindulat-áttétel szempontjából legjobban veszélyeztető személyes tényezőket.

3. Neveljük és érzékenyítsük önmagunkat az AIDS problémáival és az AIDS-es betegek életstílusával kapcsolatban.

4. Az én-tudatosság gyakorlására készítsünk feljegyzéseket, video-felvételeket, gyakoroljuk a szerepjátékokat vagy más módszereket, melyek segítségével fel lehet ismerni a viszontindulat-áttételes problémákat.

5. Ellenőrizzük saját viszontindulat-áttételes reakcióinkat.

6. Mérjük fel saját korlátainkat, és tanuljuk meg, mikor és hogyan használjuk a szupervíziót.

7. Szervezzük meg az azonos helyzetű emberek támogató csoportjait, ahol AIDS-es betegekkel foglalkozó kollégák részvételével lehetővé válik a problémák tudatosítása, és csökkenthető a negatív érzelmek felismeréséből vagy tudatosodásából származó büntudat.

8. Forduljunk információért az egészségügyben dolgozó homoszexuálisokhoz, kérjük, segítsenek tisztázni a zavaros kérdéseket.

9. Forduljunk olyan konzultánsokhoz, akik érzékenyek erre a klienscsoportra.

Az AIDS-fertőzöttekkel foglalkozó területen a szociális munkás szerepe lényegbevágó, és egyre inkább az lesz. Az AIDS-fertőzöttek és az egészségügyi rendszer segítése úgy az oktatás, mint a támogatás terén nagy erőfeszítéseket igényel. Nagy kihívás ez, de a feladatot csak azután lehet hatékonyan elvégezni, ha mi, a gondozást végző szakemberek, számot vetünk saját magunkkal, és feltesszük azokat a kérdéseket, amelyeket azok a viszontindulat-áttételes reakciók vetnek fel, melyeket az AIDS-betegekkel való munka során saját magunkon tapasztalunk.

Fordította Kozma Judit

Hivatkozások

- Beitman, B.: „Categories of Counter-transference”. *Journal of Operational Psychiatry*. 1983/2. 82-90. old.
- Freud, S.: „The Future Prospects of psychoanalytic Therapy” (1910) és „Recommendations for Physicians on the Psycho-Analysis Method of Treatment” (1912). In: Jones, E. (szerk.): *Collected Papers of Sigmund Freud*, 2. köt. 285-296., 323-333. old. Basic Books, 1959.
- Heimann, P.: „On Countertransference”. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1950, (31.) 81-84. old.

- Joseph, F.: „Transference and Countertransference in the Case of the Dying Patient”. *Psychoanalysis and the Psychoanalytic Review*. 1962. (49.) 34. old.
- Langs, R.: *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy*. Jason Aronson, 1983.
- Mendes, H.A.: „Countertransferences and Counter-Culture Clients”. *Social Casework*, 1977. (58.) 159-163. old.
- Peabody, S.A. és Gelso, C.J.: „Countertransference and Empathy: The Complex Relationship between Two Divergent Concepts in Counseling”. *Journal of Counseling Psychology*. 1982/3. 240-245. old.
- Pillard, R.C.: „Psychotherapeutic Treatment for the Invisible Minority”. *American Behavioral Scientist*. 1982. (25.) 411. old.



HARMADIK PART teljességügyi értesítő

A KÖRNYEZETTEL,
EGYMÁSSAL
ÉS ÖNMAGUNKKAL
való együttélés új és régi útjait
keresők folyóirata



Megjelenik: 1989 óta,
évszakonként 80 oldalon.
Főszerkesztő: Maurer György



Kapható a nagyobb könyvesboltokban,
klubokban és előfizetéssel.
Címünk: 1124 Budapest, Németvölgyi út 120.
Telefon: 155-7565

INGYENES
mutatványszámot kérésre küldünk.