

תיאוריות אישיות וכשלים אמפטיים

ככלל, זיהיתי שלוש מגמות התייחסות שונות בהתפתחות התיאוריות הטיפוליות הפסיכו-דינמיות. הראשונה היא המגמה הקלאסית של פרויד, שמדגישה את הפירוש והתובנה הקוגניטיביים לעולם האינטר-פסיכי של המטופל. מגמה זו מאפשרת פשרה בין הדחפים לאני העליון ומובילה לשינוי במבנה הפנימי, שהוא הריפוי. הגישה מתייחסת לממד האינטלקטואלי של האמפתיה, שהוא הפירוש.

המגמה השנייה היא גישת יחסי האובייקט של קליין, המדגישה את יחס המטופל כלפי המטפל כמקוד לעבודה הטיפולית ואת יחסי ההעברה ביניהם. כלומר, פירוש קוגניטיבי של יחסי ההעברה למטפל כמקור הריפוי. בנוסף ישנן המגמות הפוסט-מודרניות של קוהוט וממשיכיו, פסיכולוגיית העצמי והגישה האינטר-סובייקטיבית, שרואות בפירוש וביחסים עם המטפל מקשה אחת שמכונה "הפירוש האמפטי". בשתי הגישות הראשונות ייחסתי את הכשל לפרשנות שאינה נכונה או שאינה מדויקת ואילו בשלישית ייחסתי את הכשל ליחסים בין המטפל למטופל. אציג רקע של עיקרי כל תיאוריה ומתוך כך אגזור את ההגדרות לכשל אמפטי על פי כל תיאוריה.

פרויד ראה בדרך מניע. הוא סבור שמקור החולי והבריאות טמון בדחפים, בעוצמתם ובדרך שבה הם מטופלים. הוא האמין שהדבר שמפעיל אותנו איננו המחשבה המודעת אלא כוחות דינמיים לא מודעים שמקורם בילדותנו. הבעיות הנפשיות, לפיו, נובעות מהדחיקת זיכרונות טראומטיים. משימת המטפל היא לאפשר למטופל להתפשר עם דחפיו ולהתאים את תשוקותיו ויצריו למציאות; לעבור מאומללות נזירות לכאב נסבל. מטרת הטיפול לגישתו, היא הבנה רציונלית של דחפים מונעי פנטזיה ושליטה עליהם בעזרת העלאת זיכרונות והפיכת הלא מודע למודע באופן כזה המאפשר חיבור בין אפקט וזיכרון ומשחרר את הנפש מאנגריות עודפות. כך, לתובנה אמיתית יכולה להיות השפעה מרפאת. לפי תפיסה זו האמת משחררת ושינויים פסיכולוגיים מתרחשים כאשר משיגים ידע והבנה, באמצעות אסוציאציות חופשיות, פליטות פה, שפת גוף, חלומות, חזרות כפייתיות, התנגדויות והעברות כלפי המטפל שמקורן ביחסים המוקדמים עם דמויות משמעותיות בילדות (מנדלוביץ 2009).

הפסיכואנליזה היא פעולה פרשנית ששואפת לאובייקטיביות. פרויד סבר שאידיאל הטיפול וההתפתחות מתקיים במעבר מסובייקטיביות חווייתית לאובייקטיביות מדעית. זהו מודל שמתבסס על מנגנון נפש מובנה, המנסה להציג את ההונאה שבבסיס תפיסתנו העצמית. לדעת אנשי התיאוריה הקלאסית (נוי 1999), הסיטואציה האנליטית מגיעה לפעילות הפרשנית הטובה ביותר בכך שהיא מעוררת ומעצימה את התשוקות העמוקות ונמנעת מלספקן ובכך מייצרת תובנה לגביהן. התסכול שנוצר עקב אי-סיפוק צרכים תובע מהמטופל לתת ביטוי מילולי לדחפיו - מצב שגורם להגברת המודעות אליהם ולבסוף להרחקתם מחיי הנפש.

הטכניקה של פרויד התמקדה באנונימיות, בניטרליות, בהתנזרות, באידיאליזציה של השתיקה ובמאמץ נחוש לפרש בלבד. הוא סבר שעל המטפל לצמצם את עצמיותו, לשמור על קרירות רגשית, להסתיר את רגשותיו ולבוא כלוח חלק וכאובייקט להשלכות, בנימוק שכך מתפנה המרחב הטיפולי לטובת ביטוי עולמו של המטופל כדי שהקשב יהיה מרחף ונטול כל אינטרס. לפיכך, בטיפול אין מקום להעברה נגדית של המטפל והיה ועולים בו רגשות עליו להיטהר אצל אנליטיקאי. פרויד המליץ ש"המטפל יסיט הצידה את רגשותיו ואפילו את רחמיו האנושיים ויפנה את כוחות הנפש לבצע את הניתוח במיומנות רבה ככל האפשר. עליו להישאר אטום כלפי

מטופליו ובדומה למראה, לא להראות דבר זולת מה שמראים לו" (1912: 95). הוא גינה שיתוף בין המטפל למטופל והיה אחראי לקביעה שבמידה והמטפל והמטופל חלוקים, הצדק ברוב המקרים יהיה עם הרופא. גישה זו יצרה לאנליטיקאי דימוי קר ומנוכר, אדם שהאמת תמיד באמתחתו.

ברמן (2002) שואל כיצד ייתכן מושג האמפתיה, שהוא כה מרכזי כיום, נעדר כמעט לחלוטין ממאמריו של פרויד על שיטת הטיפול שלו. לפיו, פרויד תופס את האמפתיה כתהליך שבו מתבטאת יכולתנו להבין את הטובע בזולתנו וזר לאני שלנו. לדבריו, במקביל לקביעות של פרויד שמקנות למטפל דימוי מנוכר, קיימים אצלו גם ביטויי צניעות: לדוגמה בהפניית תשומת לבו של המטפל לכתמים עיוורים ביחס לביטויי יוהרה, או בטענה שעל האנליטיקאי להפנות את הלא מודע שלו אל הלא מודע של המטופל כמעין קולטן שמאפשר לחוויות הסובייקטיביות של המטפל לשמש כבסיס להבנה טובה יותר של המטופל. העידוד להקשבה תוך הימנעות מרישום, בלי החשש לשכוח את שנאמר ותוך הימנעות מקביעות מטרות מדעיות – אלה עשויים לשרת את התפיסה הלא סטריילית, משום שבכך האנליטיקאי פנוי יותר לקליטת עולמו הפנימי של המטופל, יותר מאשר בניתוח ובפרשנות האנליטית של האירוע. המטפל קולט את עולמו של המטופל אך אינו מערב את עולמו שלו. הדגש באמפתיה אצל פרויד נעוץ בממד האינטלקטואלי שבה: היא כלי פענוח ובסיס לעיצוב פירושים אך לא כלי אנליטי כשלעצמה.

וילפרד ביון, שמזוהה עם הגישה הקלאסית, עוסק במושג קשב מרחף (Reverie) (Bion 1962). זהו אותו אמצעי מנטלי ורגשי שבעזרתו האם מכילה את תינוקה. אתגר ההכלה נמצא במקומות שבהם התינוק חש אימה ואין לו אמצעי לתקשר אותה; אימה זו היא האימה חסרת השם – Nameless dread. התינוק מתקשר את האימה דרך הזדהות השלכתית, שהיא מנגנון הגנה ואמצעי תקשורת. האם חשה את האימה של ילדה, היא מעבדת אותה באופן חלקי ומתרגמת אותה לתקשורת דרך מילים, אינטונציה, חיבוק וכדומה. בתפיסת האינדיבידואציה של ביון, האם מחזירה את הפחדים אל התינוק באופן שבו הוא יוכל לשאת אותם בעצמו ולטפל בהם בכוחותיו הוא.

כמו האם כלפי התינוק, המטפל אצל ביון אינו משתף בחווייתו את המטופל, אלא הוא מחזיר את החרדות למטופל בעיבוד חלקי - באופן שבו המטופל יוכל לשאתם ולטפל בהם בכוחותיו הוא. ביון לא מהסס להעלות פירושים שמעוררים חרדה. הוא סבור שלמטופל אין כלום מלבד עצמו ואמנם תרומה חלקית של הזולת היא אפשרית, אך את עיקר העבודה עליו לבצע בכוחותיו. לדעת ביון יש לפרש באופן מדויק, חסכוני ובהיר מחד-גיסא, ומאידך גיסא על המטפל לשכוח את התיאוריה, את מחשבותיו ותשוקותיו, להימנע מלהמשיג מהר מדי את הדברים שהוא שומע כדי לא לכפות את מושגיו, זיכרונו ורצונו על המטופל. עליו להקשיב באופן חופשי. הבנותיו יבשילו רק כשייאסף מספיק תוכן כדי לנסח פירוש משמעותי.

אכן, על המטפל להתאזר בסבלנות עם פרשנותו, עד שתבשיל לכדי אמירה או הבנה מצד המטופל עצמו. גם זה סוג של אמפתיה, שכן כמטפלים אנו נדרשים להכיל, להשהות את הידיעה ולעמוד במקום משני ביחס למטופל, הנמצא בקדמת הבמה. בכך אנחנו מעמידים את עצמנו לרשותו.

כשל אמפתי, לפי הגישה הקלאסית – כפי שהדברים משתמעים מתוך התיאוריה – הוא פרשנות לא נכונה או לא מדויקת שקשורה לעולמו הפנימי של המטופל, על רקע קונפליקטים בין האיד לסופר-אגו. חיזוק לכך מופיע במקרה של דורה – כינוי לנערה שהייתה באנליזה אצל פרויד ואובחנה כלוקה בהיסטריה; הטיפול בה כשל והסתיים לאחר 3 חודשים עקב פרשנות לא נכונה. המקרה עורר פולמוס רב בקרב אנליטיקאים ואחרים, אז

והיום, ביחס לסיבות כישלוננו. פרויד, לפי גרין (2007), ניסה לכפות עליה את פרשנויותיו באשר למניעי מחלתה, שנבעו, לסברתו, משלב התפתחות בילדותה, בעוד שהיא סברה שהדבר נבע ממערכת יחסיה עם הסובבים אותה. בשל הפרשנות המוטעית, לתפיסתה, דורה התקוממה ועזבה את הטיפול.

קליין, המזוהה עם הגישה של יחסי אובייקט, עוברת מדחף להתייחסות (מנדלוביץ 2009) ורואה בחסך מניע. היא עוברת מההגדרה הקלאסית של הדחף שמחפש פורקן (Pines 1989) להגדרה של דחף שמחפש אובייקט (Fairbairn 1952). לתפיסתה המונח אובייקט משמש כייצוג המופנם של הזולת בעולם הנפש המרכזי. גם קליין, כמו ביון, סבורה שהזולת מוחזק לא כממשות חיזונית אלא כזולת שמיוצג פנימית. לפי גישה זו, התהליך ההתפתחותי מדגיש את התוקפנות, את פנטזיית התינוק ואת יחסי התינוק והאם. בשנה הראשונה לחייו עובר התינוק שני שלבי התפתחות, דרך שתי העמדות ביחסי האם-תינוק: העמדה הסכיזואידית פרנואידית והעמדה הדיכאונית. העמדה הסכיזואידית מתבטאת באהבה הרסנית לצד אהבה מתקנת, בצרות עין, בחמדנות ובהזדהות השלכתית (מנדלוביץ 2009). זו מתקיימת עד לשלב הדיכאוני, שבו התינוק לומד הן להתמודד עם דחפיו ולווסתם והן לקבל ולהכיל את האם ואת עצמו כישות אחת שלמה.

מערכת היחסים שמכונן המטופל עם המטפל אינה אלא שחזור של מערכות ראשוניות שנצרכו בו. קליין רואה את כל התכנים ביחסי מטפל מטופל כחסרי בסיס מציאותי, אלא כהשלכות של זיכרונות מעוותים ומדומיינים שבאים לידי ביטוי כפי שהמטופל חווה אותם בילדותו המוקדמת עם הדמויות המטפלות. הטיפול נועד לשחזר יחסים אלו באמצעות העברה, העברה נגדית והזדהות השלכתית, ולתקנם. הטיפול מאפשר חוויה של דפוסי התקשרות חופשיים מספקים ומעשירים. קליין סבורה שהאירועים שמתרחשים בטיפול חייבים להתרחש ברמה של סמלים ודיבור. לגישה, הממד הבין-אישי מתבטא בדרישה מן המטפל להתרכז בפירושי ההעברה שמייצגים את יחסו של המטופל אל המטפל, ובדרישה שלא תתקיים הדדיות ותקשורת ישירה בין רגשות המטופל והמטפל. היא טוענת שהדיבור לא רק עדיף על גילום ובוודאי על סומטיזציה שעלולה להיות פתולוגית, אלא אף הכרחי למניעת גילום.

בשונה מקליין, פרנצי (Ferenczy 1988), שאמנם מזוהה עם הגישה הקלאסית אך משקף תיאוריות מתקדמות, משלב עקרונות של יחסי אובייקט מציאותיים ושם דגש על השפעת הקשר הטיפולי כיחסי אובייקט חדשים. לטענתו, השפעת הטיפול מקורה בקשר הטיפולי בין שני אנשים, שבבסיסו אכפתיות וחום. קשר זה מאפשר למטופל לזכות בפיצוי על חסרים שחוה בילדותו. לפי פרנצי, הדיבור שנתפס כמרכזי בטיפול בעצם איננו החלק המשמעותי שלו; החלק המשמעותי הוא החילופים האינטנסיביים של תחושות ורגשות בין המטפל למטופל. פרנצי סבור שההעברה מקורה בחסך רגשי של המטופל ולכן על המטפל לספק את צרכיו הרגשיים. על המטפל לחשוף את עצמו לעוררות רגשית, להרשות לעצמו לחוש כלפי המטופל רחמים, כבוד, חום או אהבה, בהתאם לצרכיו. עליו לזרום עם ההעברה הנגדית במקום לנטרל אותה, לתת לה ביטוי רגשי מושכל תוך התחשבות במסגרת הטיפולית ומבלי להעמיס על המטופל וליצור עמו קשר במישור הרגשי. המטפל מחויב ליצור עבור המטופל מסגרת שתשמש מקום בטוח שבו הוא יוכל להתנסות מחדש בטרומות מוקדמות. לפי גישה זו, התנגדות המטופל מתרחשת כשהוא מסרב לבטא צרכים רגשיים ולעמוד על סיפוקם וכשקיימת התנגדות של המטפל והוא מסרב להגיב באופן רגשי ובחשיפה עצמית לרגשות המטופל - זהו כשל אמפתי.

פרנצי מתאר את החזרתיות ההזייתית של חוויות טראומטיות בטיפוליו. הוא סבור שעל המטפל לבדוק מה האמת בתלונות מטופליו כלפיו – תלונות שהם מתקשים לבטא באופן ישיר בשל דפוס הזדהות שמונע ביטוי כן של כעס וביקורת ולעתים גם בשל התנגדות האנליטיקאי. רק שיח נוקב וגלוי שכולל הודאה בשגיאות עשוי לשקם את האמון באנליטיקאי, והוא שיוצר את הניגוד בין ההווה לעבר הטראומטי. פרנצי (1928) גילה שרק על ידי הכרה מלאה בטעותו כמטפל, גם אם הדימוי וההערכה שרחש לו המטופל ניזוקים ודווקא בזכות העובדה שהניח לו "לחגוג" את ניצחונו עליו, עלה בידו להשאירו בטיפול. הוא מעודד דיון שוויוני בו הוא מציע למטופל כיוונים ומנסה לזכות בהסכמתו ולא לכפות עליו את סמכותו. הוא מציע לשים דגש רגשי חווייתי בטיפול ככוח המאפשר שינוי, בניגוד לדגש אינטלקטואלי פרשני ומאופק.

דונלד וויניקוט (Winnicott 1971) החזיק בתיאוריית הדחף המסורתית, אך סבר שלסביבה תפקיד גורלי בהתפתחות ואף טבע את המושג "באשר יש תינוק יש גם אם". הוא עסק במרחב שנוצר בין האם לתינוק, שאינו אם ואינו תינוק ובאותה עת הוא גם אם וגם תינוק. לדעתו ההפרעות ככלל נוצרות באינטראקציות מוקדמות שהביאו להולדתו של עצמי כוזב, שבשלו המטופל לא מסוגל לבסס חיים של אותנטיות, יצירתיות והנאה. הטיפול, על כן, נועד לאפשר שחזור של היחסים המוקדמים בתנאי טיפול אופטימליים של מרחב פוטנציאלי בטוח, בו המטופל יכול להיות עצמו ולוותר על האני הנרקסיסטי הכוזב (הדר 2001). וויניקוט (Winnicott, 1954) ראה במסגרת הטיפולית "טכניקה אימהית, שמזמינה רגרסיה". הוא האמין שהמסגרת חשובה יותר מהפירוש האנליטי ושהפסיכואנליזה מפצה על חסכים הוריים ומספקת סביבה תומכת ייחודית, מרחב שבו האדם יכול לנוח ושבנו המציאות מובחנת אך גם מעורבת.

מצאתי שבתיאוריות שמייצגים קליין, פרנצי וויניקוט אין עמדה אחידה לגבי מהותו של הכשל האמפתי. כולם מדגישים את חשיבות יחסי המטפל-מטופל, אך כל אחד מהם מתייחס לכך מזווית אחרת ומתוך כך גם נגזרת פרשנות שונה לגבי מהותו של הכשל האמפתי. לפי קליין, השיח הוא החלק המשמעותי בטיפול והפירוש והתובנה הם הכלים לריפוי. לכן כשל אמפתי יהיה פירוש לא מדויק או לא נכון של יחס העברה של המטופל למטפל. בהתאם לגישה זו, המטפל מתרכז בפירושים המייצגים את יחסו של המטופל אליו ואין מקום להדדיות או לתקשורת ישירה בין רגשות המטופל לרגשות המטפל. פרנצי סבור שלא הדיבור הוא החלק המרכזי אלא היחסים הרגשיים בין המטפל למטופל ולפיכך כשל אמפתי מתרחש כשהמטופל מסרב לבטא צרכים רגשיים ולעמוד על סיפוקם או כשהמטפל מסרב להגיב רגשית למטופל ולספק את צרכיו הרגשיים. לפי וויניקוט, כשל אמפתי מתרחש כשלא נוצר "מרחב פוטנציאלי", כזה שמאפשר את זרימת האינטראקציה הטיפולית ואת האותנטיות של המטופל. בנוסף, כאשר מתרחשת העברה נגדית של המטפל, בהכרח יתרחשו גם כשלים.

קוהוט האמין בחקירה המדעית וביכולתה להגיע לאמת אובייקטיבית מחד גיסא ומאידך גיסא הוא נתן עדיפות להבנה ולחקר החוויה באמצעות אמפתיה ואינטרוספקציה, כלומר כלים סובייקטיביים. כך עברה הפסיכואנליזה מפעולה פרשנית ששואפת לאובייקטיביות מכוונת לאמת לפעולה הורית אמפתית שמדגישה את חשיבות הזולת בהגדרת העצמי.

לפי הבנתי, פרויד וקוהוט עוסקים באמת אובייקטיבית שהמטפל אמור לגלות ושהיא מטרת התרפיה – חקירה אובייקטיבית של סובייקטיביות המטופל. שניהם מצמצמים ומעמידים את עצמם לרשות המטופל. פרויד מדבר על המטפל כמקור להשלכות וקוהוט לעומתו מדבר על המטפל כשלוחה של המטופל. הם חלוקים

ביניהם בנוגע לדרך הפעולה שבה יש לנקוט: פרויד עוסק בתובנה ובפירוש אינטלקטואלי כגורמים מרפאים ואילו קוהוט עוסק באמפתיה ובפירוש האמפתי ככלי מרכזי בריפוי, כך שהאמפתיה עבורו אינה בהכרח חמלה או סימפתיה.

חשוב להדגיש שקוהוט אינו רואה את האמפתיה ככלי הטיפול העיקרי. הוא סבור שהפירוש ממשיך להיות הכלי ליישום הפסיכואנליזה, המנוף לשינוי וייחודו של האנליטיקאי. עם זאת, הוא מציין שפירוש שאינו אמפתי אינו ממלא את הפונקציה הטיפולית שלו. מכאן נטבע המונח "פירוש אמפתי": זהו פירוש מחולל שינוי המחזיר למטופל בדרך אמפתית את דבריו עם משמעות חדשה, יצירתית ולא הרסנית. הפסיכואנליטיקאי, כפי שמתארו קוהוט, הוא משתתף פעיל ולא מראה אטומה.

קוהוט מגדיר כשלים דרך אי-היכולת של הסביבה לזהות ולהגיב בצורה מותאמת לצרכיו ההתפתחותיים של הילד. אלו יוצרים חסכים ועיוותי עצמי. הוא מרחיב על הצורך בהתנסויות של זולת/עצמי של מראה, אידיאליזציה ותאומות, כדי לגבש עצמי בריא וקוהרנטי. הפנמתם של תפקודי זולת/עצמי מייצרת עצמי בטוח, גמיש, עמיד ומשוכלל (מנדלוביץ 2009). פגיעה בהערכה העצמית תיצור רעב מתמיד להכרה, להערצה ולתשומת לב, אף שלעתים שוכנים בה יהירות והיבט דיכאוני זה לצד זה (אופנהיימר 1998).

קוהוט טוען שחשוב שהאנליטיקאי יאפשר למטופל לשקוע ביחסיו עם המטפל, כדי שישקם את ההתפתחות שנחסמה בכישלונות מוקדמים של האובייקט העצמי (Greenberg and Mitchel 1983). לדעת פינס (Pines 1987), לכל מטפל צריך להיות האומץ לתת פרשנויות לא נכונות ולא מדויקות שכן פרשנות לא מדויקת מתקבלת בהקלה אצל המטופל: כך נחסך הצער שמתעורר עקב פרשנויות עמוקות, עשירות ונכונות. הוא סבור שלאדם יש צורך קבוע בתגובות זולת/עצמי מכוננות מחד גיסא ובאמפתיה קבועה מהסביבה מאידך גיסא. למעשה, כשלים אמפתיים מסייעים לצמיחה. בשלבים הראשונים של הטיפול הם בלתי נמנעים, אך הם זמניים בלבד ולכן אינם טראומטיים. דווקא כישלון לא טראומטי של הסביבה בסיפוק צורכי העצמי של היחיד גורם לביסוס מבנה פסיכולוגי פנימי מווסת ערך עצמי. בתנאים אופטימליים, היחיד יפתח רבות מהפונקציות שסופקו קודם על ידי אובייקט העצמי. לאחר כל כישלון כזה יירכשו מבני עצמי חדשים אופטימליים ומבנים קיימים יצטמקו.

בהדרגה, המטופלים חושפים בעצמם חסרים התפתחותיים ואת הצורך בזולת/עצמי. לבסוף מתרחש קרע בקשר האמפתי – הפגיעה הנרקיסיסטית. בעקבות טעויות של האנליטיקאי בהבנה או בתגובה לפירושיו השגויים או הבלתי-הולמים, נסוג המטופל זמנית מהישענות על האמפתיה לעבר יחסי זולת/עצמי ארכאיים. המטופל עשוי להגיב במגננותו הטיפוסיות – נסיגה, כעס, סומטיזציה או החצנה – כדי להשיב את תחושת הלכידות.

התשוקות האינפנטיליות והארכאיות לאומניפוטנציה, לאידיאליזציה ולתאומות ייתקלו בתסכול חלקי בלתי נמנע, כחלק מהטיפול או מהיחסים האנושיים. דרך תסכול אופטימלי, העצמי חווה אחרים כשאינם אומניפוטנטיים או כשאינם נענים כל העת (Responsive) ואינם מייצגים את האובייקט האידיאלי, דבר שיאפשר למטופל להתעמת עם האחר השונה. המטופל יפתח אוטונומיה דרך השפעת היחסים עם האחר עליו, שבמסגרתם הוא יכול להיות הוא עצמו. תהליך זה יתאפשר בתוך מסגרת תרפויטית (setting) של הדהוד אמפתי ובמצבים שבהם תהיה רמה גבוהה של תיאום. מקור התסכול אינו בתסכול המשאלה או בצרכים לאידיאליזציה, אומניפוטנטיות ותאומות, אלא באי-יצירת תנאים מתאימים מצד המטפל להכלת התסכול של

המטופל בתהליך. בהדרגה המטופל רוכש הבנה עצמית ויכולת לספק את צרכיו הרגשיים בעצמו, תהליך שתויג כהפנמה מחוללת שינוי. מטרת התרפיה (Pines 1989) זהה למטרת ההתפתחות הבריאה: להשיג התאמה. דוגמה לכך מניסיוני האישי כמטפלת, היא מקרה של מטופלת חרדתית בעלת קווים היסטריים ונטייה לדיסוציאציה, שחשה כאב ותסכול רב כשלא הייתי בדיוק כפי שציפתה שאהיה עבורה (לא הודעתי לה באופן אישי על היעדרות בלתי-צפויה, לא נעניתי לבקשתה לתת לה עצה ישירה, פירשתי אותה לא נכון להערכתה, הבנתי אותה לא נכון, לא עמדתי לרשותה באופן המדויק ביותר, לא קראתי את צרכיה במדויק ולא סיפקתי אותם, כפי שלא קניתי את סוג החלב שהיא אוהבת). בכל אלו אכזבתי את צרכיה לאידיאליזציה, לתאומות ולאומניפוטנטיות באופן מלא ובדרכה היא התבצרה בעצמה והתעקשה שפרשנויותיי מוטעות. לדעתה לא באמת הבנתי אותה ולא חשתי את המצוקה האמיתית שלה, הקשורה למציאות העכשווית שלה, כשביטלתי לתחושתה את עוצמתה או המעטתי בחשיבותה.

הייתה זו תובענות להתאמה מלאה ומידית. מול תובענות טוטלית שכזו תתרחש אכזבה טוטלית שתצדיק את ההנחה שלה שלאף אחד לא אכפת ממנה (תודר 2004 : 265). פרויד אומר שיהיה זה ניצחון גדול למטופל וכישלון מוחלט לטיפול אם רצונותיו יזכו להיענות. במקרה כזה החולה ישיג כל מה שהמטופל באנליזה שואף להשיג: לבטא משהו בפעולה עצמה, לחזור בפועל על דבר שהוא אמור רק לשחזר כחומרים נפשיים ולשמור אותם בתחומי הנפש בלבד (פרויד 2002 : 125).

הדרך שבה התמודדתי עם אותם מצבים מתסכלים או כשלים אמפתיים לחווייתה הייתה אמפתיה, הכלה, החזקה והדהוד של האכזבה והכאב, תוך מתן פרשנויות אמפתיות לתגובותיה. בחלק מהכשלים הודיתי וביררתי כיצד היא הייתה רוצה שאגיב. גישתי האמפתית אפשרה לה להתחבר לפרשנויותיי, להתבונן בעצמה ולבחון את עצמה בדיעבד. בו-בזמן ניסיתי לבדוק מדוע חוותה את הכשל והאם זה קשור לעברה, ליחסיה המוקדמים ולדינמיקת ההעברה. הכשלים ועיבודם על ידי פרשנות אמפתית עזרו לה להתעמת עם ייחוסיה ההעברה כלפיי כדמות אידיאלית ואומניפוטנטית שיודעת בכל רגע נתון למה היא זקוקה ושמספקת את צרכיה במלואם ובמקביל עזרו לה להתעמת עם התובענות הארכאית הבלתי-מתפשרת שלה להכלה ולהיענות טוטלית, עם קשייה להכיל את התסכול שבחוסר הסיפוק המלא, עם תגובות הזעם והפגיעות הקיצוניות שמתעוררות כשאין היענות מושלמת לצרכיה ועם הקושי לקבל חלקיות ולהתפשר עם המציאות.

ה"עיונות" סייעו לה לראות אותי כשונה, כסובייקט נפרד ולא רק כשלוחה שנועדה לספק את צרכיה במלואם מחד ומאידך - לפתח כוחות אגו, תחושת ערך, ויכולות פנימיות לסיפוק צורכי העצמי באופן עצמאי. כמטפלת יכולתי להכיל את החרדה, התסכול, האכזבה והכעס שלה כלפיי מבלי להיהרס ולתת פרשנות אמפתית שהפחיתה את ההתנגדות ואפשרה את המשך הטיפול.

כשל אמפתי עלול להתעורר גם כתוצאה מניסוח לא זהיר של פרשנות, לאו דווקא בתוכן הנאמר אלא בדרך שבה הוא נאמר, מאחר שהכוונה הטובה אינה מספקת אם המסר נחוה כפוגעני. כך קרה אצל מטופלת שפרשנותי את הופעתה החיצונית הייתה אמנם מדויקת אך נחוותה כפוגענית. הגבתי למראה החיצוני שלה וללבוש הא-מיני שלה שמטשטש את הנשיות. היא חשה את דבריי כשיפוטיים וביקורתיים וטענה שאני מתייגת את בחירתה בלסביות כבחירה פסולה. היא בכתה ואני הרגשתי עד כמה נפגעה ממני וכמה היא רגישה לנושא. היא טענה שהגבתי כמו דודתה, בכך שהבעתי את דעתי האישית. היא ציינה שהיא מעט מאוכזבת ממני, משום שלא ציפתה לאמירה כזאת ממני וטענה שלדעתה "סטיתי מהמסלול שלי כמטפלת". אין ספק שזאת הייתה השלכה של חווייתה הפנימית, של האמביוולנטיות והספק שלה ביחס לבחירתה המינית ולמחיר

שלה, של האשמה שהיא חשה כלפי משפחתה ושל האכזבה של משפחתה ממנה, וכן הביקורת, השיפוטיות וההערות הבלתי רגישות והפוגעניות שחוותה מצד הסביבה הקרובה אליה וגם הרחוקה. המטופלת הייתה חלוקה בין הרצון לדבר על הדברים באופן ישיר ולקרוא לדברים בשמם כדי לצאת מהמצוקה הקשה שבהסתרה המאפיינת את התקשורת שלה עם המשפחה והסביבה ובמיוחד עם אמה אשר נוטה לתגובות היסטוריות וסומטיות חזקות עם כל רמיזה לזהותה המינית, לבין הפחד להתעמת עם הנושא ולצאת מהארון הפיזי והרגשי.

תגובתה עזרה לי להבין את רמת המצוקה והפגיעות שלה וכך להיות רגישה יותר ולהתנסח בצורה אמפתית יותר. בנוסף היא גם אפשרה את קיומו של ערוץ תקשורת פתוח כחוויה מתקנת, שבמסגרתו יכולנו לשוחח בגלוי על זהותה המינית והמצוקה שהיא חווה, על היחסים עם הסביבה והזהירות היתרה שנוקטים כלפיה ובמיוחד על יחסיה עם אמה. היא ייחסה את תגובת הבכי הקיצונית בפגישה שלנו לרגישות היתרה שבה היא מצויה וביקשה שלא אסתיר ולא אמנע מלומר דברים ישירים כדי להגן עליה.

לפי קוהוט, התפתחויות כאלה של התמודדות עם כשלים אמפתיים אצל המטופל יובילו לעלייה בהערכתו העצמית, גם אם כל תוספת תהא מזערית וכמעט בלתי מורגשת לו ולמטפל. זאת בתנאי שהכשלים לא חמורים או טראומטיים מדי, שכן אז מתפתחים חסרים בעצמי. אמפתיה לקויה כשלעצמה אינה מזיקה, המזיק הוא היעדר המאמץ להיות אמפתי. כשלים אמפתיים לפי קוהוט (1984) יכולים להתגלות בפרשנויות שגויות של המטפל, בפרשנויות לא מדויקות, בפרשנויות שאינן בעתן או בכאלה שבטות באי-רגישותן. הוא סבור שאפילו פרשנות נכונה ומדויקת יכולה להיות לקויה אם המטופל חש שהמטפל הציע אותה בדרך שטחית מבחינה רגשית, טרודה או בלתי-מתעניינת. על המטפל לכבד את הנרקסיזם של המטופל, להימנע מכל דבר שעלול לפגוע בו ולהיות ערני לתגובות המטופל שנובעות מהדרך שבה הציע את פרשנותו. עליו לבקר את עצמו על טעויות שאולי עשה ולאחר שהבחין בהן, לרוב בעזרת המטופל, עליו להודות בהן מבלי להתגונן. המטפל צריך לתת למטופל פירוש שאין בו ביקורת על הדינמיקה של נסיגתו. פירוש הכשל האמפתי יאפשר למטופל להבין את הגורמים הגנטיים לרגישותו, לראות את הדברים בפרספקטיבה אחרת ולשלוט בפגיעותו; בנוסף הוא יפעיל מחדש את זרימת האמפתיה בינו למטפל וייצור תנאים לצמיחה מחודשת. קוהוט סבור שהתנהגותם של מטופלים קשים נובעת מכשלים אמפתיים ולא מהצורך לדחות עזרה. הוא מסתייג ממודל אנליזת ההתנגדויות, שלפיו יש לגבור על ההתנגדות כדי להגיע לבלתי מודע המודחק, מה שיוצר מאבק בין המטפל למטופל שגורם לפגיעות נרקסיסטיות רבות. לדבריו יש לראות בהתנגדות הגנה שהעצמי המוחלש מגייס ולכן אסור לגבור עליה.

בנוסף, קוהוט סבור שכשלים אמפתיים מתגלים כשהמטפל מחזיק בתיאוריה באופן גורף ואז נוטה לפרש את תגובות המטופל ומחאותיו כהתנגדות. לכן, על המטפל להשתמש בתיאוריות בגמישות וגם אם הן נכונות - יש להתאים את הפירוש לרגע המסוים שבו הוא ניתן. עם זאת, המטפל לא יכול להימנע מלשגות פעמים רבות בהבנת המטופל ובהסברים שהוא מציע, במיוחד כשמדובר בהפרעות אישיות, בהתנהגות נרקסיסטית או בנוירוזות אדיפליות.

קולקא (2005) סבור שפסיכולוגיית העצמי עוסקת בריקון הנרקסיזם של הקיום האישי לטובת קיום על-אישי שמשותף בחיי הזולת. הוא טוען שכישלון ההתנהגות האמפתית נובע מהמחיצות האינדיווידואליות שמפרידות בין המטפל למטופל, שעדיין לא בְּשָׁלָה במטפלים היכולת לוותר עליהן. הגישה ההתייחסותית והגישה האינטר-סובייקטיבית עוסקות בהשפעות הדדיות ובמפגש עולמות בין מטפל למטופל. ההשפעה

ההדדית, ההכרה ברגשות המטופל ורגעי המפגש האמיתי הם כלי הריפוי והאמצעי האמפתי להגיע לעולמו של המטופל. הגישה ההתייחסותית והגישה האינטר-סובייקטיבית עוסקות בפסיכולוגיה של שני אנשים ובהשפעות ההדדיות של המטופל והמטופל זה על זה, בערך שניתן לזיקה בין השניים ולתלות ההדדית ביניהם. החזון הטיפולי מבקש ליצור השפעה באמצעות מילים ולשנות את עמדת המטופל. כתנאי טיפולי על המטופל לגלות מוכנות להיות מושפע ולברר מתי ואלו דברים נוגעים בו ומשפיעים עליו. חוסר נכונות של מטופל להיות מושפע יקשה על העלאת תכנים קשים שהמטופל מפצל ומרחיק מהתודעה; במידה ואלו יעלו, לא יהיה מי שיעזור לו לתמלל אותם (ברמן 2012). הגישה עוסקת בשני מושגים מרכזיים: ה-reverie- וה-enactment (Bion 1962). מושג ה-reverie משמעותו קשב מרחף, אמצעי מנטלי-רגשי שבו האם קולטת את אימת התינוק ומתרגמת עבורו אמירה תקשורתית כמעין אמפתיה. ההתרחשות כאן היא בין עולמות פנימיים של מטופל ומטופל. המטופל מפנה את הקשב המרחף פנימה ועוקב אחר מחשבות, אסוציאציות, רגשות, תמונות, תחושות ודמיונות. המטופל מפחית ככל האפשר את מחסומי הקליטה ובו לא אינטרס וצנזורה. עליו לאפשר לעצמו לחוש את כל קשת הרגשות, טובים כרעים – פגיעות, שמחה ועצב, תשוקה ואנרגיה – כדי להרחיב את העצמי שלו כמטופל. מושג ה-enactment הוא מימוש בפעולה – חיבור העולמות דרך התנהגות משותפת, לא נשלטת, שאפשר להבין רק בדיעבד, כמו העברה והזדהות השלכתית (מיטשל 2000).

את הגישה ההתייחסותית ייסדו מיטשל, בנג'מין וארון (Mitchell, Benjamin and Aron). בגישה זו אין לאובייקט קיום בזכות עצמו משום שכל קיומו מתממש בזכות התייחסות הסובייקט אליו. לכן למטופל תפקיד מכריע בגילוי וביצירת העצמי. תפיסת העצמי היא תמיד בהקשר בין אישי, שכן האדם לומד לחוות את עצמו אך ורק מתוך אינטראקציה עם הזולת (מנדלוביץ 2009). הזולת הוא שותף פעיל ביצירת מהויות ומשמעויות והמטופל כשותף וכסובייקט יוצר משמעות בתהליך הטיפולי. זו גישה שמדגישה את היחסים המשתנים עם הזולת, שיוצרים ריבוי העצמי. הגישה פוסלת אידיאולוגיה טיפולית באשר היא. לדידה במפגש הטיפולי, שהוא מפגש בין סובייקט לסובייקט, נוצרת הכרה הדדית שמושגת תוך מעורבות אישית מדודה ולא סימטרית בין חייו הפנימיים של המטופל לאלה של המטופל. המטופל שותף כסובייקט ויוצר משמעות במהלך הטיפול. מיטשל סבור שזו טעות להאמין שמטופל יכול להיות ניטרלי ואובייקטיבי. משום שהוא נוכח, הוא בעל כוח ובעל סמכות, המטופל נוקט עמדה גם בלי מילים ולעולם אינו אובייקטיבי לגמרי או ניטרלי לגמרי. נוכחות המטופל בדרך אותנטית היא שנחשבת לכלי הטיפולי והיא שמחליפה את רעיון הפרשנות, שכן הפרשנות, לדעתו, היא נגזרת של תיאוריה ולא של יחסים (ברמן 2012). כשהמטופל פוגש זולת אמיתי שנותן הכרה ותוקף לעולמו ולעצמיותו, וכשבמפגש זה הוא לא מפרש את היחסים רק כהשלכה מדומיינת ומעוותת של יחסיו המוקדמים, אז מתחוללת קפיצה בהתפתחותו הנפשית; הוא מבין שיש זולת ששונה ממנו וכך מכיר את עצמו טוב יותר ופוגש בגבולותיו ובגבולות האחרים.

גיסיקה בנג'מין (Benjamin 1988) מתייחסת להכרה ההדדית שצומחת בין שני אנשים כאל מעין הישג התפתחותי גבוה. ההכרה ההדדית מתקיימת כשכל אחד מסוגל לשאת את המתח בין שני כוחות סותרים: הצורך בעצמאות לעומת הצורך בהכרה מצד הזולת, מאחר שהכרת הזולת מחייבת תלות.

לואיס ארון (Aron 1996) עוסק במושג האנליטי השלישי, שלפיו הסובייקטיביות והאינטר-סובייקטיביות שזורות זו בזו. הוא סבור שאין להבחין בין החוויות הפרטיות של המטופל לתגובות בין אישיות שמקורן באינטראקציה שבין מטופל למטופל. השפעות הדדיות קיימות כבר מן הרגע הראשון ובכללן השפעות המטופל

על המטופל, משום שהראשון משתף את האחרון בחייו. גישה זו מאמינה בפירוש אך גם בחשיבות החקירה שמתקפת את המטופל ומכירה בו. ההכרה במטופל מתבטאת בפירוש העברתי או בתגובה מציאותית וממשית של המטופל. לפי ברגר (2009), המטופל מוזמן לבטא את רגשותיו ללא איפוק ואילו המטפל אינו יכול להיות ספונטני ולבטא את צרכיו האישיים; עליו להתרכז בצורכי המטופל. מיטשל (2009) סבור שאיפוק ואקספרסיביות אינם יכולים לסייע כקווים מנחים בהתמודדות עם רגשות אנליטיים כשלעצמם. אחד המאפיינים של מלאכת האנליטיקאי מצוי במאבק עם הבנות אלו, בבחירת האפשרויות שנראות כטובות ביותר לאותו זמן ובבחינה חוזרת של בחירות העבר ותוצאותיהן כדי להרחיב את ההקשר שבתוכו מתבצעות ההחלטות העכשוויות. השאלות החשובות הן אילו יחסים מהעבר פועלים באינטראקציות הנוכחיות, מי גרם לתגובה ומי הגיב בתוך האינטראקציה (מיטשל, 2000).

הגישה האינטר-סובייקטיבית שמייצג תומס אוגדן (Ogden 1997) היא המשך ישיר לחשיבה הקוהוטיאנית (מנדלוביץ 2009). גישה זו גורסת שהעולמות הסובייקטיביים של המטפל והמטופל מקיימים יחסי גומלין כדי ליצור תחום אינטר-סובייקטיבי. תפיסת העצמי תמיד נמצאת בהקשר בין אישי, שכן האדם לומד להגדיר את עצמו אך ורק מתוך אינטראקציה עם הזולת. הגישה מדגישה את היות המטופל והמטפל שני סובייקטים שלמים שיוצרים יחדיו את חוויית המפגש ביניהם ואת תרומתם הרגשית של שני משתתפים לתהליך התרפויטי שעיקרו הכרה הדדית. על המטפל להשקיע רגשות חמים ואנושיים במטופל ולהרשות לעצמו להיות מושפע, להשתנות ולהיות נשלט מבלי לאבד את קווי המתאר שלו ושל יחסיו עם העצמי.

בגישה האינטר-סובייקטיבית מודגשת ההתרחשות בין העולמות הפנימיים של המטפל והמטופל – מעין תודעה משותפת. אוגדן (Ogden 1997) טוען שאחד מתפקידי המטפל הוא לשמש מיכל להשלכות המטופל שפוצלו והוכחו. לדעתו אין להתעלם מסובייקטיביות המטפל שצובעת את החוויות וההשלכות של המטופל; כמו כן תחושות המטופל צובעות את האסוציאציות הפרטיות שלו. הוא ממחיש את החשיבות שצריך המטפל לייחס למחשבות השוליות, לאסוציאציות החולפות, לכעסים, לרגישויות ולתחושות המטופל. ביון (Bion 1962) מבטא זאת בביטוי reverie - חוויות שמבטאות מצבים רגשיים מפוצלים וחסרי ביטוי של המטופל שמחלחלים לתוך חוויית המטפל, בחלימה בהקיץ, בדמיון, או במצב דמוי חלימה, כמו שיטוט פנימי של המטופל בנפשו של המטפל.

מנדלוביץ (2009) סבור שמרכז הכובד של שיטת הטיפול לפי גישות אלו עבר ממוקוד מדעי למיקוד אישי, מדימוי המטפל כאיש מעבדה שחותר לאובייקטיביות לדימוי המטפל כאָמן יוצר שנשען על הסובייקטיביות שלו.

בעשור האחרון מוצע הרעיון שאת הכללים המוחלטים לגבי אופן הטיפול הפסיכואנליטי יש לצמצם ככל האפשר ולהסתפק בכללי אתיקה בסיסיים כמחייבים היחידים: הימנעות נחושה מסיכוני פגיעה במטופל, מהשפלתו, משימוש לרעה בתלות שהוא מפתח לשם ניצולו הכלכלי או המיני, מאי-התחשבות באוטונומיה שלו, מהפרת אמון וסודיות וכדומה. המפגש האנליטי הוא שונה וייחודי בכל דיאדה טיפולית ולעתים אף בכל שלב באנליזה. לכן רצוי להמעיט בקביעת מסמרות באשר לדרך התנהלותו. המייחד אותו אינו כללים טכניים אלא המאמץ המתמיד להבין את הדינמיקה הרגשית המודעת והלא מודעת שנוצרת בעולמו הפנימי של המטופל, בעולמו של המטפל שמהדהד את חווית המטופל ובמפגש האינטר-סובייקטיבי המורכב שנוצר

ביניהם. אם השותפים מצליחים להידבר בכנות על הדברים שמתרחשים ביניהם, הרי שהעבודה היא אנליטית. ואכן, כיום כל מטפל מוצא את עצמו בתהליך הדרגתי של פיתוח השקפותיו ושיטותיו הייחודיות. ברמן (2012) סבור שהגישה האינטר-סובייקטיבית היא סוג פָּשֶׁל של קשר בין אישי, שלב גבוה בהתפתחות היחסים בין אנשים, בתקשורת בין עולמות פנימיים ובמפגש בין שני סובייקטים שלמים. ההכרה בקיומו של סובייקט כרוכה בבשלות האדם. זהו שלב התפתחותי של הולדת הסובייקטיביות – היכולת הרפלקטיבית לעקוב אחר מחשבות ורגשות ולבדלם מהדברים עצמם.

ההבדלים הללו מעלים בראשי שני מטופלים: האחד ראה בי אובייקט שאמור למלא את צרכיו הסובייקטיביים והנרקסיסטיים והתנגד לכל פרשנות של יחסי העברה, משום שלא היה מסוגל להבחין בי כסובייקט נפרד ממנו; השנייה הייתה מטופלת שהתייחסה אליי באופן מובחן כסובייקט לסובייקט, עם יכולת לאינטרוספקציה והתבוננות על העצמי. התייחסות אינטר-סובייקטיבית של שני סובייקטים שלמים היא שלב מתקדם בטיפול ואף אינדיקציה לסיום טיפול, מכיוון שהדבר מצביע על רמת נפרדות גבוהה יותר שבה המטפל ממשי יותר ומתפקד פחות כאובייקט להשלכות.

מיטשל (2000) מציע את הדאגה כמעין אמפתיה. לדעתו דאגתו לכל אחד ממטופליו היא תוצר ייחודי של הכימיה ביניהם. אמפתיה אינה מתודולוגיה ואינטרוספקציה כפי שסובר קוהוט, אלא סוג של דאגה שלדעתו אינה זמינה בתחילת היחסים הטיפולים. השותפות הרגשית נעשית עשירה ועמוקה עם התקדמות הטיפול, שמחולל דאגה הולכת וגוברת לגורל האחר. הוא מביא דוגמאות: האחת מייצגת דאגה כאמפתיה והאחרת מייצגת כשל אמפתי מחולל שינוי. בדוגמה הראשונה מתאר מיטשל מטופל שסבל מחסך אב רגשי ופיזי והיה צמא למגע רגשי; המטופל הביא תכנים כואבים והמטפל חש עצב ותוגה עמוקה ותחושת קרבה ואחוה שבהם שיתף את המטופל. לדבריו, במרכז הטיפול ניצבו שאלות לגבי מצב המטופל והקשר הרגשי ביניהם. בדוגמה השנייה מדובר במטופלת שהממד הארוטי עמד במרכז הקשר ביניהם. את היחסים האנליטיים אפיין מתח רומנטי ופולרטוט ארוטי עדין והדדי. הם למדו שהיא מחיה רומן שהיה לה עם דודה ושנועד לכישלון. במשך השנים הפנטזיות שלה כלפי המטפל נעשו אובססיביות והיא רמזה לפרשיית אהבים ביניהם. היחסים התאפיינו בזעם ובשנאה, בהעברה ובהעברה הנגדית ובקרבות קטנוניים וכרוניים. לרוב המטפל חש אמפתיה כלפיה על מלחמת ההישרדות בקשר הבין אישי שלה, שאותו היא חוותה כדורסני, אך הוא גם חש שהוא משמש מטרה לזעמה. לעתים הוא הכיל את זעמה, לעתים חש זעם ולעתים אף הציב גבולות בדרך זוועמת ונקמנית. בשלב כלשהו הוא שיתף אותה בתחושותיו. לאחר שתקפה אותו על שפרסם ספר על מטופלים, ענה לה שאם לא היה האנליטיקאי שלה היה אומר לה ש'יתלך להזדיין'. האמירה גרמה לפרץ צחוק של שניהם והמתח התפוגג. הריב היה נקודת ציון בהפיכת הקשר ביניהם לחיובי, דבר שעם הזמן העמיק.

מיטשל מציין שהיכולת לבטא שנאה הולידה טווח רגשות חמים, כאילו הדבר אפשר לה להתחיל לראות את המטפל כאדם ממשי ואילו הוא מצא את עצמו מרגיש חיבה עמוקה כלפיה. היה צורך בעבודה מכרעת שמכילה שנאה כדי שהיחסים יהיו חמים ובטוחים. לדעתו המטפל משתף ומשתתף בחוויות המטופל, משפיע ומושפע, כשדבר זה הוא שאפשר ביטויי רגשות קשים אשר הובילו לבסוף להתפתחות חיובית בטיפול וביחסי ההעברה וההעברה הנגדית.

לפי גישות אלו, אני סבורה, כשל אמפתי הוא פירוש לא נכון של יחסי העברה אינטר-סובייקטיביים ושל חוסר מוכנות של המטפל להתמסר ולהיות מושפע מהיחסים עם המטופל. חוסר ההתמסרות מגביל את יכולתו של המטפל להתחבר לרגשות קשים שהמטופל מפצל ומרחיק מהתודעה. במקביל הוא גם מגביל את יכולתו להכיל

את חרדות המטופל ולתרגם אותן לאמירה מובנת ותקשורתית כגורם ריפוי. המטופל משחזר את הטראומה של יחסיו המוקדמים כשהוא חש לא מובן ושלא קיבל הכרה ותוקף לחוויותיו. חשוב לתת תוקף לחוויה הסובייקטיבית של המטופל, לבחון את חוויותיו באופן מציאותי ולא רק באמצעות פירושי העברה. למשל, כשמטפל מאחר לפגישה ונוטה לפרש את תגובת המטופל לאיחור רק כפרשנות העברתית ולא ברמת המציאות, הדבר ייחווה על ידי המטופל ככשל אמפתי. מצב זה יוצר עיוות של העצמי, מערער ופוגע באמון העצמי וביכולת לזהות רגשות ולתת להם תוקף פנימי. כמו כן, הגבול בין אני לאחר מיטשטש, דבר המקשה על המטופל לזהות את עצמו כסובייקט נפרד.

דוגמה לכך היא מטופלת שלי שבילדותה ספגה מכות והייתה קורבן להתעללות של הוריה וכשניסתה לעמת אותם עם עובדה זו הכחישו מכל וכול וטענו שהכול פרי דמיונה. תגובה זו ערערה את האמון והטילה ספק באמיתות הייחוסים ובוחרן המציאות שלה בעיני עצמה, בבחינת "ההיה או חלמתי חלום". זו דינמיקה שאסור שתשחזר בטיפול ועל המטפל להכיר בכך. מתן הכרה, בשונה מהאמפתיה של קוהוט שמשמעה להיכנס לנעלי האחר ולהבין את עולמו מנקודת מבטו, היא מתן תוקף לחוויות האחר, בחינת חוויותיו וחקירתם באופן מציאותי ולא רק באמצעות פירושי העברה.

מטופלת אחרת שלי שיתפה אותי בכך שנגעה ללבה השקיפות שבה הצגתי את הדברים שאמרתי לה כסוג של מתן תוקף לחווייתה. זו הייתה הדילמה שלי ביחס לדרך שבה עלי לנקוט לגביה. וכך אמרתי: מצד אחד התרת התנהגות מסוימת מצדי תיחווה כשיתוף פעולה בתוך משולש אסור וכמתן לגיטימציה והכשר להתנהגות הרסנית ולא אחראית שמתאפיינת במימוש דחף מיני ילדי ומשמעות הדבר תהיה שכביכול אני לא מגינה עליה. מצד אחר, איסור ההתנהגות יגרום לה להסתיר ממני את האמת, כמנהגה במצבים כאלה – דבר שינציח את הדפוס האוטומטי שלה לפצל בין גלוי לסמוי. השקיפות והאותנטיות שלי לצד ההכרה ומתן תוקף לרגשות הכאב, התסכול שבחוסר המימוש והכעס שעולים בה עקב מגבלות המציאות והאילוץ להכיל את התשוקה או הדחף מבלי לגלמם גרמו לה להחליט באופן גורף שלא תסתיר ממני דבר ותספר לי את כל האמת, גם כשהיא כושלת. הדרך שבה נקטתי לא רק שהגבירה את האמון שלה בי ושמשה עבורה מודל, אלא גם השיגה יעד טיפולי רב ערך, של מתן תוקף לרגשותיה ושל התחלת אינטגרציה בין חלקי עצמי מפוצלים ומושלכים, ויתור על עצמי כוזב לטובת האני האמיתי ואינטגרציה בין גלוי לסמוי.

מטופלת נוספת התבצרה בעמדה הגנתית ומתנגדת, דבר שהקשה עלי לגלות אמפתיה כלפיה. חלמתי חלום שבו היא בוכה ואני בוכה יחד אתה. החלום היה כר למפגש אינטר-סובייקטיבי בין העולמות הפנימיים ובין תת-המודע. הוא קירב אותי אליה ואפשר לי להכיר בה ולפנות אליה מתוך חמלה ואמפתיה, דבר שהשפיע על היחסים בינינו ואפשר את התקדמות הטיפול.