תנאים לאהבה: המסגרת הטיפולית ורגשות המטפל

ד"ר גדעון לב[1]

יש הרואים במסגרת האנליטית (setting) את המצאתו הגדולה ביותר של פרויד, שכן המרכיבים המבניים של מסגרת זו הם היוצרים במשותף מרחב בו יכול להתרחש תהליך טיפולי. אחד ההיבטים המרכזיים של התהליך, אותו מאפשרת המסגרת, הוא התפתחות רגשות אהבה בהעברה ובהעברה־הנגדית. במאמר אדון במקומה של האהבה במפגש הטיפולי, ובמיוחד במקומה של אהבת המטפל, תוך שאתייחס לתפקידה החיוני בהשגת טרנספורמציה נפשית, לבעיות ולסכנות הכרוכות בה ולמה שמבדיל בינה לסוגי אהבה אחרים. במאמר אראה כיצד היבטים שונים של המסגרת תורמים, כל אחד בדרכו, להתעוררות רגשות אוהבים בהעברה־נגדית ולתחזוקתם.

כשהתחלתי לחשוב, כמטפל צעיר, על הקשר בין רגשותיי כלפי מטופלים למסגרת בה מתקיים הטיפול, חלמתי חלום. בחלומי זה קיבלתי כרטיס ברכה ממטופל, עליו היו כתובות מילים חמות באותיות יפהפיות, ערבסקיות, שמילאו את כל הכרטיס. ידעתי שעלי להגיב ב"מה זה אומר עבורך?" או משהו דומה, אבל בת־קול אמרה לי "נכון, זו התגובה המקובלת, אבל מה התגובה האמיתית?". התשובה לשאלה זו היתה בצדו השני של הכרטיס. הפכתי אותו. היה כתוב שם **אהבה**, באותיות ענק. בחלום ידעתי בבהירות רבה שכך הדבר: עלי לקבל את המתנה ואת המטופל באהבה. זה הדבר הכי חשוב בעבודה זו.

במאמר אראה כיצד מבנה הסיטואציה הטיפולית תומך בהיבט מרכזי זה של העבודה הקלינית.

המסגרת האנליטית עשויה להיות "התרומה המשמעותית ביותר של פרויד לטכניקה הפסיכואנליטית", כתב מודל (1), אם כי "באופן פרדוקסלי, הוא הקדיש לה תשומת לב מועטה" (1, עמ' 583). בדומה, טען חאן: "ההמצאה הגדולה ביותר של פרויד היא ללא ספק המצאת הסיטואציה האנושית הייחודית הזו שבה אדם יכול לחקור את המשמעות והמציאות החווייתיות של חייו, דרך מערכת יחסים עם אחר" (2, עמ' 127).

מנקודת מבט זו, יצירת המסגרת האנליטית אינה רק אמצעי, אלא יכולה אף להיחשב למטרת הטיפול האולטימטיבית. כפי שטען קונצליכר (3), מטרת הפסיכואנליזה העיקרית איננה השגת יעילות טיפולית, אלא "**סיפוק מרחב** למחשבות שלא נחשבו עד עתה, מילים שלא נוסחו עד כה, ורגשות שלא נחוו בעבר" (3, עמ' 164, הדגשה שלי).

במאמר זה אתמקד בתופעה ספציפית המתרחשת במרחב מיוחד זה. המסגרת האנליטית נועדה לאפשר ביטוי וחקירה של היבטים לא־מודעים של הנפש. אחד התנאים המרכזיים לכך, שהמסגרת התפתחה כדי לקיימו, הוא התעוררות רגשות אוהבים אצל המטופל, וחשוב מכך – אצל האנליטיקאי.

"רוח של על־זמניות": על המסגרת האנליטית

המסגרת האנליטית נתפסת לרוב ככרוכה בכינון ובתחזוקה של המרחב הפיזי והחוזה הפסיכואנליטי. זה האחרון הוא הסכם בין אנליטיקאי למטופל, הנוגע בעיקר לחילופים הדדיים של זמן וכסף (4). בנוסף למשא ומתן על תדירות ומשך הפגישות ועל אמצעי התשלום, החוזה עוסק גם בשימוש בספה, בהגבלת התקשורת לרמה מילולית, באסוציאציות חופשיות ובתפקיד האנליטיקאי (בלכר, 4; ויניקוט, 5; גרין, 6).

יש הוגים הכוללים גם את הגישה האנליטית כחלק מה־setting, אולי אפילו החשוב ביותר. גישה זו מוגדרת על־ידי סידרת ערכים שאינם שגורים בחיי היום־יום, כמו חמלה, איכפתיות, רציונליות וכנות. גם גוף האנליטיקאי נתפס כמרכיב קבוע ב־setting, קביעות שתורמת לתחושת, עקביות שיוצרת המסגרת ולפונקציַת ההכלה שלה. באופן דומה, גם נטיותיו התיאורטיות של האנליטיקאי והזירה הנפשית הפנימית שלו נחשבות לחלק מן המסגרת.

האנליטיקאי, על גישתו התיאורטית, גופו, ניסיונו ונפשו, הוא רק חלק אחד מהמסגרת. מרכיב חיוני נוסף בסיטואציה הפסיכואנליטית הוא ההסדר הבין־אישי יוצא הדופן שלו. הסדר זה מבוסס על דרכי התייחסות משלימות: אסוציאציה חופשית ונייטרליות אנליטית. שתי אלו מבנות יחדיו אינטראקציה שלובשת צורה ספציפית בכל רגע של הטיפול כתוצר של הבנייה משותפת (co-construction) של האנליטיקאי והמטופל.

[1] אונ' תל־אביב.
מילות מפתח: המסגרת האנליטית; אהבת העברה; אהבה בהעברה הנגדית.
giddhodd@gmail.com

בלכר (4) תיאר את היחסים האנליטיים כסימביוטיים ואת המסגרת הטיפולית כתנאי להתפתחותם. הסימביוזה עם האֵם מאפשרת לילד לפתח את האני שלו, כתב והוסיף: "למסגרת תפקיד דומה: היא משמשת כתמיכה, כמשען העיקרי" (4, עמ' 513). ה'מסגרת' של המטופל היא המיזוג הפרימיטיבי ביותר שלו עם גוף האֵם, והמסגרת שמציע לו המטפל באנליזה מסייעת לייצר מחדש את הסימביוזה המקורית בכדי להצליח ליצור בה שינוי (4).

באופן קולקטיבי, המרכיבים המבניים של הסיטואציה האנליטית יוצרים מרחב בו לשני אנשים יש אפשרות להקשיב למחשבות ולרגשות של עצמם ושל זולתם וכן לתנועות הלא־מודע. דבר זה מוליד "רוח של על־זמניות", התואמת את על־זמניותו (timelessness) של הלא־מודע (3, עמ' 151).

למרות האופי העל־זמני ואפילו הסימביוטי, ואולי אף בשמו, המסגרת כוללת גם גבולות, שמשמשים לשמירת ביטחונם של שני הצדדים באמצעות תיעול וספיגת כוחות הנפש החזקים שמשחרר התהליך האנליטי. פונקציה חשובה זו של המסגרת מתוארת על־ידי מונחים אנליטיים מרכזיים כמו "החזקה" (holding) של ויניקוט, המתייחסת לטיפול באובייקט החיצוני, או ה"מיכל/מוכל" (container/contained) של ביון, שמתייחס למציאות הנפשית הפנימית (6).

במקום לומר שיצירת המסגרת מאפשרת לשחזר יחסי אובייקט, גרין (6) מצא כי "מתאים יותר לומר שהיא מאפשרת לידה והתפתחות של יחסי אובייקט" (6, עמ' 11). יחסי אובייקט חדשים אלה, שנולדו ושמתפתחים במרחב של החזקה, הכלה והבנה, ברוח של חמלה ואיכפתיות, הם יחסים שניתן לראותם כמבוססים על רגשות אהבה. המחשת טענה זו תהיה במוקד המאמר.

"מהותו של השינוי כולו": על אהבת המטופל

אהבה כתמצית של חיים ראויים ובריאים הייתה מאז ומתמיד עיקרון מרכזי בתיאוריה ובפרקטיקה האנליטיות. בסיום עבודתו הקלאסית, "Theory of Psychoanalytic Technique", כתב מנינג'ר (7) כי התוצאה של אנליזה מוצלחת היא מטופל שלמד לחיות, כלומר – לאהוב ולהיות נאהב, ומהפילוסופיה של הפסיכואנליזה משתמע כי "אהבה היא הדבר הגדול ביותר בעולם" (7, עמ' 178-179). חצי מאה לאחר מכן, אם להציג דוגמה מקרית, כתב פוסאג' באופן דומה כי "חוויות אהבות יסודיות – כלומר לאהוב ולהיות נאהב – הן אבני היסוד של פיתוח ושל שימור חוויית עצמי מלאת חיים" (8, עמ' 330).

משתי חוויות צמיחה חיוניות אלו – לאהוב ולהיות נאהב – הפסיכואנליזה התמקדה לרוב בראשונה. מקורו של קו מחשבה זה בהערתו המפורסמת של פרויד במכתב ליונג מ־1906, לפיה פסיכואנליזה היא ריפוי שמושג באמצעות אהבה. רעיון זה חזר במכתב של פרויד ב־1909 לאייטינגון: "סוד הטיפול הוא לרפא באמצעות אהבה" (מצוטט בפלזדר, 9, עמ' 310). פרויד חשב כמובן על אהבת המטופל (ולרוב – המטופלת) לאנליטיקאי, שהתעוררה בהעברה.

"מה שמתגלה כמהות השינוי כולו הוא התעוררות הרגשות", פירט פרויד כיצד אהבת המטופל מאפשרת את הטרנספורמציה הנפשית הרצויה: "הריפוי מושג באמצעות חזרה לאהבה ... כל טיפול פסיכו־אנליטי הוא ניסיון לשחרר אהבה מודחקת שמצאה מוצא עלוב בדמותו של סימפטום" (10, עמ' 89-90).

אף שפרויד המשיך לפתח את התיאוריה ולהכליל בה רעיונות נוספים, התעוררות הרגשות והשיבה לאהבה נותרו מרכזיות. 'שחרור' האהבה המודחקת הוא "תוצאה בלתי נמנעת של המצב הרפואי בו מתקיים המפגש" (11, עמ' 127), כתב פרויד.

סלנזה הדגישה את ה"פתיינות" (seductiveness) של מצב זה: ההתאהבות של המטופל, כך כתבה, "[מובנית] לתוך הסטינג. עובדה זו היא חלק מהגדרתו" (12, עמ' 298). המסגרת מעצבת את האנליטיקאי כנוכחות קבועה, איכפתית, אמפתית, מבינה, רבת־עוצמה, שבאופן טבעי 'מפתה' את המטופל לפתח רגשות אהבה כלפיה.

"אסור לאנליטיקאי לעולם לאהוב את מטופליו" הטאבו על אהבת המטפל

לעומת התפקיד המרפא המרכזי שניתן לאהבת המטופלים, אהבת המטפלים למטופליהם נתפסה על־ידי פרויד כמכשול ובעיה. בהערותיו על אהבת העברה הזכיר פרויד את "אמות המוסר המקובלות" והדגיש "לעולם אל לו לאנליטיקאי לקבל את רגשות החיבה המוצעים לו או להיענות להם" (11, עמ' 123). במכתב לאייטינגון, שהוזכר לעיל, ייעץ פרויד "לפתח את העור העבה שאנו זקוקים לו ... [כדי] לשלוט ב'העברה־הנגדית', שהיא אחרי הכול בעיה קבועה עבורנו" (מצוטט בפלזדר, 9, עמ' 310). למארי בונפרטה הוא כתב בצורה שאינה משתמעת לשני פנים: "אסור לאנליטיקאי לעולם לאהוב את מטופליו. בכל פעם שחשבתי שעשיתי זאת, האנליזה סבלה מכך נוראות. על המטפל להישאר שווה נפש לחלוטין" (מצוטט בווינשטיין, 13, עמ' 104).

בעשורים הרבים שחלפו מאז, אזהרה זו נותרה חלק מהגישה האנליטית המקובלת. כתיבה תיאורטית המתייחסת לאהבת המטפלים למטופלים היא מעטה להפתיע, הבחין כהן (14). צ'רלס הסכימה שהרגש שלאנליטיקאים קשה יותר מכול להתמודד עמו הוא של אהבה למטופליהם. טאובר ציין כי למרות ההכרה בצורך להתמודד עם חרדתנו, שנאתנו וכעסנו, נותרה "תחושת אי־נוחות עמוקה בהתמודדות עם אהבה, חיבה ורוך בעבודתנו" (מצוטט בצ'רלס, 15, עמ' 59).

נדמה היה כי עליית הגישה ההתייחסותית תשנה את המצב, אולם גם בעידן ההתייחסותי, ציין שואו (16) כי נדיר למצוא תיאורי מקרה המתייחסים למקומה של אהבת המטפל בטיפול. יש הסכמה רחבה שהעברה־נגדית ארוטית או אגרסיבית עשויה להיות בעלת אפקט טיפולי, ובדומה, חום טבעי, פתיחות ואקספרסיביות כבר אינם נחשבים אנטי־אנליטיים, "אולם

הצגות מקרה בהן רגשות של רוך, חיבה ואהבה למטופל מבוטאים בגלוי מתקבלות בחשדנות" (16, עמ' 253).

סיבת ההתנגדות העיקרית, כך נראה, היא שהתפתחות רגשות אהבה למטופל מקשה מאוד על שמירת הנייטרליות האנליטית. אכן, אנליטיקאים אוהבים מואשמים לעתים קרובות ב'מימוש בפעולה' (acting out) של הצורך הנרקיסיסטי שלהם לרפא. אהבה אנליטית כבר אינה נחשבת לטאבו במאה ה־21, סיכם שואו, אך "הוגן לומר שהיא גם אינה מקובלת בצורה פתוחה ורחבה" (16, עמ' 255).

"עוצמה אדירה וכוח שינוי גדול"
חשיבותה של אהבת המטפל

המסגרת הטיפולית מכוונת להתפתחות אותו רגש מפניו מזהירים – אהבה – וכל שהדבר מעורר אי־נוחות, הטענה שאהבת המטופל מכרעת להצלחה טיפולית הופכת שגורה יותר בספרות האנליטית.

הראשון לומר זאת היה פרנצי (17), שראה "אהבה מוחלטת" לכל מטופל כתנאי הכרחי לתהליך המרפא. שום אנליזה אינה יכולה להצליח אם לא נצליח לאהוב את המטופל באמת, טען.

עמדה זו זכתה לביקורת רבה, ופרנצי ננזף בגינה בידי פרויד (ר' שואו, 16). הפסיכואנליזה הקלאסית, שהיתה 'פסיכולוגיה של אדם אחד', הדגישה את הבנת המטופל, ולא את הקשר שנוצר איתו (18). אולם, עם השנים הצטרפו לפרנצי קולות כמו זה של סגל, שכתבה: "מסגרת טיפולית טובה חייבת לכלול אהבה לא־מודעת של האנליטיקאי למטופל" (19, עמ' 232). מאוחר יותר, הפכו טענות כגון "טיפול מוצלח מבוסס על רגשות אהבה של המטפל כלפי מטופליו" (כהן, 14, עמ' 139) למקובלות יותר.

כדי להיות מסוגלים להשתנות, אנשים רבים צריכים להרגיש אהובים. פיירברן (20) אמר שהצורך הגדול ביותר של ילד הוא להשיג ביטחון מלא בשני עניינים: שהוא באמת אהוב כאדם על־ידי הוריו, ושהוריו מקבלים בכנות את אהבתו. תסכול צורך כפול זה, המשיך, "הוא **הטראומה הגדולה ביותר** שילד יכול לחוות" (20, עמ' 39; ההדגשה שלי). פרנצי טען שכדי לרפא את הטראומה השכיחה – אך "הגדולה ביותר" הזו – על האנליטיקאי להיות מסוגל לאהוב את המטופל באמת.

בתיאור עדכני יותר של חשיבה זו, הציעה ג'רדר שמרבית האנשים הניגשים לטיפול מרגישים את עצמם בלתי ניתנים לאהבה ברמה עמוקה, ולכן עד שהמטפל ירגיש רגעי אהבה למטופל, לא יהיה המטופל מסוגל להתפתח באופן מלא, וכתבה: "אני חושבת שרק כאשר מטופל יכול לעורר את רגשות האהבה העמוקים ביותר שלנו (לא אמפתיה) אנו יכולים לקוות לתוצאה חיובית באמת של עבודתנו" (21, עמ' 27).

רגשות אוהבים כאלה משדרים למטופלים קבלה עמוקה ומלאה של מי שהם, שהיא כשלעצמה טיפולית. הפסיכואנליטיקאי האמריקני תומאס מאלון תיאר כך את "התגלית המשמעותית ביותר" שאליה הגיע בשלושים שנות עבודתו: "לפני שתוכל לעזור למישהו להשתנות, עליך לקבלו כפי שהוא. ... בלעדי קבלה כזו, דבר לא יתרחש בטיפול. פירוש הדבר לאהוב – ליהנות – מהשהות עם המטופל כמו שהוא, ללא כל התעקשות שיהיה שונה בכהוא־זה כדי שתאהב אותו" (מצוטט בפילד, 22, עמ' 95). יש מקרים בהם קבלה זו צריכה להיות מלאה ומקיפה במיוחד, מכיוון שכדי לחוות תהליך מרפא, חלק מהמטופלים צריכים להגיע לחרדה הבסיסית שסביבה התארגנו הגנותיהם. במונחי ויניקוט (23), רק בנוכחות אובייקט טוב דיו, אמין ואוהב, אפשר להירגע ולהרפות מספיק כדי לסגת למצב המקורי של אי־אינטגרציה, שממנו בלבד יכולה להתפתח אינטגרציה.

אהבה טיפולית כזו יש לראות לא רק במונחי העברה והעברה־נגדית. אהבה יכולה לבוא כמובן מהעברה, אך צורת האהבה בה אנו דנים אינה מהווה בהכרח שיחזור של מערכת יחסים קודמת (14). ביטויי אהבה ספונטניים מהאנליטיקאי, כתב סטרן, הם "בעלי עוצמה אדירה וכוח שינוי גדול", (24, עמ' 497).

הכֵּנוּת של ביטויים כאלה, והשפעתם **על האנליטיקאי**, עשויים להסביר את כוחם התרפויטי על המטופל. פוסאג' נתן דוגמה אישית לרגע כזה:

> בסוף פגישה נוגעת ללב, אמרה לו המטופלת בדלת מתוך רגש עמוק "אני אוהבת אותך".
>
> פוסאג' סיפר: "מכיוון שהרגשתי את אותו הדבר כלפיה, ובחוזקה, הגבתי בפשטות, 'גם אני אוהב אותך'. סגרתי את הדלת והמודלים האנליטיים המסורתיים התנפצו עלי. חשבתי לעצמי, 'מה עשיתי? האם הייתי מפתה? האם הפכתי את הקשר למיני? האם איבדתי את עמדתי האנליטית?' ... עבור המטופלת, כך התגלה בדיעבד, הרגע הזה הפך לחווית מפתח של תחושת אהבה והיות אהובה" (8, עמ' 334).

וינייטה קלינית מעבודתי בבי"ח פסיכיאטרי יכולה לשמש דוגמה מפורטת יותר לעוצמת האהבה שמטפל עשוי לחוש, והשפעתה על המטופל.

> אברהם, אדם שגילו כפול משלי, מאוד לא מאורגן ודוחה למדי במראהו, היה מועמד לא סביר לסיפור אהבה. איש במחלקה לא רצה לעבוד איתו. כשהפסיכיאטר שלו ניסה לשכנע אותי לקחת את המקרה, הטיעון היחיד שהצליח למצוא היה: "אברהם הוא כמו מטופל מתחילת המאה ה־20 – סכיזופרן פרנואידי עם כל הסימפטומים מספרי הלימוד".
>
> אברהם לא נטל תרופות, שכן למעלה משלושים שנות אשפוז פגעו במערכות גופו במידה קשה ותופעות הלוואי של כל תרופה היו חמורות מדי. "אתה לא יכול למצוא כיום מקרים כאלה", הפסיכיאטר כמעט התחנן.
>
> אברהם אכן היה פסיכוטי ללא הפוגה. במהלך הפגישות הרבות שלנו הוא טווה סיפורים מורכבים וביזאריים על מעורבותו האישית בעלילות ריגול ובעניינים פוליטיים גלובליים.
>
> הוא היה אינטליגנטי מאוד וסיפוריו מרתקים. אבל עד מהרה הפרנויה שלו הופנתה אלי. הוא איים עלי ברצח כמעט מידי שבוע וחוויתי חשש אמיתי לחיי. אברהם הורשה לעזוב את שטח ביה"ח ויכול היה בקלות לקנות סכין במרכז המסחרי הסמוך. לא הייתי צריך לחשוב על כך בעצמי – הוא פירט את תכניותיו בפגישות.
>
> החרדה ליוותה אותי לאורך כל השבוע. הלילות לפני הימים במחלקה היו טרופים. ובכל זאת, הגעתי מידי יום לביה"ח לא בגלל שהייתי חייב

לעשות זאת. אהבתי את אברהם. לא בגלל שפחדתי ממנו, למרות שאני חושב שהוא גרם לי לפחד בגלל שהרגיש שאני אוהב אותו, וזה היה מפחיד מדי עבורו; אהבתי אותו למרות זאת. נפגשנו פעמיים בשבוע ובהדרגה למדתי להכירו. גיליתי עדינות קורנת שנקברה מתחת לשכבות הגנה נוקשות, תוצאת שנים רבות של מחלה ומחסור. אני זוכר את עצמי חושב עליו כעל מלאך שאיכשהו נפל לארץ. הוא היה אחד האנשים הכנים והאמיתיים ביותר שפגשתי מעודי.

שרדתי את תקופת האיומים ברצח (כולל תקיפה אחת ממשית), ומערכת היחסים בינינו שרדה אף היא. מצבו של אברהם השתפר, לתדהמת אנשי הצוות. לאחר למעלה מעשר שנות אשפוז רצופות, עלתה תוכנית להעבירו ליחידת חוץ. אבל זו אינה הנקודה המרכזית כאן, אלא אהבתי אליו – לאדם המרופט, המסריח, חסר השיניים, חסר השכלה. בתכונותיו ובדעותיו היה כמעט ההיפך הגמור ממה שאני מעריך לרוב אצל אנשים. בשום מצב שניתן להעלות על הדעת מלבד סיטואציה טיפולית לא יכולתי לזהות וללמוד להכיר נשמה זוהרת זו.

אני עדיין זוכר היטב את היום אחרי פגישתנו האחרונה. עמדתי במקלחת, ובכיתי מרה. הייתי עצוב עד עמקי נשמתי מהמחשבה שלא אפגוש שוב את אברהם. אכן, מעולם לא ראיתיו.

אברהם לא היה היחיד. הסיטואציה הטיפולית איפשרה לי מאוחר יותר לאהוב את האדם האלים ביותר שפגשתי אי־פעם – פעיל ימין מיליטנטי, שהופיע לפגישותינו עם אקדח וסיפר לי על הדחף שלו לרצוח 'שמאלנים'. ייתכן שטיפולים מוצלחים רבים מציגים וריאציה כלשהי על הנושא של סיפור אהבה ביזארי.

"הקו הדק שבין מחשבה רבה מדי ובין רגש רב מדי": סכנות באהבת המטפל למטופל

אהבה כלפי המטופל, אני טוען, היא מרכיב מכריע בתהליך הטיפולי. את הביטוי העז והבלתי מתנצל ביותר של רעיון זה הציע סירלס (25): "פעם אחר פעם, גיליתי שבמהלך העבודה עם כל אחד מהמטופלים שלי שהתקדם מאוד לקראת ריפוי אנליטי עמוק, חוויתי תשוקות רומנטיות וארוטיות להתחתן עמם, ופנטזיות של חיי נישואין עם המטופל. פנטזיות ורגשות כאלה הופיעו אצלי בדרך כלל יחסית מאוחר במהלך הטיפול והיו נוכחים לא לזמן קצר אלא בדרך כלל במשך מספר חודשים" (25, עמ' 180).

התעוררות "תשוקות רומנטיות וארוטיות", כפי שתיאר סירלס, יכולה כמובן להיות גם מסובכת ומסוכנת.

ראשית, עמדה אוהבת עשויה באופן לא־מודע לבטל את הצורך של חלק מהמטופלים לחוות את האנליטיקאי, בביטחון של יחסי ההעברה, כאובייקט 'רע' שגורם לפגיעה (26). כך, הרצון לעשות טוב, שמלכתחילה מושך רבים למקצוע, עשוי להיות המכשול הגדול ביותר בפני הגשת עזרה של ממש למטופלים.

אולם אהבת האנליטיקאי לא בהכרח מונעת או סותרת רגשות הפוכים. כפי שוויניקוט (27) כתב: "תהיה אהבתו [של האנליטיקאי] למטופלים שלו רבה ככול שתהיה, אין הוא יכול להימנע מלשנוא אותם ולפחד מהם" (27, עמ' 66). קולטארט (28) טענה שאהבה היא "התשתית השקטה של פילוסופיית החיים שלנו ... ניתן בהחלט לסלוד ממטופל, או אפילו לשנוא אותו לפרקי זמן נחוצים במהלך האנליזה, ולהיות בטוחים באמונה כי בעיה זו היא זמנית" (28, עמ' 449).

מתן האפשרות לעצמנו לסלוד ממטופל אהוב, או למטופל אהוב לחוות אותנו כאובייקט רע, היא כשלעצמה, במקרים מסוימים, ביטוי לאהבתנו. גישה אוהבת יכולה לאפשר לאנליטיקאי לקבל על עצמו תפקידים ועמדות לא נעימים, אם דרוש לצמיחתו ובריאותו של המטופל. אחרת, לא את האחר אנו אוהבים, כי אם את עצמנו.

שנית, הסתייגות נוספת נגד רגשות אהבה אצל המטפל היא שהאנליטיקאי האוהב עלול לאבד את חופש הפעולה שלו, אותו מאפשרים עקרונות ההתנזרות והנייטרליות. כך עשויה להתפתח נוירוזת העברה־נגדית, שבה הופך המטופל לבעל חשיבות מרכזית לאנליטיקאי, בצורה לא ראויה ולאורך זמן. כמובן שאם האנליטיקאי לא מזהה ומעבד אותן, 'נוירוזות' כאלו עלולות לפגוע בתהליך האנליטי. הנייטרליות מאפשרת למטפל להשתתף בצורה חופשית יותר בהיבטים הרגרסיביים של הטיפול ומספקת גישה חופשית יותר לחומר הסמוך למודע שלו ושל המטופל.

לצד זאת, היצמדות נוקשה לעקרונות ההתנזרות והנייטרליות עשויה להיות בעייתית אף היא. כללי האנונימיות וההינזרות הם חשובים, אך יש להבחין בינם לבין ניתוק רגשי וסטריליות, שאינם מומלצים ואולי אף אינם אפשריים במפגש הטיפולי. יש גם לזכור שנייטרליות פירושה, בין היתר, אמפתיה לא־שיפוטית, היעדר חודרנות, דאגה שאינה יוצרת תחושת בעלות, והערכה מכבדת לכל היבטי חיי הנפש של המטופל.

ניתן לראות בנייטרליות עצמה תהליך דינמי. זוהי עמדה גמישה, כזו שמאפיינת מטפל 'צופה משתתף' (participant observer). עמדה זו דורשת מציאת 'דרך אמצע' בין היות צופה אובייקטיבי ומרוחק להשתתפות מעורבת מדי – איזון אותו יוצרים במשותף המטפל והמטופל. כפי שכתבה צ'רלס, "אנחנו תמיד ניצבים מול הקו הדק שבין מחשבה רבה מדי ובין רגש רב מדי" (26, עמ' 187).

כשהאיזון מופר לכיוון רגש ומעורבות רבים מדי, האנליטיקאי עשוי לפעול בצורה פושעת, לפי פרנצי, בשל בלבול ביחס למושג האהבה (29). צ'זיק (30) הבחינה בין העברה־נגדית "מינית" (eroticized) ממאירה, שמובילה לרוב לפעולה (enactment) מינית, ובין העברה־נגדית "ארוטית" (erotic), שיכולה להיות בעלת ערך טיפולי לאחר שנותחה והובנה כהלכה. כמובן, להעברה־נגדית 'מינית' אין שום קשר לאהבה ממשית **כלפי המטופל**.

לפי גאבארד (31), בהעברה־נגדית מינית, ההיבט המשחקי של ההעברה־הנגדית הולך לאיבוד, והאנליטיקאי מתפקד בעיקר במצב הפרנואידי־סכיזואידי: המטופל הופך להיות אובייקט אידיאלי שיציל את האנליטיקאי מייאוש. כך נהרס

מרחב המעבר שנוצר יחד בקליניקה, ולא ניתן לעשות שום עבודה אנליטית (26).

ללא משמעת והתבוננות עצמית, אהבת האנליטיקאי אכן עלולה להזיק, גם כשאין כל התנהגות מינית. צ'רלס הציגה את עבודתה עם מטופלת ש"נבגדה על־ידי הבטחת אהבה בטיפול קודם" (26, עמ' 187). המטפל הקודם החזיק בתפיסה לפיה אהבה היא התרופה לקשיים נפשיים, והפך כעוס וביקורתי כשהמטופלת נזקקה ליותר ממה שהעניק לה, דבר שחיזק את תחושתה היסודית שהיא בלתי ניתנת לאהבה. כשעובדים עם מטופלים הצמאים לאהבה, כתבה צ'רלס, "חוסר היכולת של האנליטיקאי לשמור על מרחק של התבוננות יכול להפוך את אהבתו לרעילה לחלוטין" (26, עמ' 188). התבוננות עצמית כזו היא, לדבריה, בדיוק מה שמבדיל את הפסיכואנליטיקאי מכל אדם אחר המביע איכפתיות ודאגה.

עלינו לזכור שאהבה אינה 'דבר', אלא יכולה להופיע בצורות שונות. יש בטיפול פוטנציאל, הן לצורות של אהבה המעודדות צמיחה והן ל'אהבות' פרוורטיות, סאדו־מזוכיסטיות. היעדר אהבה יכול להיות בעייתי, אך כך גם נוכחות האהבה.

"דבר בפני עצמו": על אהבת המטפל

הגדרת אהבה היא משימה בלתי אפשרית, לא כל שכן אהבה אנליטית. אהבה זו מזכירה לעתים אהבת הורים, ברגעים אחרים – אהבת אחים, אהבה חברית, אהבה ארוטית וכו', אולם, לפי שואו: [היא] "לא בדיוק אף אחד מאלה ... היא דבר בפני עצמו" (16, עמ' 268). נאכט כתב שהעמדה הפנימית של האנליטיקאי "צריכה להיות ספוגה באהבה למטופל שלו..., פתיחות כזו ניתן להבין רק אם חווית אותה בעצמך עם מטופליך... זה סוג של אהבה שבו אין מעורבות אישית, אף שהרגש עצמו עמוק ביותר" (32, עמ' 233).

שילוב זה של רגש עמוק ומידת ריחוק עשוי להיראות סותר, ובכל זאת הוא אולי המאפיין המובהק ביותר של אהבת המטפל: זוהי עמדה סובלימטיבית ובה־בעת מלאת תשוקה, ממותנת, אך גם ליבידינלית. פרנצי (17) אמר על אהבה זו שהיא נלהבת ואקטיבית, אך כרוכה בשליטה עצמית.

מאפיין נוסף של האהבה הטיפולית הוא שאינה שיוויונית ואינה הדדית במובן הרגיל, אם כי האנליטיקאי והמטופל עשויים שניהם לאהוב מאוד זה את זה. האנליטיקאי לבדו הוא המחויב לחלוטין לביטחון המטופל, לניסיון להבין את המטופל, ולעזור לו להבין את עצמו. אהבה אנליטית מאופיינת, איפוא, במאמץ גדול לוודא שכל מה שהמטפל מרגיש, ושכל פעולה שלו הנובעת מרגשות אלה, הם אכן לטובת המטופל וצמיחתו (24). מכאן מתברר שאהבת האנליטיקאי חייבת להיות מודעת במידה מקסימלית. תפקיד האנליטיקאי, כתבה צ'רלס (26), להיות נוכח בפגישה בצורה רגשית עזה ועמוקה, אך גם להיות מודע לרגשות המתעוררים בו ולהשתמש בהם ביחס למציאות הנפשית של המטופל.

פינק תיאר היבט אחר של אי־השוויון: **"על האנליטיקאי לאהוב מבלי לרצות שיאהבו אותו בחזרה"** (33, עמ' 78). האנליטיקאי האוהב מסרב לאמץ את עמדת האהוב, ונשאר תמיד בעמדת האוהב. אהבת המטופל היא אכן לעתים קרובות הכוח המניע של העבודה האנליטית, אך מבחינת האנליטיקאי, על אהבה זו להיות מופנית בסופו של דבר ללימוד עצמי, ו/או למישהו מחוץ למסגרת הטיפולית – ולא למטפל עצמו.

אך האם אהבת המטפל היא אמיתית? בתודעתו של כל מטופל עולה שאלה זו, במשתמע או במפורש, טענה הפילוסופית מרתה נוסבאום. לדבריה, פירוש הדבר שהמטופל תוהה האם האנליטיקאי באמת זקוק למטופל, "האם ייפער איזשהו חלל בחייו של האנליטיקאי אם המטופל כבר לא יהיה שם? האם הוא יחוש יגון? האם היחסים עם המטופל באמת הופכים את האנליטיקאי לפגיע?" (34, עמ' 378). תשובתה: מכיוון שהפגיעות האנושית הרגילה, שמאפיינת יחסי אהבה, אינה קיימת בהקשר האנליטי, "'אהבתו' של האנליטיקאי אינה באמת אהבה" (34, עמ' 383).

אנליטיקאים לא תמיד מסכימים לכך: הופר, למשל, התעקש כי "הרגשות החיוביים בין מטפל למטופל הם אמיתיים, ולא חיקויים" (35, עמ' 355). באופן דומה, ג'רד תיארה "רגעים לא של חמלה, רחמים או אמפתיה, אלא של זרם רגשי לוהט 'אני באמת אוהב אותך' המופנה כלפי מטופל" (21, עמ' 27).

בדומה לפרדוקס לפיו אהבת האנליטיקאי היא, הן נלהבת והן נשלטת, ניתן להציג פתרון של 'גם וגם' במקום 'או או' לשאלת האמיתיות של אהבת האנליטיקאי. סטרן הציע שתחושות האנליטיקאי למטופל הן תמיד גם אמיתיות וגם העברתיות, וכי יש חשיבות מכרעת עבור המטופל שזה יהיה כך, שהפרדוקס יישמר ואף יוחזק כקדוש: "המטופל זקוק לאנליטיקאי אשר **באמת** איכפת לו ממנו או אוהב אותו. שום דבר אחר לא יכול להביא לתמורה ברגשות התיעוב העצמי של המטופל ובתחושת היותו בלתי־ניתן־לאהבה. עם זאת, המטופל זקוק גם לכך שהאנליטיקאי תמיד 'יזכור' שהרגשות האמיתיים שלו מתרחשים בתוך ההקשר הייחודי של מערכת יחסים אנליטית – מערכת יחסים עם מטרות מסוימות, מבנה מסוים ומסגרת ייחודית, שבתוכה חוויות מודעות ולא־מודעות מוזמנות לדיאלוג יצירתי" (24, עמ' 496).

"אהבה גדולה נובעת מידיעה עמוקה": השפעת המסגרת על אהבת המטפל

אהבה מהסוג שתואר אינה פשוטה למימוש. כיצד ניתן לעמוד ברף גבוה זה? לעזרה נחלצים הידע והניסיון הקליני, אך מעֵבר להם מגיעה תמיכה משמעותית מן המסגרת האנליטית עצמה.

המצב האנליטי מושתת על חיפוש אמת, האמת על המציאות הנפשית של המטופל (36). לפי שטיינגרט, ההתמסרות לחשיפת אמת זו מפתחת אצל האנליטיקאי אהבה "יוצאת דופן" (37, עמ' 111) כלפי המציאות הנפשית של המטופל. לאנליטיקאי יש, לדברי שטיינגרט, "אהבה אמיתית, בוגרת, כלפי נפשו של המטופל וכלפי כל מה שנפש זו מייצרת" (37, עמ' 118).

עניין עמוק זה של המטפל בנפש המטופל דומה ל"מושקעות האמהית הראשונית" של ויניקוט (5). הורים יכולים בדרך כלל לפתח יחס כזה בזכות התניות ביולוגיות וחברתיות. בטיפול, זו המסגרת שמאפשרת ליחס זה להופיע. במובן זה פרויד יצר לפי שטיינגרט "סוג חדש של יחסי אהבה, המתרחש באופן ייחודי בפסיכואנליזה" (37, עמ' 112).

אפשר לטעון כי עמדה של חיפוש אמת והבנה לגבי מישהו אינה שקולה ל'אהבת' אותו אדם. דברי לוואלד יכולים לשמש כמענה: "עמדה של ריחוק מדעי, בצורתה האמיתית, כלל אינה סותרת אהבה, ולמעשה, היא מבוססת עליה. ברגעים הטובים ביותר של עבודה טיפולית, נייטרלית ואובייקטיבית, ניתן לומר שאנו אוהבים את האובייקט שלנו, את המטופל, יותר מאשר בכל זמן אחר וחשים חמלה מלאה כלפי מי שהוא ... בלתי אפשרי לאהוב את האמת של המציאות הנפשית, להתרגש מהאמת הזו כפי שפרויד התרגש, ולא לאהוב את האובייקט שאת האמת שלו אנו רוצים לגלות" (38, עמ' 297).

המסגרת מולידה, אם כן, עניין עז מצידנו כלפי נפש מטופלינו, המוליד ידע והבנה ייחודיים של אישיותם וחיי הנפש שלהם – ידע שבפני עצמו עשוי לאפשר אהבה. כפי שהעיר פרויד: "אהבה גדולה נובעת מידיעה עמוקה על אודות האובייקט האהוב" (39, עמ' 74). "ידיעה עמוקה" כזו היא בדיוק מה שהמסגרת האנליטית מאפשרת לנו. פרידמן אף טען כי הידיעה המוגברת שמושגת בטיפול "עשויה אף להיות **הידיעה הרבה ביותר האפשרית** על אודות אדם" (40, עמ' 362, ההדגשה שלי).

המעורבות העמוקה של האנליטיקאי בחיי המטופל משולבת באופן ייחודי עם עמדה של ריחוק ונייטרליות. פרנצי כתב כי נטיות האנליטיקאי "מתנדנדות בין הזדהות (אהבת אובייקט אנליטית), מחד, ובין שליטה עצמית או עמדה אינטלקטואלית, מאידך" (מצוטט בפרידמן, 40, עמ' 350-351).

הנטייה הראשונה, 'המזדהה', של האנליטיקאי יוצרת **קירבה**, והנטייה השנייה, 'השולטת/אינטלקטואלית' מאפשרת **בהירות**. שילוב זה נדיר מאוד בחיי היום־יום ומתאפשר על־ידי המסגרת: אנליטיקאים חשים עצמם כנמענים ישירים של כל פעולה של מטופליהם, בדיבורם ובשתיקתם, ובכל זאת הם מודעים לכך שהם לא בדיוק האדם אליו מכוונות פעולות אלו. האנליטיקאי מצוי, איפוא, ב'עמדת ביניים' בין עמדתו של מכר רגיל, שמרגיש כנמען אמיתי של כל פעולה המכוונת כלפיו, ומגיב על פי האינטרסים שלו, תקוותיו, פחדיו ויכולותיו, ובין עמדתו של עֵד בלתי מעורב, שיכול להעריך את הפעולה בצורה נקייה ונטולת אינטרס, אולם אינו יכול משום כך לחוות את מלוא עוצמתה ואת משמעותה האמיתית. בשונה משתי עמדות שכיחות אלו, כתב פרידמן (40) שהפסיכואנליטיקאי מצליח להרגיש את מלוא עוצמת הפנייה, אך בלי להזדהות עם העמדה של היות מושא הפנייה. שילוב זה מאפשר לאנליטיקאי לחוות ולהעריך את פניית המטופל בצורה הבהירה ביותר האפשרית.

הגישה האנליטית היא כשלעצמה מאפיין מהותי של ה־setting. גישה זו מתאפיינת בכך שהאנליטיקאי שומר על נוכחות קבועה ואמינה, המופנית לרווחת המטופל, תוך הקפדה שצורכי המטפל לא יחדרו למרחב המשותף. מסירות זו של האנליטיקאי לצמיחת המטופל ולביטחונו, "היא במהותה אקט של אהבה" (16, עמ' 269). עמדה כזו, הוסיף מודל (1), דומה, אם כי אינה זהה, לעמדת האֵם ביחסיה עם הילד, כך שהמטופלים יכולים להרגיש שהם מוחזקים על־ידי המסגרת האנליטית.

ניתן היה לחשוב שמסירות תובענית כל כך תדרוש יכולות על־אנושיות. רוב האנשים אינם מסוגלים לפעול כך בחיי היום־יום, אף לא במערכות יחסים קרובות. כיצד מצליחים אנליטיקאים רבים כל כך לעמוד בדרישה המחמירה?

ייתכן שגם הצלחה זו היא תוצאה של מבנה ה־setting. לפי שייפר, הסיטואציה האנליטית מביאה לידי ביטוי 'עצמי שני' (second self) של המטפל, שהוא באופן עקבי ויציב אוהב ומיטיב: "ברגעינו הטובים ביותר כמטפלים, אנו הופכים שונים ממי שאנו בחיי היום־יום שלנו וביחסינו האישיים. למעשה, אנחנו אנשים טובים הרבה יותר בעבודתנו במובן זה שאנו מסוגלים במסגרתה להפגין אמפתיה רבה יותר, בצורה מקבלת, חיובית ומכוונת מטרה. תצפית זו מציעה שישנו מין עצמי שני שאנו מפתחים ... על בסיס זה יכולים להתפתח אינטימיות אמפתית, הערכה ואהבה מיוחדים כלפי המטופל, אותם יהיה זה שגוי לזהות עם העברה־נגדית בעייתית" (41, עמ' 291).

מחוץ לקליניקה אין דבר שמייחד את מערכות היחסים של מטפלים. אנו נסוגים לעמדה הגנתית כשמותחים עלינו ביקורת, נמנעים לעתים מאינטימיות ויכולים להפוך עצבניים גם מסיבות פעוטות. עם זאת, באנליזה אנו יכולים לתפקד באופן קבוע, ללא קושי רב מדי, ברמת אמפתיה שרק לעתים נדירות ניתן להשיג בחיים הרגילים. "בדיוק בנקודה זו משחֵק העיצוב הגאוני של המצב האנליטי את אחד מתפקידיו המרכזיים" (42, עמ' 408).

העמדה האותנטית והאוהבת נתמכת על־ידי הגבולות הנוקשים והמוסכמים של הסיטואציה, שמבטיחים את ביטחון שני המשתתפים. הפרטיות והחיסיון שולטים בקליניקה, ולכן היא יכולה להכיל סוגים מגוונים של אֶפקטים עזים או מאיימים שעשויים להופיע. ניתן לראות את המסגרת הקלינית כ'עיר מקלט' לרגשות, המאפשרת למטופל ולמטפל להכיר זה את זה לעומק ולאפשר זה לזה לעבור תהליך של שינוי עמוק.

חלק מתחושת הביטחון שמייצר ה־setting נשען על גבולות טמפורליים. לכל מפגש יש משך מסוים, וגם הטיפול בכללותו מסתיים. שני מאפיינים מהותיים אלה של המסגרת תומכים אף הם באהבת האנליטיקאי. הפגישה המוגבלת בזמן מקֵלה על הכניסה לעמדת 'העצמי השני האנליטי' וכך על תפקוד בדרגת אינטימיות ואמפתיה גבוהה. מכיוון שיודעים שהמפגש קצר־מועד, אפשר להישאר במצב התובעני והמתסכל של

השעיית הדחף (drive suspension), בו מכוונים לחלוטין לרווחת האחֵר. סוף הפגישה תמיד די קרוב (42).

גם לסיום האנליזה תפקיד חשוב. מתחילת הטיפול מודעים לסיומו. כל מערכת יחסים תסתיים, אך טיפול **מיועד** להגיע לקצו. המודעות הגוברת לסיום המתקרב יכולה להביא להתנגדות ולכעס, והיא אכן עושה זאת לעתים קרובות; אך היא גם מדגישה את האינטימיות, את החשיבות הגדולה שיש למערכת יחסים זו בחיים. סירלס כתב: "ככול שמטופל מתקרב לסיום הטיפול שלו, כך הוא הופך בעינינו לאדם יותר חביב, נערץ ובפשטות אהוב, ממנו ניפרד בקרוב" (25, עמ' 187). שטיינגרט הוסיף: "תהא זו טעות להפחית בהערכת הרגש שמתעורר בקרב האנליטיקאי סביב הצורך לסיים. ויתור על הקשר שקול לאובדן זולת אהוב" (37, עמ' 129-130).

ה'עצמי השני' מתאפיין גם בכך שהוא כולל נקודת השקפה ייחודית, שבה כל חולשה שהמטופל מפגין אינה נתפסת כביטוי של רוע, טיפשות או אדישות, כפי שאולי היו נראים לו נִצפו מנקודת המבט של העצמי היום־יומי, 'הראשון', כי אם כביטוי לכאב של אי־אהבה.

ה־setting יוצר יכולת לראות טוב ויופי אצל כל מטופל, בלי קשר למראה החיצוני או למצב הנפשי. בדומה, סירלס (25) כתב כי אחת מאהבותיו העמוקות הראשונות היתה לאשה מבוגרת ממנו בשנים רבות שסבלה מסכיזופרניה הֶבֶּפְרנית. המשיכה הרומנטית העזה אליה נמשכה לדבריו זמן רב, והיתה נוכחת עבורו, הן במהלך המפגשים והן ביניהם.

נקודת המבט של 'העצמי השני' מאפשרת לראות במטופלים משהו שקיים בכל אדם, אך מזוהה בחיי היום־יום לעתים נדירות. פלין קמפבל כינתה זאת "המהות האלוהית" של המטופל והמשיכה: "מגיע רגע עם מטופלים מסוימים שבו אני מרגישה שאני רואה אותם כמו דרך עיניה של אלוהות אוהבת. ברגעים אלה אני מלאה בסוג של אהבה שבאה ממשהו שמחוץ לעצמי, כאילו אני אחוזה לרגע בהוויה אלוהית, שרואה את המצב האנושי במלוא יופיו וכאביו קורעי הלב" (43, עמ' 71).

תיאור זה קרוב ברוחו למה שאפלטון (44) הגדיר כשאיפתו הגדולה ביותר של כל אדם – מציאת 'החצי השני' והתאחדות איתו. התאחדות כזו היא הדבר שאותו מחפשים כל בני האדם מאז ימי קדם, כתב אפלטון, אלא שרק מעטים זוכים לה. הפיכתה לשכיחה יותר היא אולי ההישג הגדול ביותר שיוחס למסגרת האנליטית. לפי אשל, איחוד כזה הוא מה שמתרחש בטיפול טוב: "החיבור ההדדי העמוק של מטופל־מטפל ... אינו פסיכולוגיה של אדם אחד או שניים, אלא הפצעה של שניים־באחדות (two-in-oneness) שבאופן מהותי אינה ניתנת להפרדה לשני המשתתפים – אחדות אנליטית החורגת מהדואליות של המטופל והאנליטיקאי, העברה והעברה־נגדית" (45, עמ' 4).

סיכום

כשפרויד בחן דרכים ואמצעים שפיתח האדם להשגת אושר ולהרחקת סבל, הוא הסיק שהדרך המתקרבת להשגתם היא כנראה זו "המעמידה במרכזה את האהבה, ואשר בה מצפה האדם לכל סיפוק באמצעות הענקת אהבה וקבלתה" (46, עמ' 94). המכשול הגדול בפני רבים להגשים אורח חיים אולטימטיבי זה, כתב סלווין, הוא ש"כדי להיות מסוגל לאהוב, צריך להרגיש בשלב מסוים שמישהו אהב אותך" (47, עמ' 208).

אהבת האנליטיקאי חיונית לריפוי האנליטי. וידה העירה שאי־אפשר לומר שאהבה זו "תורמת" לאנליזה, מכיוון שאין למעשה אפשרות לבחירה מודעת אם תהיה או לא. היא השוותה את השאלה "האם אהבה תורמת לטיפול?" לשאלה "האם זה תורם לפעולה הטיפולית שהאנליטיקאי נושם, יש לו לחץ דם ודופק?" (48, עמ' 437).

האהבה האנליטית אינה פשוטה. האנליטיקאי נדרש להכיר ולהבין לעומק את המטופל, מה שמבוסס על האהבה כלפיו, ושואב ממנה. כך יכול המטופל, המרגיש אהוב, ללא מסכות או העמדת פנים, להגיע לאהבת עצמו ולאהוב חזרה. בהפצעת יכולת זו, חוזר המטופל לעולם שונה מכפי שהגיע לטיפול.

מעבר להיותה תיאוריה ופרקטיקה, פסיכואנליזה היא **מערכת יחסים**, מיוחדת מאוד. כדברי שטיינגרט: "עיקר העניין הוא שפרויד יצר לא רק תיאוריה חדשה של הטבע האנושי, אלא, במשולב עם תיאוריה זו, סוג חדש של יחסי אנוש" (37, עמ' 108-109). פרויד עצמו היה מודע שמערכת היחסים שיצר "אין לה אח ורע בחיים האמיתיים" (11, עמ' 125).

מערכת יחסים זו עשויה במקרים רבים לעורר אהבה. מאפיינים רבים של ה־setting מכוונים בדיוק לשָם: הגבולות המגינים שמשרים אמון וביטחון, שבלעדיהם לא ניתן לאהוב באמת; נושא השיחה: נפש האדם, שמעודד מעורבות רגשית; והשילוב הייחודי של תשוקה ונייטרליות, שמאפשר אותנטיות והכרה עמוקה.

בלב העניין טמון אולי חוסר השיוויון של הסיטואציה, המעוצב באופן ייחודי. יש מערכות יחסים אחרות המעודדות אמון וביטחון ומאפשרות שיחה אינטימית. המצב האנליטי שונה בשל הדרישה המוצבת בפני אחד המשתתפים להשקיע עצמו כליל בסיטואציה, אך מתוך התנזרות (abstinence) וצמצום יחסי של תגובתיות. דרישה זו מאפשרת להעברה להתפתח, ובמיוחד אהבת העברה; תוצאה חשובה יותר היא שדרישה זו מאפשרת למשהו מיוחד לקרות למטפל, שלומד להכיר אדם אחר במידה יוצאת דופן, במצב בו הוא מוגן בצורה מקסימלית, מה שבמקרים רבים מעורר תחושות של דאגה ואהבה.

ובכל זאת, יש כמה הסתייגויות: המצב האנליטי עשוי לעודד ולעורר אהבה, אך אין להתכחש להיבטים הסאדו־מזוכיסטיים הפוטנציאליים שלו (42). כשמשתמשים במסגרת בצורה לא נכונה, היא עלולה להביא לאכזריות ולא לאהבה, ומקרי ניצול לרעה הם דוגמאות לכך.

בנוסף, יש לזכור שאף שאהבה עשויה להיות חיונית עבור מרבית המטופלים, הרי שאינה כל מה שנדרש. ידע וניסיון

חיוניים אף הם. "אהבה בהחלט אינה מספיקה", הודתה ג'ררד, והוסיפה: "אבל גם לא פרשנות, הכלה, שרעפים (reverie) או כל פעילות פסיכואנליטית אחרת שנעשית בלא אהבה" (21, עמ' 37).

במשך עשרות שנים היו הפסיכואנליטיקאים אמביוולנטיים לגבי תפקיד רגשותיהם האוהבים: האם הם נחוצים, אמיתיים, תרפויטיים? האם אהבתם היא מכשול או כלי להשגת שינוי?

ייתכן שקרוב הרגע לסמוך בלב שלם על אהבתנו למטופלינו, אליה מובילה אותנו המסגרת האנליטית עצמה. כפי שכתב פרויד: "אדם שמפקפק באהבתו שלו עשוי, או יותר נכון חייב, לפקפק בכל דבר פחות ערך יותר" (49, עמ' 241).

ספרות:

1. Modell A.H., The centrality of the psychoanalytic setting and the changing aims of treatment - a perspective from a theory of object relations. Psychoanal. Q., 57: 577-596, 1988.
2. Khan M., The privacy of the self. London, Hogarth Press, 1972.
3. Künstlicher R., The function of the frame. Scand. Psychoanal. Rev., 19: 150-164, 1996.
4. Bleger J., Psychoanalysis of the psycho-analytic frame. Int. J. Psycho-Anal., 48: 511-519, 1967.
5. ויניקוט ד.ו. (1956). מושקעות אמהית ראשונית. בתוך: עצמי אמיתי, עצמי כוזב. עמ' 147-153, תל־אביב, עם עובד, 2009.
6. Green A., The analyst, symbolization and absence in the analytic setting (on changes in analytic practice and analytic experience): In memory of D.W. Winnicott. Int. J. Psycho-Anal., 56: 1-22, 1975.
7. Menninger K., Theory of psychoanalytic technique. New York, Basic Books, 1958.
8. Fosshage J.L., Searching for love and expecting rejection: implicit and explicit dimensions in cocreating analytic change. Psychoanal. Inq., 27: 326-347, 2007.
9. Falzeder E., My grand patient, my chief tormentor: a hitherto unnoticed case of Freud's and the consequences. Psychoanal. Q., 63: 297-331, 1994.
10. Freud S., Delusions and dreams in Jensen's Gradiva. In: S.E., IX: 1-96, 1907.
11. פרויד ז. (1915). הערות על אהבת העברה. בתוך: הטיפול הפסיכואנליטי. עמ' 120-128. תל־אביב, עם עובד, 2002.
12. Celenza A., Analytic love and power: responsiveness and responsibility. Psychoanal. Inq., 27: 287-301, 2007.
13. Weinstein R.S., Should analysts love their patients? Mod. Psychoanal., 11: 103-110, 1986.
14. Cohen Y., Loving the patient as the basis for treatment. Am. J. Psychoanal., 66: 139-155, 2006.
15. Charles M., The promise of love. Psychoanal. Psychol., 16: 254-273, 1999.
16. Shaw D., On the therapeutic action of analytic love. Con. Psychoanal., 39: 251-278, 2003.
17. פרנצי ש. (1932). היומן הקליני. תל־אביב, עם עובד, 2013.
18. Lev G., The question of analytic aims: psychoanalysis and the changing formulations of the life worth living. Psychoanal. Psychol., 33: 312-333, 2016.
19. Segal H., The curative factors in psycho-analysis – contributions to discussion. Int. J. Psycho-Anal., 43: 232-233, 1962.
20. Fairbairn W.R.D., Psychoanalytic studies of the personality. London, Routledge & Kegan Paul, 1952.
21. Gerrard J., Love in the time of psychotherapy. In: D. Mann (Ed.), Erotic transference and countertransference: clinical practice in psychotherapy. pp 21-41. New York, Routledge, 2005.
22. Field N., O tell me the truth about love. In: Mann D. (Ed.), Erotic transference and countertransference: clinical practice in psychotherapy. pp 91-101. New York, Routledge, 2005.
23. ויניקוט ד.ו. (1956). התיאוריה של יחסי הורה־תינוק. בתוך: עצמי אמיתי, עצמי כוזב. עמ' 180-198. תל־אביב, עם עובד, 2009.
24. Stern S., The therapeutic action of analytic love: commentary on Joye Weisel-Barth's "Katherine: a long, hard case". Int. J. Psychoanal. Self Psychol., 6: 489-504, 2011.
25. Searles H.F., Oedipal love in the countertransference. Int. J. Psycho-Anal., 40: 180-190, 1959.
26. Charles M., The promise of love revisited: healing ruptures through recognition. Psychoanal. Psychol., 34(2): 186-194, 2017.
27. ויניקוט ד.ו. (1947). שנאה בהעברה הנגדית. בתוך: עצמי אמיתי, עצמי כוזב. עמ' 65-75. תל־אביב, עם עובד, 2009.
28. Coltart N., The silent patient. Psychoanal. Dial., 1(4): 439-453, 1991.
29. פרנצי ש. (1933). בלבול השפות בין המבוגרים לילד: שפת הרוך ושפת התשוקה. בתוך: בלבול השפות בין המבוגרים לילד. עמ' 199-207. תל־אביב, עם עובד, 2003.
30. Chessick R.D., Malignant eroticized countertransference. J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatr., 25: 219-235, 1997.
31. Gabbard G.O., Love and hate in the analytic setting. Northvale, Jason Aronson, 1996.
32. Nacht S., The curative factors in psycho-analysis: contributions to discussion. Int. J. Psycho-Anal., 43: 233, 1962.
33. Nussbaum M.C., Analytic love and human vulnerability: a comment on Lawrence Friedman's "Is there a special psychoanalytic love?". J. Am. Psychoanal. Assn., 53: 377-383, 2005.
34. Fink B., Love and/in psychoanalysis: a commentary on Lacan's reading of Plato's Symposium in Seminar VIII: Transference. Psychoanal. Rev., 102(1): 59-91, 2015.
35. Hoffer A., Is love in the analytic relationship "real"? Psychoanal. Inq., 13: 343-356, 1993.
36. רוט מ., אהבת אמת כאהבת האמת: מחשבות קלייניאניות על אהבה. שיחות, ל"א(1): 56-61, 2016.
37. Steingart, I., A thing apart: Love and reality in the therapeutic relationship. Northvale: Jason Aronson, 1995.
38. Loewald H., Psychoanalytic theory and psychoanalytic process. In: Papers on psychoanalysis. pp 277-301. New Haven, Yale Univ. Press, 1970.
39. Freud S., Leonardo Da Vinci and a memory of his childhood. S.E., XI: 57-138, 1910.

40. Friedman L., Is there a special psychoanalytic love? J. Am. Psychoanal. Assn., 53: 349-375, 2005.
41. Schafer R., The analytic attitude. New York, Basic Books, 1983.
42. Bienvenu J., Healing through the search for truth. Can. J. Psychoanal., 11: 399-420, 2003.
43. Campbell E., Psychotherapy and the sacred. In: Marcella B., Barbre C. (Eds.), Psychotherapy and religion: many paths, one journey. pp 57-76. Lanham, Jason Aronson, 2005.
44. אפלטון (המאה ה־4 לפנה"ס). המשתה. בתוך: כתבי אפלטון, כרך שני. עמ' 91-155. ירושלים ותל אביב, שוקן, 1979.
45. Eshel O., *The emergence of analytic oneness*: *into the heart of psychoanalysis*. New York, Routledge, 2019.
46. פרויד ז. (1930). תרבות בלא נחת. בתוך: התרבות והדת. עמ' 75-145. תל־אביב, ספריית פועלים, 2000.
47. Slavin J.H., The imprisonment and liberation of love: the dangers and possibilities of love in the psychoanalytic relationship. Psychoanal. Inq., 27: 197-218, 2007.
48. Vida J.E., The role of love in the therapeutic action of psychoanalysis. Am. Imago, 59: 435-445, 2002.
49. Freud S., Notes upon a case of obsessional neurosis. S.E., X: 151-318, 1909.