

心理療法における共感と失敗

講師ヨシ・タミア*

池 志 保**訳・外 山 敬***訳

本稿は2017年9月24日(日)に兵庫県民会館にて開催された、JFPSP(日本精神分析的自己心理学協会)英語相互学習グループ主催、Yossi Tamir氏の講演論文の訳出である。論文のタイトルはOn Empathy and Failures in Psychotherapyである。

Tamir氏は現代自己心理学及び独立学派の両観点から臨床における共感性の定義と心理療法における失敗について改めて整理し、心理療法中の失敗において具現化される臨床的な重要性とは、失敗を同定することと失敗の起源を内省(メンタル・ワンダリング/メンタル・ローミング)によって探求することに関わっているということを論じている。心理療法過程における共感的態度については、傾聴、理解、応答性の3つが絡み合った要素として論じている。

生き生きとした臨床報告の分析では、Tamir氏が患者の共感的理解に小さな失敗をしていたこと、しかしそこから更なる患者理解が深まったこと、自身の失敗を「タイミングを逃さず」扱えたことの臨床的意義についても考察されている。

失敗は、科学として精神分析が発展するために不可欠な部分である。その認識により、理論上および臨床上の問題の双方を有意義に見直す結果となった。¹しかしながら、この認識を臨床の精神分析に応用することで、徐々に失敗の見方と調整が重要な治癒因子とみなされるようになっていった。このように、失敗談と失敗したというセラピストの公然の認識は過大評価され、理想化されることとなった(これは自己心理学(断絶-修復モデル)と関係精神分析(真実性・誠実性 authenticity を強調する)の場合である)。

臨床文献では、失敗例の蔓延は、ある理論アプローチの優位性を強化しようとしたり、説明しようとしたりにいつも向けられる。私の考えでは、心理療法中の失敗において具現化される臨床的な重要性とは、それを失敗と同定すること、そしてその起源の探

求を内省によって行うことに開かれた用意があることだと思う。次の例は「ほとんど失敗」であったこと、またその内省的なアセスメントの作業を示している。

数年前、私は自身のクリニックを近隣の別の地域に移さなければならなかった。私は私の患者の中の数名からの不満や怒りに直面した。その内1人は、私がやっていることは倫理違反だとさえ言った。彼は猛然として、「セラピストが治療の途中でクリニックの場所を変えるとは思っていなかった」と述べた。私は、人生という現実を受け入れることへの彼の困難さを指摘するようなやり方で応答したい気持ちになったが、漠然とした直感がそうさせなかった。私を止めるものを思案している間に、私は子ども時代の経験を思い出した。

私が10歳の時、私の家族は政治的な理由で突然出生国を離れなければならなくなった。その後すぐに、

* イスラエルの精神分析家であり臨床心理士、イスラエル自己心理学協会共同創設者であり、児童精神分析家や精神分析家向けに、訓練分析やスーパービジョンを行っている。また、イスラエル精神分析インスティテュート、テルアビブ大学大学院、ウィニコット研究センターにて講師を務めている。

** 福岡県立大学大学院人間社会学研究科 心理臨床専攻 講師

*** 公益財団法人慈圭会 慈圭病院 臨床心理士

私たちはイスラエルに着いた。私は新しい国で非常に早く同化した。私は新しい場所、その言語、新しい習慣に適応していくことに完全に没頭したのである。このためイスラエルへの順応を非常に迅速に果たせた。さらに省みると、私はこの経験の情緒的意味すら理解しておらず、国外追放の経験と幼少期の急変から自分自身を切り離していたことに気づくようになった。

この記憶を通して、私は患者の苦情に対する、私の心の反応を理解するようになった。最終的に私は、患者の人生の中のあるゆる変化、また／あるいはあらゆる不連続となっているものの、**個人的な（主観的）な物語**を探索しなければならないことに気づいた。

この内省的構えは、主観が中心にあることを強調するものである。他者の主観を認識し理解するための主要かつ究極の道具が共感であるため（Freud, 1921; Kohut, 1959）、共感のプリズムを通して失敗の現象を観察、探究することで、私たちは治療過程で生じる出来事や力動についてより優れたアセスメントができるようになる。この道具が「使える」ためには、患者とそして患者の中への「長期にわたる共感的没頭」が成立するための準備（レディネス）が必要である。共感とはまた、セラピストが傾聴のチャンネルを拡大し、代替可能な理論モデルを試し、必要とされる適切な治療的在り方を証明することにも繋がる。

以下に共感に基づいたモデルを提示するが、このモデルは私たちの失敗、あるいは「ほとんど失敗」について探求し、ワーク・スルーしていくことに役立つものである。

臨床における共感

Kohutが「共感」を精神分析の理論と臨床の場に持ち込んだ時から、この用語は広範囲にわたって反響を得ている。これまで共感についての論文は数多く書かれている（明確化しているもの、拡大しているもの、批判的なもの、実施されているもの等々）。共感についての議論は精神分析の枠を超えて、哲学（Rifkin, 2009）、社会学、さらには動物行動学までもに広がっている（de Waal, 2009）。しかし「共感」という当初の理論的および臨床的意味は、この用語が幅広く使用されることで損なわれたように思われる。ここ暫くは、私たちはこの概念の濫用を目の当たりにしている（Goldberg, 2002）³。この腐敗の主な理由の1つは、認知的側面と情動的側面の間にいくつかの混乱があるという事実にある。すなわち、患者の内的世界について得られた情報を知覚、特定化、ワーク・スルーする

側面と、情緒的に共鳴して応答する側面との対比的な両者である。共感の本質であるこの本来の区別に基づいて、私は心理療法過程における共感的態度が傾聴、理解、応答性のこれら3つが絡み合った要素から成っていることを示している（Tamir, 2008）。

A) 聴くこと

セラピストの聴く能力の質は、心理療法実践における基本である。Freud（1913）は「平等に漂う注意」の原理を定式化した際、セラピストの在り方という本様式の基礎を定式化した。分析作業での聴く態度は中心的なことであるにもかかわらず、何年もの間きちんとした研究がなされずにいた（Calef & Weinshel, 1980）。共感的態度を心理療法過程の中心軸として位置付けたことで、後になって、聴く態度の中心性および重要性が強調されることとなった。⁴この概念化以降、すなわち「分析的傾聴」という概念が発展したことから、「注意」というアモルファスな概念は取り替えられた。分析的傾聴は意識状態で行うものである。つまり分析的傾聴は分析治療独自の二人一組の出会いの間に存在し、情動領域を目的無く漂う瞑想状態で行われる。⁵このポジションは、Winnicottが述べた乳児と共にいるあり方、母親の原初的あり方*を思わせる。この状況では、私たちは主観的な先入観と評価から自由になった聴き方をしなければならない。⁶

傾聴空間はセラピストの主観に由来した逆転移性の要素の影響に晒されて、最も自壊しやすい領域である。たとえばセラピストは、肯定的な存在を探し求めるために、あるいは患者の望ましくない行動から不満や苦悩を感じていられるようにするために、自分の気持ちや経験を分かち合うパートナーを探すかもしれない。これらの侵襲的要素はセラピストのパーソナリティに起因するだけではない。実際の生活の中で現実が生じていることの文脈からも影響を受けているのである。すなわちセラピストが丁度今対処している情緒的状况からの影響である。

セラピストがある特定の仮説や理論を証明したくなる欲求の落とし穴にはまる状況もあれば、理論や傾聴に焦点化するあまり、ますます不自由になる状況もある。この例は、早期幼児期の患者のトラウマを探索する際にあるだろう。なぜならば、すべて情動的な精神病理の起源であるという概念にセラピストが固執しているからである。言い換えれば、失敗を避けるために私たちは理論を遠ざけておく必要があり（Bollas, 2009）、そうすれば理論が傾聴空間に押し入ってくる

ことはない。

私たちの注意が自身の感覚、連想、記憶といった自分自身に向けられている状況では、また違った類の失敗が生じる可能性もある。たとえば患者の体験を理解する上で投影同一化が得ていた特権的地位や (Hinshelwood, 1991)、セラピストの逆転移反応に焦点づけること (Heimann, 1950) がそうであり、すなわちそれによって逆にセラピストが患者の話を共感的に傾聴できなくなっているということを認識する力を鈍らせてきたとも考える。

B) 理解すること

共感的臨床スタンスに関しては、患者の体験を理解すること⁷が中心である (Pigman, 1995)。ここで私は、顕在水準、潜在水準、比喩水準で私たちが見聞きしたことを「翻訳する」能力に関連付けようと思う。共感 は情動水準のみで進むわけではなく、感覚システムによって知覚される情報の構成化と抽象化のプロセスをも含むことで進展する (Stern, 1995)。ここでは、情報の処理について私は言及している。言い換えれば、共感とは人間の情動状態を同定し、認識するだけでなく、この体験の認知的理解をも含むということである。

どのように人は共感的理解に到達するだろうか？ 私たち自身の感覚や傾聴を通して得た情報を処理する過程は非常に複雑であり、また私の考えでは、その処理過程は多数の意識水準や意識モードで作用する多面的性質や実状があるため、とても説明できないと思っている。最も頻繁に見られるこの処理過程についての描写は、非常にロマンティックだ。というのもそれは、ある無意識ともう他方の無意識との出会いをアモルファスなコミュニケーション・モデルを用いて引き合いに出して述べるか、または理解や意味を共に創造する曖昧な方法を引き合いに出して述べるかのいずれかであるという点で、かなりロマンティックに描写されているのである。

患者の理解を導く上で重要なセラピストの理論知識の重要性和中心性を指摘している論文はごくわずかである。私の観点では、共感的理解は理論的定式化 (概念化) にしっかり根ざしているということである。つまりそれは、モデルを拠り所として私たちは患者から得た心的素材を組織化しているのである。⁸

時々、患者理解で失敗する傾向は、理論モデルを頑なに順守する (理論の理論化) ことが原因となる。そして非常に頻繁に、私たちは共感的理解で失敗することを目の当たりにするが、その時私たちは「自動的に」

理論を用い、この理解が特定の患者の特定の体験理解として適切かどうかについて評価していない。

この問題に関して、セラピストの心の中で生じる内 的な対話の重要性を強調したい。私はそれを内的な共 感的対話、メンタル・ワンダリングとして理解している。メンタル・ワンダリングは共感的理解を通して患者から気づかされたことに影響を受けており、長期にわたって蓄積された個人的かつ理論的な知識によっても影響を受け、別の方向性の価値を見出すことによっても影響されている。セラピストがこの内的な対話に自分自身を導くことができないと、部分的にあるいはすべてにおいて、共感的理解に失敗していくかもしれない。

C) 応答性

共感的な理解が礎となり、一人一人の患者に適した具体的で治療的な応答性が生じる。これが共感的な応答である。臨床的共感のこの要素は、セラピストの積極的な在り様に関係してくる (Tamir, 2008)。⁹

精神分析の古典的モデルでは、治療的存在の本質は解釈に集約される。これらのモデルによれば、セラピストの失敗は一面的であり、解釈の正確さやタイミングに焦点づけられるだけのことである。発達のな対象関係論では、治療的存在の本質は異なる。たとえば愛着関係を結び、それを維持する存在となるセラピストに焦点づけられるように。しかしこの種の存在は通常、一般的な言葉で描写されている (たとえばFairbairn, Guntrip, Balint の著作など)。結果的に、セラピストの失敗の本質が必ずしもいつも明確に焦点づけられないことが生じている。

上述したモデルとは対照的に、心理的ニードを正確に記述する発達のモデルと、(治療者は患者の) あらゆるニード¹⁰に応答する特殊な存在であるという本質は、特定のニードに関する治療的失敗の原因を同定することを可能にする。これらのモデルによれば、セラピストは、患者が固着し逸脱した発達の課題を達成するために、患者のニードに対して適切な存在¹¹であることを受け入れなければならない。Kohutは自己対象という明瞭な考え方によってこの存在を概念化した。この概念は、自己 (主体) と他者 (対象) との一致と調和が強調された。

しかしながら、この概念 (自己対象) は長い間濫用され、誤って用いられてきたため、元来の意味が失われている。私は元来の意味を強調したい。それは、主体の発達や存在にまつわるニードが他者 (もしくは環

境)に応答される時、その主体は自己対象体験を体験しているというものである。言い換えると、主体は自らのニードと、そのニードに対する応答が一体化する体験を持つといえよう。そして治療的出会いの中で、セラピストが必要とされる存在となることに成功しない場合、自己対象不全が生じる。

●臨床ピネットーミシエル

ミシエル(25歳の女性)は恋人の関係に不満を抱いていたため、治療を求めたが、同時にそれについて何かをしていくことに無力感を覚えていた。彼女はまた、仕事の状況に関してはうまくいっていなかった。彼女は店員やウェイトレスのような簡単な仕事を選んだが、すぐに嫌気がさして仕事の場を頻繁に変えた。彼女は「毎日が同じことの繰り返しで何も変わらないように思う」と述べた。そしてさらに続けて、「これは私の父が6年前に亡くなって以来のことなんです」と付け加えた。

ミシエルの人生は、18歳の時の父親の突然の死とともに崩れたことは明らかだった。彼女は父親とかなり密着し、重要な関係性を築いていたが、それは特にアンサンブルのダンサーとしての彼女の活動に関してであった。父親はかつて娘のリハーサルまで車で送り、すべての彼女のダンス・リサイタルを見に行くのが常であった。父親は娘をとて誇りに思っていたようであった。父親の死からほどなくして、ミシエルは抑うつ傾向となり、すべてのダンス活動を止め、生活においてあらゆる活動を起こす力がないように感じていた。その上彼女は、舞台女優になるための夢を心に抱き、いくつかの演劇学校へ申し込むまでしていたが、すべてのオーディションに失敗し、あるいは「耐える力がなく」、短期間で脱落してしまった。彼女が治療を求めるまでの数年間、彼女は絶望的な状態にあった。

私は彼女の気持ちをじっと聴き、彼女の深い悲しみや無力さ、耐え難い父親の喪失を知った。また、父親との特別な繋がりを私に認識してもらいたいという期待を感じた。彼女にとって父親がどれほど重要であるかを世の中の人々に理解され、気づかれることはないことを彼女が感じているのを私は理解し、また、父親への悲嘆が他の誰のものとも同じではないことを世の中の人々には理解されないと彼女が感じていることも私は理解した。

父親の喪失をワーク・スルーし、父親との特別な繋がりを認識することを通して、安心感がもたらされ、彼女の人生のいくらかの側面にも変化がもたらされた

が、それでもまだ受け身で喜びを感じられないままの状態に留まったままであった。彼女は女優になりたいという以外には何の願望も持てなかった。この時期にあった唯一の希望の兆しは、彼女がセラピーに通い続けていることだけであった。彼女はその時私のクリニックから3時間も離れたところに住んでいたが、毎週必ず私の元に通い続けた。

女優になることへ彼女の固執した願望は、尊敬する父親との唯一の特別な関係(エディパル)を保持したい彼女の願望の現れであると私は理解した。そして、彼女が「幼少期のエディパルな夢」を諦めたり、現実を受け入れたりすることについて、いまだもがき続けているのだと思った。彼女を取り巻く人々(ボーイフレンド、母親、兄弟や友人たち)は同じ姿勢をとっていた。彼らは彼女に「子どもじみた夢」を諦めるように促し、「現実生活」(すなわち、職業、定職、家族など)に適応するよう説得を試みていた。

彼女の精神状態が停滞し続けていたため、私はより正確な理解をし損なっていることに気づいた。そこで私は代わりとなる理論モデルと別の捉え方を探索し始めた。野心的な中核自己の本質や発達、そしてその自己が展開するのに必要な条件について、もう一度立ち戻って読んだり考えたりしたのである。そして、幼少期の夢を諦めるためには、必要なだけずっとそこに(夢とともに、また夢の中に)留まることに重点を置くウィニコッティアンの洞察に繋がった。もっと重要なことは次のことである。Winnicottによると、このような精神状態において、現実の問題についてその人に詰問してはいけないということである。その結果、もしかすると彼女の「夢」は彼女の中核自己や本当の自己、そしてその先の自己を反映しているかもしれないと思い始めた。これが認知的答えであった。

「感情的な」答えを探索することについて、私は**内的な共感的な対話**、いわゆるメンタル・ワンダリングに没頭した。私はかつて大道芸人の「仕事」をして、家族を失望させていた患者のことを思い出した。当初は彼の選択を若者の反抗かエディプス・コンプレックスの不安を反映するものだと考えていたことを思い出した。それはある程度真実であったが、私はまだなお、彼がこの職業を選択し、続ける決心をしたことをいぶかしんでいた。彼は自身に関して重要な事実が分かった、人々を楽しませる特別な才能があったと説明してくれた。こうして彼は自身の重要な真相、つまり道行く人を笑顔にするために自分自身を**捧げる**ことを決意したのである。

このようなメンタル・ローミング(心の放浪)の結果、私は別の切り口でミシェルの願望を共感的に理解するに至った。女優になることは、彼女にとって人生の夢であり、社会参加のようなことと大義への献身¹²のようなものを含んでいることに気づいた。この新しい理解は、新しい共感的応答への道を敷いた。

私の最初の共感的反応は解釈であった。女優になることは、彼女にとって非常に重要で喜びに満ちた活動であるだけでなく、社会にとってもそうなのだろうということを共有した。彼女には特別な才能があるが、公衆や世の中のためにその才能を提供すべきかどうか躊躇しているようだということを私は彼女に伝え、なぜかという、彼女から父親を奪ったのは世の中であるからだということを伝えた。¹³彼女は泣き笑いしながら、嬉しそうに私を見つめた。その後、私は自分の解釈を思い起こしながら、私が彼女の自己愛的な怒りの意味を意識することなく、その怒りに注意を向けていたことに気づいた。

次のセッションの中で、この数年の間に参加したさまざまなオーディションで成功できなかったことへの怒りや欲求不満、女優になるという彼女の夢の実現に関して希望がないことへの気持ちを彼女は示した。前もって反応を決めていた訳ではなかったが、しかしはっきりと私の中で固まった新しい理解に従って、私は彼女にオーディションで演じることを選んだいきさつを話すよう求めた。彼女は喜んで受け入れ、自身が演じた役ひとつひとつについて広範に述べた。このことについて話す彼女の口ぶりは滑らかで、活力や興奮を伴っていた。

何週間か後、彼女ははにかみながら演劇学校に再び入学することにしたと語った。私は彼女に、その話が聞けて本当に嬉しい、ここで何でも必要な支援はする準備があると伝えた。彼女は真剣に、そしてひたむきにオーディションの準備に取り組み始め、私をモノログのリハーサルを観客役として使い始めた。それらに続く数セッションの中で、私はとても積極的かつ情熱的、参与的かつ称賛の拍手を送る観客となった。

一度、少女が抱いている父親への憧れについてミシェルがモノログの中で直接触れたことがあったので、私は、父親がいないことをミシェルが今深く感じているという事実と結びつけた。彼女は沈黙し、泣き始め、涙に身を委ねた。彼女はリハーサルをやめて内にこもってしまい、セッションの終わりまで受け身的で沈黙したままだった。彼女の沈黙と隔離は次のセッ

ションでも続いた。これは私の介入の前にあった活力や熱中とは全く逆の感覚であった。彼女の切なさを伝え返すことは役に立たず、効果はなかった。

私は彼女の喜びは痛みの情緒に対する(躁的?)防衛かもしれないという考えを検討したが、しかし彼女の熱中や情熱は確かに本物であったため、その考えを捨てた。したがって、私は失敗したことを認識し、どんな「心理学的な」内容とも関連づけることを控えなければならないことに気づいた。彼女は相互体験の中で、私の没頭と全体としての存在を必要とした。このため私は彼女にモノログの作業を再開するように求めたところ、彼女は喜んで同意した。

●臨床報告の分析

父親の突然死への彼女の絶え間ない悲嘆に注意を向けることが、私が最初にした傾聴スタンスであった。そしてその期間の長さや激しさ故に、私は彼女の悲嘆を病的だとみなしていた。さらに言えば、親子のつながりの特殊な性質と奥深さに注目でき、彼女が父親に「選ばれた子ども」であるという気持ちを抱いていることに注意を払えた。従って、理想化対象としての私を彼女が必要としていることを私は理解した。つまり、「彼女の肩を抱き」、父親と共有していた特別な繋がりを認め、妥当化しなければならない、彼女の自己対象としての私である。それは彼女の周りの誰も承認せず、価値を認めないものであった。共感的反応は私の理解から生じたものであるが、「理解していること」を伝えることに主眼を置いていた。¹⁴つまり彼女の情緒的な状態を映し返し、彼女の父親との特別な関係を承認し、彼女が絶え間なく痛みと孤独を感じ、共有することを許容し、彼女がトラウマを徹底操作する個人的な調律と時間を容認することであった。これにもかかわらず、彼女の抑うつ的な精神状態は持続したため、この要素は、彼女の空想上の自己が展開することに関係しているところの、父親が特別に行っていたミラーリング機能を喪失したと関連していたことに私は気づいた。この親子の特別な一体感という他の要素について、私は彼女の説明を聞くことに失敗していたのである。すなわち彼女の父親は、青年期の少女の単なるほどよい父親(good-enough father)ではなかったのだ。父親は彼女の特別な才能に、深い信念と自信を与える者であった。病理学上の悲嘆の「説明」から私自身を解放することができたのは、彼女の空想上の自己に気づけた時だけであった。女優になりたいという願望は、幼少期または青年期の夢の残物などではなく、

移行（可能性）空間で目覚めるのを待っている、「リーディング・エッジ（発達的に前に進もうとする側）」¹⁵の自己像であったことを私は理解した。さらには、それは自己愛的変容－創造性および献身－に向かって進む、彼女の能力の芽を反映していた。この理解に続いて、共感的反応の方向性がいくつか展開した。すなわち、彼女の自己愛的憤怒についての体験に近い説明（父親を奪った世界に身を捧げる価値はない）、彼女の能力について言葉で確認して妥当化すること（あなたは特別な才能を持っている）、そして彼女の潜在空間（演じることplaying）に能動的に参加すること（あなたのオーディションを見せて）がそうであった。私は転移の中で彼女の才能を信じて楽しむ存在になっていた。

その転移の意味は、私がこの相互的な活動から離れ、モノログの内容について内省を勧めたときに明らかとなった。これは転移の自己愛的な側面を反映している、小さな失敗として体験されたことが明らかとなった。

失敗を通して私は次のことを学んだ。すなわち、私が隅々に渡る彼女の演技やモノログに積極的かつ生き生きとした関心を示す必要があったこと、そしてあるがままに関心を持ち続けなければならなかったということだ。それは彼女の選択についての隠された動機を探索して明らかにすることであってはならない。実に私の介入は、彼女の自発性と自由を遮断した疑いの雰囲気を治療空間にもたらしていた（Orange, 2011）。幸いにも、それは短期間ではあったが³。

その後一連の出来事を振り返りながら、人生設計として、そして将来の自己表現として彼女が「女優の夢」を抱いているということを考えることから、何が私を妨げてきたのか自問自答した。それは「親としての逆転移」に関連していたと思う。職業選択で苦闘している大人になった子どもを持つ父親としての気持ち⁴が、私自身にあることを認識した。私は彼らが自分の将来のために正しい選択をしているかどうかを疑問に思い、彼らの選択に敬意を払うことにわだかまりを抱くところの、疑いの種があることを思い出した。また、将来展望が何もないままで、不適切に見えるものを選択したことに私は不満を感じたに違いない。そして彼らの選択に干渉して指示を出すべきかどうか、自身で決断させるために見捨てるべきかなどと、ジレンマを覚えたに違いない。この人生の段階にある子どもを持つ親であれば皆、このような反芻や気持ちを通過すると想像する。幸いにも、私はこれらの感情を治

療の在り方に完全には侵入させなかったが⁵。

結び－ミシェル

2ヵ月後、ミシェルは演技のワークショップで研究に応募したことを興奮して伝えてきた。彼女はオーディションに参加し、その数週間後、すべての選抜に通過したことを嬉しそうに知らせてきた。まだ幸せと興奮を感じている間に、彼女はワークショップよりも上級の演技学校に応募することができると聞いた。躊躇せず彼女は応募、この超名門校の選抜すべての段階を通過できた。彼女が感じたあらゆる興奮と幸せの最中、彼女の研究は数日以内に始まろうとしており、彼女は悲しいことに（私も悲しいことに）セラピーをやめなければならないことが判明した。それでも彼女は、最初の夏休み期間に終結と別れのワーク・スルーのために戻ってくると約束した。そしてそれは確かに彼女がしたことであった。それ以降ミシェルは時々私に電話をしてきて、学校で自分が演じる作品に私を招待してくれる。私はいつも彼女に肯定的な応答をして、大変喜んで彼女を観に行っている。私は明らかに演劇評論家ではないし、客観的な観客でないが⁶、私の意見ではミッシェルは演技で特別な才能があり、ステージ上で非常に目立つ存在であると思う。そして彼女が自分の憧れと創造的な潜在能力を実現するのを援助するために、私の失敗を「タイミングを逃さず」扱えたことを非常に嬉しく思う。

【注】

¹たとえばよく知られているFreudのドラの症例や、Ferenczi、Balint、Winnicott、Kohutや他の分析家によく知られている刷新など。

²「模倣によって同一化から共感へと通じている道がある。つまり私たちが他者の精神生活に対して、あらゆる態度を取ることができる方法のメカニズムを理解するということに通じている道である。」（p.110）

³これは転移や解釈などの精神分析のその他の概念でも生じたことである。

⁴この治療態度は「遊べる能力（Winnicott, 1971）」「記憶なく欲望なく（Bion, 1971）」「もの思い（Bion, 1962; Ogden, 1977）」として定式化された。

⁵Ghent (1990) によれば、それには「身を任せる（おぼれる）surrender」能力が必要である。

⁶これは、自己心理学とウィニコッティアンのアプローチ（精神分析への関係論的アプローチ）の間に深刻な論争を引き起こした理論的なポイントであ

る。その主張は、いかなる状況下でも、ある者の自己からある者の自己を切り離すことは不可能であるということである。しかし私は、この主張は理にかなっていないように思う。一他の理論仮説、すなわち「複数の自己」について語る関係論的アプローチに従うなら。このような観点から分析自己または治療自己について話すことが可能であり、そして特定の状況では、自己をそれ自体から切り離すことが可能である（瞑想状態で私たちが行うように）。

*（訳者補足） Winnicottの「母親の原初的没頭primary maternal preoccupation」を意味していると思われる。

⁷ここでは私は臨牀的共感における認知の重要性を強調するために、私が行っていることを分かること understandingではなく、理解comprehensionという用語に関連付けている。

⁸患者の体験について理解を述べる際、セラピストの理論知識を過小評価するような類のものがあつたり、セラピストの心の「個人的」過程を過度に強調することがあつたりするように見受けられる。専門分野に蓄積された知識について私たちは学ぶべきであり、そうすることで患者の情緒過程をより深く理解できるようになるのである。何年もの間蓄積された知識には多くのギャップがあり、私たちがほとんど知らない、あるいは全く何も知らない精神状態も多くあることは事実である。しかしそれでも、心理学の深い地層としての精神分析的探索から蓄積されてきた知識は、希望の礎となっている。

⁹共感と同情の違いの一つにこの積極性の要素が絡んでいる。同情が受動的な姿勢を表すのに対して、共感の特徴はそこに積極性がある点である（メリアム・ウェブスター辞典）。

¹⁰重要なことは「ニード」が「願望」と区別されることである（Akhtar, 1999）。

¹¹別の言い方では、セラピストは患者の求める存在となる必要性を受け入れなければならない。すなわち関心を示して妥当化してくれる存在、賞賛してミラーリングしてくれる存在、融合的な存在、保護的で理想化された存在、組織化し解釈を与える存在である（Tamir, 2010）。

¹²ここで私は、自己愛の変容として献身のための能力という視点を提示する。

¹³私が彼女の自己愛的憤怒を扱っていたという事実を見分けたのは、この解釈を定式化したほんの後であつた。

¹⁴私はKohutの解釈の見方をここでは2つのステッ

プ、すなわち理解することと説明することとして述べている。

¹⁵私はここでKohutと Tolpinの用語を明確にするために次のように言い換えている。前進的自己としての「リーディング・エッジ（発達的に進もうとする側）」対 退行的自己としての「トレイリング・エッジ（発達的に後退しようとする側）」である。

付記

本講演は実行委員の強いチームワークによって実現しました。副委員長の中谷真弥先生、実行委員の長谷川恭子先生、鈴木亜希子先生、井手原千恵先生、長川歩美先生、相談役の富樫公一先生に厚く感謝申し上げます。訳者の池（実行委員長）は当日司会を務め、外山は企画運営の相談役を務めました。また本稿とは別に当日配布する翻訳資料として、実行委員に加えて英語相互学習グループメンバーである、出下嘉代先生、岡田憲先生、浅田伸史先生、加藤しおり先生、小林美佐子先生、高田広先生、宮本淳先生にもご尽力いただきました。厚く感謝申し上げます。

最後に、快く本翻訳を投稿することを承諾くださった、イスラエルからの論客、Yossi Tamir先生に心より感謝申し上げます。

On Empathy and Failures in Psychotherapy

Yossi Tamir

Failures are an integral part of the development of psychoanalysis as a science. Their recognition have led to meaningful re-evaluation of both theoretical and clinical issues.¹ However, the application of this recognition to clinical psychoanalysis has progressively led to a view of failures and their management as an important curative factor. Thus, the discourse of the failure and the therapist's overt recognition that he has failed have been overvalued and idealized: this is the case in Self Psychology (rupture-repair model) and in Relational Psychoanalysis (the emphasis on authenticity).

In the clinical literature, the prevalence of examples of failures (mistakes) are usually directed at trying to strengthen the advantages and the explaining supremacy of a certain theoretical approach. In my opinion, the clinical importance embodied in the therapeutic failure is in its identification and in the readiness to explore openly its origins through introspection. The following example illustrates an "almost-failure" and the work of its introspective assessment.

Several years ago, I had to move my clinic to another neighborhood. I was faced with complaints and anger from some of my patients. One of them even said that what I was doing was an ethical misdemeanor. He said resolutely "a therapist is not supposed to change the location of his clinic in the course of therapy". I was inclined to respond in a way that points to his difficulty in accepting realities of life, but some vague and intuitive feeling stopped me from doing so. While I was pondering upon what stopped me, I recalled a childhood experience.

I was ten years old and my family had to leave our birth country abruptly due to political reasons. A short time after that, we landed in Israel. I assimilated in the new country quite quickly. I was completely absorbed in adapting myself to the new place, its language and its new customs. My adjustment to Israel was very rapid and fulfilling. With more introspection, I became aware that I did not even relate to the emotional meaning of this

experience and that I detached myself from the deportation experience and the sudden break of my childhood.

*Through this memory, I came to understand my envisioned reaction to my patients' complaints. Ultimately, I realized that I have to search for the **personal (subjective) narrative** of any transition and/or discontinuity in my patients' life.*

This introspective position emphasizes the centrality of subjectivity. As the major and ultimate tool for the recognition and understanding of the other's subjectivity is **empathy** (Freud², 1921; Kohut, 1959), the observation and exploration of the phenomena of failures through the prism of empathy can lead us to a better assessment of their occurrence and dynamics in the therapeutic process. The "use" of this tool requires a readiness to be in a "prolonged empathic immersion" with and into the patient. It can also direct the therapist to the expanding of his

listening channels, to the testing of alternative theoretical models and to the identification of the suitable therapeutic presence needed.

In the following, I will present a model, based on empathy, which can assist us in exploring and working through our failures or "almost-failures".

Clinical Empathy

The term "empathy" achieved far-reaching resonance since the time that Kohut brought it into the theoretical and clinical arena of psychoanalysis. Many papers have been written about empathy - papers that are clarifying, expanding, criticizing, put into implementation, etc. The discussion about empathy has also expanded beyond the confines of psychoanalysis - to philosophy (Rifkin, 2009), sociology and even to ethology (de Waal, 2009). Yet, it seems that the original theoretical and clinical meaning of "empathy" eroded due to the wide use of the term. In the last few years, we are witnessing a mistaken over-use of this concept (Goldberg, 2002)³. One of the main reasons to this erosion lies in the fact that there is some confusion between the cognitive and the affective aspect: the aspect of perception, identification and working through of the information received about the patient's inner world versus the aspect of a resonating emotional response. Based on this inherent distinction in the essence of empathy, I suggest that the empathic stance in the therapeutic process is composed of three inter-twined components: listening, comprehension and responsiveness (Tamir, 2008).

A)Listening

The quality of a therapist's ability to listen is the cornerstone of therapeutic practice. Freud (1913) founded the basis of this mode of the therapist's presence when he formulated the principle of the "evenly hovering/suspended attention".

Although the listening stance in analytic work is central, there was no thorough investigation for many years (Calef & Weinshel, 1980). Later, its centrality and importance was emphasized because of the positioning of the empathic stance as a central axis of the therapeutic process⁴. It is from this conceptualization

that the concept "analytic listening" developed; it has exchanged the amorphous concept of "attention."

Analytic listening is a state of consciousness: it is a meditative state of aimless wandering in the emotional area existing within the unique dyadic encounter of analytic treatment.⁵ This position resonates Winnicott's primary maternal way of being with the infant. In this situation, our ways of listening have to be free from our subjective preconceptions and evaluations.⁶

The listening space is the most susceptible area to the implosion of counter-transference elements originating in the therapist's subjectivity. For example, the therapist may look for a partner to his feelings and experiences, to seek an affirming presence or to feel discontent and anguish from the undesirable conduct of the patient. These intrusive elements are not only a result of the therapist's personality. They are also influenced from the context of what is happening in his present life – emotional situations with which he is coping right now.

Situations also exist wherein the therapist is trapped in his desire to prove a certain assumption or theory and his listening will become more focused and less free. An example of this may be when therapists search for early childhood traumas because they are locked in the conception that this is the origin of all emotional psychopathology. In other words, in order to avoid failure, we should keep our theories far away from us (Bollas, 2009), so that they do not intrude into our listening space.

Another kind of failure can occur in situations where our attention is directed to ourselves – our sensations, feelings, associations, memories. For example, I think that the special place that projective identification has received in understanding the experiences of the patient (Hinshelwood, 1991) on the one hand, and the focusing on counter-transference reactions of the therapist (Heimann, 1950) on the other hand – has clouded the ability to identify failures in empathic listening.

B)Comprehending

Comprehending⁷ the experience of the patient is a central factor so far as the empathic clinical stance is concerned (Pigman, 1995). Here I am relating to the

ability to "translate" what we hear and perceive on manifest, latent and metaphorical levels. Empathy does not progress only on an emotional level, but also includes the process of organization and abstraction of information perceived by the sensory system (Stern, 1995). I am referring here to a processing of information. In other words, empathy is not only an identification and recognition of the emotional state of the person, but also includes a cognitive understanding of this experience.

How does one reach empathic comprehension? The processing of the information we get on the subject through our senses and our listening is very compound and I think we cannot really describe it because of its multifaceted quality and the fact that it works on many levels and modes of consciousness. The most frequent descriptions of this processing are quite romantic in that they refer either to the meeting between one unconscious with another unconscious through amorphous modes of communication or to a vague way of co-creating understanding and meaning. Very few papers exist that point to the importance and centrality of the theoretical knowledge of the therapist as crucial in guiding his comprehension of the patient. My point of view is that empathic comprehension is anchored in theoretical conceptualization; it is anchored in models that we use in order to organize the psychic material that we absorb from our patients.⁸

Sometimes, the tendency to fail in comprehending the patient is due to a stubborn adherence to a theoretical model (idealization of a theory). Quite frequently, we are witness to a failure in empathic comprehension when we 'automatically' use a theory without evaluating the suitability of this comprehension to the specific experience of a specific patient.

With respect to this issue, I would like to stress the importance of the inner discourse that takes place in the mind of the therapist. I see it as an internal empathic discourse, a mental wandering. This mental wandering is influenced by what he has perceived from the patient via empathic comprehension, by personal and theoretical knowledge accumulated through the years and by his willingness to evaluate

new directions. When a therapist is unable to lent himself to this inner discourse, either partially or in full, it might lead to a failure in empathic comprehension

C) Responsiveness

Empathic comprehension is the basis for producing a specific and therapeutic responsiveness that is suitable to the specific patient: this is the empathic response. This component of clinical empathy relates to the active presence of the therapist⁹ (Tamir, 2008).

In the classical models of psychoanalysis, the essence of the therapeutic presence focuses on interpretations. According to these models, the therapist's failure is one-dimensional and is focused on the precision or timing of the interpretation. In the developmental object-relations theories, the essence of the therapeutic presence is different: it is focused on the therapist being a presence that enables and sustains attachment. This type of presence is usually described in general terms (for example, in the writings of Fairbairn, Guntrip, and Balint). Consequently, the essence of the failure of the therapist is also not always clear and focused.

In contrast to the above models, the developmental models delineating psychological needs and the essence of a specific presence corresponding to every need¹⁰ enable the identification of the source of a therapeutic failure with respect to the specific need. According to these models, the therapist must agree to be the suitable presence corresponding to the patient's need¹¹, in order that he may complete the developmental process that was stuck or derailed. Kohut conceptualized this presence by the brilliant concept of the selfobject. This concept emphasizes the compatibility and harmony between the self (the subject) and the other (the object).

However, as this concept (the self-object) has been overused and misconstrued over the years (just as the concept of empathy has been) and its original meaning has been lost, I would like to emphasize its original meaning: when the developmental and existential need of a subject is responded by the other (or the environment), he experiences a self-object experience. In other words, he has an experience of

unification between his need and the response to that need. In the therapeutic encounter, when the therapist does not succeed in being the needed and required presence, a selfobject failure occurs.

•Clinical Vignette – Michelle

Michelle, a 25 year-old woman, sought therapy because she was dissatisfied with her couple relationship, yet at the same time felt powerless to push herself into doing something about it. She also was frustrated so far as her job situation was concerned: she chose simple jobs such as being a seller in a store or being a waitress, but she got tired of them quickly and frequently changed her place of work. She said, "Every day seems the same and nothing ever changes ...". In addition, she added, "This is the way things have been since my father died six years ago..."

It was clear that Michelle's life stream was disrupted at the age of 18, with her father's sudden death. She had a very close and meaningful relationship with him, especially with regard to her activity as a dancer in an ensemble. He used to drive her to the rehearsals and watch all her dance recitals. It seemed that he was very proud of her. Shortly after his death, she sank into a mild depression and stopped all her dancing activities, feeling powerless to make any move in her life. Besides that, she cherished a dream to become a stage actress and even applied to some acting schools, but failed all the auditions or has dropped out after a short time because "of not being able to withstand it". This state of increasing despair that has lasted several years pushed her to seek treatment.

I listened closely to her feelings and perceived her deep sadness and helplessness and the unbearable loss of her father. I perceived her expectation that I will acknowledge their special connectedness. I understood that she was feeling that the world does not understand or realize how much her father was meaningful to her; nor do they understand that her mourning is not similar to anyone else's mourning of him.

Working through her father's loss and the acknowledgment of the exceptional connection to him

succeeded to bring relief and to make some changes in some aspects of her life, yet she remained passive and joyless. She had no feeling of desire, except becoming an actress. The only hopeful sign that existed during this period was that she continued coming to therapy. Although she now lived three hours away from my clinic, she persisted in coming to her weekly hour.

I understood her persistent desire to be an actress as an expression of her wish to preserve the unique and special relationship (oedipal) that she had had with her admiring father. I thought then that she was still struggling with the acceptance of reality and the giving up of her "childhood oedipal dream". The people in her surroundings (the boyfriend, the mother, the brothers and the friends) held an identical position. They were trying to persuade her to give up her "childish dream" and to adapt herself to the "real life" demands: an occupation, a steady job, family.

As stagnation keep dominating her mental state, I realized that I am failing to attain a more accurate comprehension. I began to search for alternative theoretical models and conceptualizations. I returned to read and think about the essence and development of the ambitious core of the self and the conditions of its deployment. I hooked up to the Winnicottian insight that emphasizes that giving up a childhood dream requires that one remain there (with and in the dream) as long as necessary. What is more important: in this state of mind, according to Winnicott, one should not challenge that person with questions about reality matters. Consequently, I began to wonder whether her "dream" reflect a potential unfolding of her nuclear self, her true self, and her prospective self. This was a cognitive answer.

*Searching for an "emotional" answer, I immersed myself into an **internal empathic dialogue**, a mental wandering. I was reminded of a patient who used to "work" as a street performer to the dismay of his family. I remembered that at first, I thought that his choice reflected adolescent rebellion and/or oedipal anxiety. While this was true to some extent, I still kept wondering about his choice and determination to maintain this occupation. He explained that he revealed an important fact about himself, that he has*

a special talent to entertain people. Therefore, he decided to devote himself to raising smiles on busy 'by-passer' faces.

As a result of this mental roaming, I succeeded to reach an alternative empathic comprehension of Michelle aspiration. I realized that becoming an actress, for her, is a life dream, which contains some kind of social commitment and of devotion¹² to an important cause. This new comprehension paved the way to new empathic responses.

My first empathic response was an interpretation. I shared with her my conviction that to be an actress was not only a very important and joyous move for her, but for society, as well. I told her that she feels that she has a very special talent, but it seems as though she hesitates whether she should grant it to the public and to the world, as it was 'the world' that took her father away from her¹³. She stared at me gratefully, crying and smiling simultaneously. Later on, while reflecting on my interpretation, I realized that I was addressing her narcissistic rage without being consciously aware of this meaning.

In one of the next sessions, she expressed her frustration and anger at her lack of success at the different auditions in which she participated during the past years, and a feeling of hopelessness concerning actualizing her dream to be an actress. Without planning my response ahead of time, but apparently in accord with the new comprehension that crystallized in me, I asked her to tell me about the monologues she choose to play at the auditions. She agrees enthusiastically and extensively described each one of the characters she played. There was fluidity in her way of talking about this, accompanied by a feeling of vitality and excitement.

Some weeks later, she told me, smiling shyly, that she decided to apply again to acting schools. I told her that I am very happy and that I am ready to assist here in whatever she needs. She started to prepare herself seriously and eagerly for the auditions, using me as an audience to her monologues rehearsals. In the following sessions, I became a very active, passionate, participating, and applauding audience.

Once, one of the monologues touched directly upon the longing of a girl to her father, and I related to the

fact that she greatly feels the absence of her father especially now. She became quiet, started to cry and abandoned herself to her tears. She stopped rehearsing and stepped into herself, remaining passive and silent until the end of the session. Her silence and detachment persisted in the next sessions. This was in severe contrast to the sense of vitality and enthusiasm that was present before my intervention. Reflecting her pain was inefficient and unproductive. I considered the idea that her joy might be a defense (manic?) against painful feelings, but I rejected it as her enthusiasm and passion seemed very genuine. Therefore, I realized that I have failed and that I have to restrain myself from relating to any "psychological" contents. She needed my immersed and total presence in our mutual experience. Therefore, I invited her to resume the work on the monologues and she joyfully agreed.

•Analysis of the clinical account

My initial listening stance was directed to her continuous mourning of her father's death, which I identified as a pathological mourning, because of its duration and intensity. Moreover, I was able to take note of the special nature and profoundness of their connectedness, and to her feeling of being his "chosen child". Therefore, I understood that she needs me as an idealized selfobject, that I have to "put an arm on her shoulders", and to recognize and validate this special connectedness she shared with her father. It was something that no one around her acknowledged and valued. The empathic responses, which derived from my comprehension, centered on the transmission of "understanding"¹⁴ – reflecting her emotional states, acknowledging her special relation to her father, allowing her to feel and share her continuous pain and voidness, tolerating her personal rhythm and time for working through her trauma.

Nevertheless, as her depressive mental state persisted, I realized that I failed to perceive another crucial element of her traumatic loss. This element referred to the loss of her father's specific mirroring function concerning the unfolding of her visionary self. I failed to listen to her account of another element of their special togetherness: her father was

not only a good-enough father of an adolescent girl. He was the provider of a deep conviction and confidence in her special talents. It was only when I succeeded to perceive her visionary self that I was able to release myself from the "explanation" of pathological mourning. I understood that her wish to become an actress was not a remnant of a childhood or adolescent dream, but a "leading-edge"¹⁵ self-image awaiting for awakening in a transitional (potential) space. Moreover, it reflected the seeds of her capacity to move towards narcissistic transformation - creativity and devotion. Following this comprehension, several paths of empathic responses unfolded: an experience-near explanation of her narcissistic rage (the world who took your father do not deserve your devotion), verbal validation of her capacities (you have special talents) and active participation in her potential (playing) space (show me your auditions). I became in the transference a presence who believes in her talents and enjoys them.

The meaning of the transference was revealed when I stepped out from this mutual activity and proposed a reflection on the content of a monologue. This turned out to be experienced as a mini-failure, which reflected the narcissistic aspect of the transference.

Through my failure, I learned that my active and lively interest in the details of her acting and in her monologues had to be and to remain an interest for itself. It should not be a means to explore and reveal the hidden motives of her choices. Indeed, my intervention introduced into the therapeutic space an atmosphere of suspicion (Orange, 2011) which blocked her spontaneity and her freedom. Fortunately, it was short-timed.

Later on, while reflecting upon the sequence of events, I asked myself what has prevented me from considering her "actress dream" as a life plan, as the expression of her prospective self. I think that it was related to a "parental countertransference". I could identify in myself the existence of feelings as a father to adult children who are in the throes of choosing a profession for themselves. I remembered the seeds of

doubt that fester in me with respect to their choices, wondering if they are the right ones for their futures. I also could feel dissatisfaction with their choice of something that seemed inappropriate to me, without having any future prospects, and my dilemma whether to interfere with their choices and try to direct them or to leave them to decide for themselves, etc. I imagine that every parent of children in this phase of life goes through these ruminations and feelings. Fortunately, I succeeded not to let those feelings to invade totally my therapeutic presence.

Epilogue -Michelle

Two months later Michele excitedly informed me that she applied to studies in an acting workshop. She went to the auditions and a few weeks later happily informed me that she passed all the selections. While still feeling happy and excited, she heard that she could apply to an acting school that was considered superior to the workshop. Without hesitating, she applied and succeeded in passing all the phases of selection to this very prestigious school. Amidst all the excitement and happiness that she felt, it turned out that her studies were about to begin in a few days and that she would have to sadly (and to my sorrow as well), stop the therapy. Yet she did promise that during her first summer vacation she will come back to work through the termination and our separation. And that is exactly what she did. Since then, Michal calls me up on the phone from time to time to invite me to a production of the school where she is acting. I usually respond in the affirmative and go and watch her with great pleasure. Although I am not a theatre critic, and it is clear that I am not an objective observer, but in my opinion Michal has a special talent for acting and a very marked presence on stage. And I am very happy that I managed to "catch in time" my failures in order to help her to actualize her yearning and her creative potential.

Endnotes

¹For example, Freud's well-known Dora case and the well-known innovations of Ferenczi, Balint, Winnicott and Kohut among others.

²"A path leads from identification by way of imitation

to empathy, that is, to the comprehension of the mechanism by means of which we are enabled to take up any attitude at all towards another mental life" (p. 110)

³This is what also happened with other psychoanalytic concepts such as transference and interpretation.

⁴This therapeutic position was formulated also as "the capacity to play" (Winnicott, 1971), "no memory no desire" (Bion, 1971), reverie (Bion, 1962; Ogden, 1977)

⁵According to Ghent (1990), it requires the capacity to "surrender".

⁶This is a theoretical point that has elicited a deep controversy between self-psychology and the Winnicottian approach to the relational approach to psychoanalysis. The claim is that under any circumstances it is impossible to disconnect one's self from one's self. However, it seems to me that this claim does not hold water - according to other theoretical assumptions of the relational approach that talk about "multiple selves". From this viewpoint, we can talk about an analytical or therapeutic self, which can disconnect, in a certain situation, from itself (as we do in meditation).

⁷Here, I am relating to the term comprehension and not to the term understanding I am doing this in order to emphasize the cognitive dimension of clinical empathy.

⁸It seems to me that there is some kind of undervaluation of the theoretical knowledge of the therapist and an overemphasis on the "personal" processing of the therapist mind when we describe understanding of patients' experiences. I suggest that we should lean on the knowledge that has accumulated in our discipline and that allows us to understand the emotional processes of our patients more profoundly. It is true that there are many gaps in the knowledge accumulated during the years and there also are many mental states that we know very little about or even know nothing about. Yet, the knowledge that has accumulated since the psychoanalytic investigation of the deep strata of the psyche started and its ongoing accumulation is the basis for hope.

⁹One of the differences between sympathy and empathy relates to the activity factor: sympathy manifests a passive stance whereas empathy is characterized by activity (Merriam-Webster dictionary).

¹⁰The emphasis is on "needs" differentiated from "wishes" (Akhtar, 1999).

¹¹In other words, the therapist must accept the need of the patient to be for him the needed presence: a seeing and validating presence, an admiring and mirroring presence, a merging presence, a protective and idealized presence, an organizing-interpretive presence (Tamir, 2010).

¹²I suggest to view the capacity for devotion as a transformation of narcissism.

¹³It was only after I formulated this interpretation that I identified the fact that I was addressing her narcissistic rage.

¹⁴I am referring here to Kohut's view of interpretation as proceeding through two steps, understanding and explaining.

¹⁵I am paraphrasing here Kohut's and Tolpin's term: "leading edge" as the prospective self vs. "trailing edge" as the regressive self.

References

- Akhtar, S. (1999).** The Distinction between Needs and Wishes. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 47:113-151
- Bacal, H.A. (1985).** Optimal Responsiveness and the Therapeutic Process. *Progress in Self Psychology*, 1:202-227
- Bion, W. R. (1962).** A Theory of Thinking. *Int. J. Psycho-Anal.*, 43:306-310
- Bion, W. R. (1970).** *Attention and interpretation*. London: Tavistock.
- Bollas, C. (2009).** *The Infinite Question*, Routledge
- Calef, V. and Weinshel, E.M. (1980).** The Analyst as the Conscience of the Analysis. *Int. R. Psycho-Anal.*, 7:279-290
- De Waal, F. (2009).** *The Age of Empathy: Nature's Lessons for a Kinder Society*. New York: Harmony Books
- Freud, S. (1913).** On Beginning the Treatment. *S.E.* 12.
- Freud, S. (1921).** Group Psychology and the Analysis

- of the Ego. *S.E.* 18
- Goldberg, A. (2002).** Self Psychology since Kohut. *Progress in Self Psychology*, 18:1-13
- Goldberg, A. (2011).** *The Analysis of Failure: An Investigation of Failed Cases in Psychoanalysis and Psychotherapy*. New-York: Taylor and Francis Group.
- Ghent, E. (1990).** Masochism, Submission, Surrender—Masochism as a Perversion of Surrender. *Contemp. Psychoanal.*, 26:108-136
- Heimann, P. (1950).** On Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 31:81-84
- Kohut, H. (1959).** Introspection, Empathy, and Psychoanalysis—An Examination of the Relationship Between Mode of Observation and Theory. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 7:459-483
- Kohut, H. (1977).** *The Restoration of the Self*. New York: Int. Univ. Press.
- Kuhn, T.S. (1970).** *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago, IL: Univ. of Chicago Press
- Merriam-Webster Dictionary: <http://www.merriam-webster.com/>
- Mitchell, S. A. (1993).** *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Ogden, T. H. (1997).** Clinical Practice. Reverie and Interpretation. *Psychoanalytic Quarterly*, 66, 567-595.
- Orange, D. (2011).** *The Suffering Stranger: Hermeneutics for Everyday*. Routledge:Taylor & Francis Group
- Pigman, G.W. (1995).** Freud and the History of Empathy.*Int. J. Psycho-Anal.*,76:237-256
- Rifkin, J. (2009).** *The Empathic Civilization: The Race to Global Consciousness In a World In Crisis*,New York: Jeremy P. Tarcher
- Stern, D. N. (1985).** *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books
- Tamir, Y. (2008).** *The Interpretative Relationship as a Curative Emotional Experience*. Paper presented at the Israeli Psychoanalytical Association (in Hebrew)
- Tamir, Y. (2010).** *A Personal Outline of Self Psychology: Theoretical and Clinical Reflections*. Paper presented at the Israeli Psychoanalytical Association (in Hebrew)
- Teicholz, J.G. (1998).** Self and Relationship: Kohut, Loewald, and the Postmoderns. *Progress in Self Psychology*, 14:267-292
- Winnicott, D. W. (1971).** *Playing and reality*. New York: Basic Books.